

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE HUMANIDADES**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**  
**TESE DE DOUTORADO**

**PECADO, CRIME OU DOENÇA?**  
**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**Leonardo de Araújo e Mota**

**FORTALEZA – 2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**LEONARDO DE ARAÚJO E MOTA**

**PECADO, CRIME OU DOENÇA?  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Tese apresentada à Universidade Federal do Ceará - UFC como requisito parcial para a obtenção do grau de doutor em Sociologia, sob a orientação do Prof. Dr. Ismael de Andrade Pordeus Jr.

**Fortaleza**

**2008**

**PECADO, CRIME OU DOENÇA?  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**LEONARDO DE ARAÚJO E MOTA**

**Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de doutor em Sociologia, pela Universidade Federal do Ceará – UFC.**

**Tese aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

---

Prof. Dr. Ismael de Andrade Pordeus Jr.  
Programa de Pós-Graduação em Sociologia -UFC  
Orientador - Presidente

---

Profª Dra. Alba Maria Zaluar  
Instituto de Medicina Social - UERJ  
Membro

---

Profª Dra. Maria Lina Leão Teixeira  
Instituto de Filosofia e Ciências Sociais - UFRJ  
Membro

---

Prof. Dr. Antonio Cristian Saraiva Paiva  
Programa de Pós-Graduação em Sociologia -UFC  
Membro

---

Prof. Dr. Alexandre Fleming Câmara Vale  
Programa de Pós-Graduação em Sociologia -UFC  
Membro

Dedico esta tese a Inez Flos Coeli Cabral de Araújo,  
minha amantíssima avó, *in memoriam*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço aos esforços dos co-fundadores de Alcoólicos Anônimos (A.A.), William Griffith Wilson (Bill W.) e Robert Holbrook Smith (Dr. Bob) que, em 1935, nos Estados Unidos da América, deram origem a uma Irmandade que foi imprescindível à realização deste trabalho.

Agradeço a toda minha família (paterna e materna), sobretudo às pessoas devotadas ao incentivo espiritual e material de minha carreira intelectual, principalmente na partilha dos sucessos e agruras decorrentes desta atividade.

Agradeço a todos os professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará por acreditarem no meu trabalho e me oferecerem as condições objetivas para obtenção de meu título de doutor nesta disciplina, em especial ao orientador e amigo Prof. Ismael Pordeus Jr. Gostaria também de agradecer a Profa. Maria Lina Leão Teixeira e ao Prof. Antonio Cristian Saraiva Paiva pela inestimável contribuição de ambos com relação aos subsídios teóricos pertinentes a este trabalho. Também agradeço a Ceicinha, pela revisão dedicada de meus escritos e apoio moral nos momentos de dificuldade.

Enfim, agradeço a colaboração de todas as pessoas que entrevistei e com quem me relacionei durante minha pesquisa de campo. Embora esta tese esteja pautada pela aridez dos textos científicos, foi através da emoção que ela iniciou seu trajeto. As dores, angústias e dilemas existenciais enfrentados pelos dependentes químicos em busca de recuperação parecem sempre situar-se para além da “objetividade científica”. A todas essas pessoas, desejo força e paz de espírito. Que nosso Ser Superior prevaleça sobre nossas mentes, para nosso próprio bem e da Humanidade.

*O vinho é como o homem: não se saberá  
nunca até que ponto podemos estimá-lo ou  
desprezá-lo, amá-lo ou odiá-lo, nem de quantos  
atos sublimes ou perversidades monstruosas ele é capaz.*

Charles Baudelaire

## RESUMO

A dependência química é um problema social relevante na sociedade contemporânea, atingindo milhares de indivíduos, ignorando distinções de classe social, gênero, etnia ou credo religioso. Considerando que a maioria das pesquisas endereçadas a esse fenômeno se origina dos saberes médicos e psicológicos, a intenção desta tese é incluir este campo no âmbito das ciências sociais, privilegiando uma abordagem compreensiva da dependência química, analisando-a como um fenômeno polissêmico que possui estreito vínculo com o social. Embora este trabalho não menospreze as variáveis biológicas e psicológicas do objeto, seu foco é averiguar como determinadas representações sociais (pecado, crime e doença) estão associadas ao abuso de drogas e influenciam na construção social de rótulos e estigmas relacionados a esta forma de transgressão. A pesquisa de campo foi realizada, majoritariamente, em clínicas de recuperação de dependentes químicos e grupos de ajuda mútua como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, utilizando metodologias qualitativas como observação participante, entrevista e grupo focal. Os sujeitos da pesquisa foram dependentes químicos em processo de recuperação, terapeutas, médicos, assistentes sociais, policiais e religiosos, todos envolvidos diretamente com problemas relacionados ao abuso de drogas lícitas e ilícitas. Constatou-se que a dependência química é cada vez mais definida como uma doença, mas trata-se de uma patologia complexa que também incorpora representações da religião, da moral e do direito penal. Também foi abordada a questão da solidariedade entre dependentes químicos, alicerçada nos pressupostos da dádiva, como recurso de recuperação e sociabilidade.

**Palavras Chave:** Dependência Química, Representações Sociais, Comportamento Desviante, Dádiva.



## ABSTRACT

Drug addiction is a relevant social problem in the contemporary society, affecting thousands of individuals, and ignoring distinctions of social class, gender, race or religious beliefs. Considering that most of the research addressed to this phenomenon comes from medicine and psychology, the aim of this dissertation was to incorporate this field in the realm of social sciences, analyzing addiction as a phenomenon with various social meanings. Although this work doesn't concentrate on the biological and psychological variables of the object, its aim is to analyze how certain social representations (sin, crime and disease) are associated with drug addiction and influence the social construction of labels and stigma of this particular kind of transgression. The field research took place in rehabilitation centers and mutual help groups such as Alcoholic Anonymous and Narcotics Anonymous, using qualitative methodologies such as participant observation, interview and focal groups. The subjects of the research were addicts and alcoholics in recovery, therapists, doctors, social workers, policemen and clerics, all of them involved directly with problems related with abuse of licit and illicit drugs. It was verified that addiction is more defined as a disease, but it's a special kind of pathology that also incorporates representations of religion, moral and law. The subject of the solidarity among addicts was also approached, as well as the presuppositions of the gift, considered an important element of recovery and sociability.

**Key Words:** Drug Addiction, Social Representations, Deviant Behavior, Gift.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>1. CONSTRUINDO UM CAMINHO</b>	12
1.1 O sociólogo como autor: inserção no campo e estranhamento do familiar .....	12
1.2 Aportes teóricos e metodológicos .....	19
1.3 Questões de semântica no território da ambivalência .....	23
<b>2. DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UMA INCURSÃO INTERDISCIPLINAR</b>	31
2.1 A biologia da dependência química: da eugenia às neurociências .....	32
2.2 A dependência química e a psicologia .....	42
2.3 Dependência química e sociedade: o modelo sociológico .....	47
2.4 A dependência química como fato social total: o modelo biopsicossocial .....	65
<b>3. DROGAS, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ESTIGMAS</b>	76
3.1 Drogas e mudança social: a construção social do desvio .....	79
3.2 Drogas e religião: entre deuses e demônios .....	95
3.3 As Drogas e a Lei: o paradigma do crime .....	109
3.4 A dependência química como doença: a medicalização do desvio .....	139
3.5. Drogas e estigmas .....	166
<b>4. VÍCIO, RITUAL E DÁDIVA: RECUPERAÇÃO E SOCIABILIDADE</b>	177
4.1 Fenomenologia do vício: uma breve inserção etnográfica .....	177
4.2 Ritual e re-elaboração do estigma da dependência química .....	185
4.3 Revisitando os grupos de ajuda mútua: novos <i>insights</i> .....	198
4.4 Dar, receber e retribuir: a dádiva na recuperação da dependência química .....	209
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	221
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	228
<b>APÊNDICE</b>	243

## INTRODUÇÃO

Esta tese é uma ampliação das reflexões iniciadas em minha dissertação de mestrado em sociologia, quando realizei uma pesquisa sobre os grupos de Alcoólicos Anônimos (A.A.) em Fortaleza/CE com base na teoria da dádiva de Marcel Mauss, publicada posteriormente na forma de livro (Mota, 2004). O texto que apresento nesta tese resulta, portanto, da observação participante de aproximadamente 10 anos com pessoas identificadas na maioria das comunidades terapêuticas e nos grupos de ajuda mútua como “alcoólatras ou adictos em recuperação”. Além do mais, este trabalho também se constitui em uma extensão de minha experiência pessoal com substâncias psicoativas. Meu trabalho reúne, assim, ao mesmo tempo, expressões daquilo que *sinto*, que *vejo*, bem como sobre o que *leio* com relação ao que se convencionou denominar de “a questão das drogas”.

No texto que se segue, além dos membros de grupos de ajuda mútua como Alcoólicos Anônimos (A.A.) ou Narcóticos Anônimos (N.A.), meu campo incorporou profissionais que se ocupam do problema do abuso de álcool e drogas e pacientes internos em comunidades terapêuticas. No decorrer da tese, a etnografia e as narrativas dos entrevistados serão entrelaçadas com a bibliografia, enfatizando as diversas representações acerca da dependência química, incluindo aspectos relacionados à recuperação e sociabilidade entre os dependentes químicos em tratamento.

A discussão metodológica é exposta no 1º capítulo: “*Construindo um caminho*”, no qual são destacadas as nuances práticas da pesquisa, incluindo os motivos para a escolha do tema e a utilização de metodologias específicas para o fim almejado, bem como os dilemas pessoais da inserção do pesquisador em um campo repleto de ambigüidades semânticas e ideológicas.

No 2º capítulo, “*Dependência química: uma incursão interdisciplinar*”, procedo uma contextualização biopsicossocial (corpo, mente e cultura) do abuso de drogas, ressaltando as distinções e possibilidades de discutir a etiologia da dependência química a partir da análise de teorias médicas, psicológicas e sociológicas endereçadas a este tema. Em suma, trata-se de aplicar a imaginação sociológica na análise de um assunto majoritariamente circunscrito às esferas das interpretações biológicas ou psicológicas, buscando superar visões reducionistas de qualquer ordem, a partir de um viés interdisciplinar sobre esta questão.

No 3º capítulo, “*Drogas, representações sociais e estigmas*”, abordo a questão do abuso de substâncias psicoativas a partir das representações escolhidas. Realizo uma síntese histórica do uso de drogas como forma de expansão de consciência em rituais religiosos e como a utilização dessas substâncias é condenada ou permitida em diferentes religiões. A seguir, efetuo uma análise sócio-histórica da proibição de entorpecentes e suas conseqüências sociais, privilegiando seus efeitos em termos da estigmatização dos usuários de drogas ilícitas. Na continuidade, descrevo a evolução histórica da apreciação dos comportamentos desviantes, desde a noção teológica de pecado, até sua atual apreciação biomédica, enfatizando a construção social da dependência química como uma doença. Como material de campo, estão incluídos discursos de terapeutas, policiais e membros de grupos de ajuda mútua relacionados à construção social dos rótulos endereçados a cada representação específica, ou seja, da dependência química como pecado, crime ou doença.

No 4º capítulo, “*Vício, ritual e dádiva: recuperação e sociabilidade*”, concluo os capítulos com uma atualização das reflexões oriundas de minha dissertação de mestrado com relação à utilização dos mecanismos de ajuda mútua entre dependentes químicos como parte do processo de reabilitação da dependência de álcool e drogas. Neste sentido, irei proceder a um *aggiornamento* de meu trabalho anterior, servindo-me das incursões teóricas e empíricas realizadas nos últimos anos de minha observação participante. Em resumo, este capítulo retomará a questão da dádiva no processo de recuperação da dependência química, enfatizando a importância dos aspectos ritualísticos envolvidos nesta trama, a partir da utilização de novas evidências empíricas.

Dessa forma, esta tese pretende tratar a questão da dependência química através de metodologias qualitativas cujo objetivo central é abordar o assunto no âmbito dos significados desta vivência para diversos atores sociais envolvidos diretamente com a temática, como policiais, religiosos, assistentes sociais, pesquisadores, terapeutas e membros de grupos de Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos. Trata-se aqui de realizar uma imersão nas representações associadas ao sofrimento provocado pelo uso abusivo de álcool e drogas, como histórias de superação, impotência e demais dilemas que integram a vida de indivíduos que não foram capazes de manter um padrão de uso socialmente aceitável de substâncias psicoativas. Enfim, meu esforço está direcionado a compreender a dependência química conduzindo minha imaginação sociológica para a análise das representações sociais que incidem sobre este fenômeno.

*Te chamam de ladrão, de bicha, maconheiro  
Transformam o país inteiro num puteiro  
Pois assim se ganha mais dinheiro.*

**Cazuza**

## **1. CONSTRUINDO UM CAMINHO**

### **1.1 O sociólogo como autor: inserção no campo e estranhamento do familiar**

Na minha infância, decorrida nos anos de 1970, recordo-me claramente do que me foi transmitido sobre o uso da maconha: tratava-se da droga predileta dos ladrões, assassinos, estupradores e doentes mentais. Bastava um único trago para o indivíduo se tornar um viciado e, por extensão, um criminoso de alta periculosidade. O comportamento do usuário era totalmente determinado pelos efeitos daquela substância “diabólica”. Para assaltar uma residência, os “maconheiros” sopravam algumas baforadas de maconha para o interior da casa. Então, esta mesma fumaça, que adentrava a residência pelas frestas da porta de entrada, dopava aqueles que lá se encontravam, induzindo-os a sono profundo. Dessa forma, estando as vítimas “sob efeito deste anestésico”, os ladrões poderiam efetuar o assalto sem contratempos, visto que não haveria a mínima possibilidade de reação.

Outras histórias revelavam detalhes sobre as clínicas de recuperação de dependentes químicos. Na melhor das hipóteses, os internos eram retratados como verdadeiros “monstros”, depositários dos comportamentos mais hediondos que se possa imaginar. Nesses locais, era hábito dos internos trucidar animais domésticos e espalhar suas vísceras pelos toaletes da instituição para amedrontar os novatos. Cadáveres de internos pendurados pelo pescoço eram cotidianamente encontrados pelos corredores das clínicas, visto que o suicídio praticado pelos “drogados” era prática rotineira nestas instituições. Escutando tais histórias, tornava-se difícil não supor que aqueles encaminhados a essas instituições eram pessoas que, indubitavelmente, representavam ameaça constante para a sociedade. Mesmo sem tomar conhecimento, eu estava diante da estratégia de prevenção às drogas baseada no *modelo do amedrontamento*, que findou por criar um efeito contrário para grande parte das pessoas de minha geração.

No senso comum, não é raro escutar que os dependentes químicos não passam de um “bando de sem-vergonhas”. Termos como “bêbado safado”, “cachaceiro”,

“maconheiro”, “viciado”, “drogado”, entre outros, são comuns para designar essas pessoas. Um conhecido jargão sintetiza tudo: “Uma vez drogado, sempre drogado!”. Entre policiais, segundo me foi confidenciado por pessoas ligadas aos órgãos de repressão ao crime, a concepção da “sem-vergonhice” ou “mau-caratismo” como causa da dependência química é dominante, tanto nos casos de usuários de drogas ilícitas, como também de alcoolistas, mesmo que os próprios policiais admitam a presença desses casos em suas próprias corporações.

Não pretendo omitir os casos mais graves e suas conseqüências, tampouco as circunstâncias adversas resultantes do uso abusivo de substâncias. No entanto, aplicar tais rótulos indiscriminadamente a qualquer dependente químico não faz jus ao perfil de muitas pessoas que conheci em minha pesquisa de campo, como: empresários, estudantes, profissionais liberais, professores, funcionários públicos, donas-de-casa, entre outros. Na realidade, não existe “o” dependente químico, mas “os” dependentes químicos e, dito de outro modo, seria também oportuno ressaltar que não existe “a” questão das drogas, mas “as” questões das drogas.

Embora o estudo dos fenômenos psíquicos não seja matéria “tradicional” da sociologia, estes carregam consigo um acervo de elementos simbólicos que permeiam o social de forma inquietante e extrapolam o domínio dos saberes cartesianos. Após referir-se ao caso de uma mulher, descrita como vistosa, de cabelos bem tratados e vestida elegantemente, que entrou numa sala de Psicóticos Anônimos (P.A.) à procura de um grupo de “orgânicos”, ou seja, de pessoas que, como ela, comiam suas próprias fezes, Barros (2001, anexo VI: 4-5) argumenta que os problemas psíquicos “por sua complexidade e natureza, implicam tal nível de incerteza que é provável que sequer possam ser tratados com propriedade no estrito domínio científico”.

Considerando que o abuso de substâncias psicoativas é um problema relevante em termos de saúde pública, sua *demonização* se revela ainda pior. Portanto, cabe ao sociólogo analisar a construção social dos estereótipos nos termos do entrelaçamento biografia-história (Mills, 1975), pois o que está posto em questão para a sociologia compreensiva não é o fato “objetivo” em si, mas o modo como determinadas *representações* associadas a tais fenômenos colaboram para a construção social dos rótulos e estigmas relacionados a esta forma particular de transgressão.

Como ex-usuário abusivo de drogas psicotivas e ciente das estigmatizações relacionadas ao meu campo de estudo, durante todo o percurso do mestrado optei por resguardar minhas experiências pessoais. Não é fácil para o pesquisador falar sobre suas

chagas, ainda mais se tratando de uma matéria carregada de tabus e preconceitos que normalmente são utilizados como recurso de desqualificação moral no âmbito das relações de poder e prestígio. Por outro lado, admito que minha inserção neste campo foi facilitada por esse fator, principalmente no que diz respeito ao acesso a meus informantes e à obtenção de confiança mútua para a realização da observação participante e entrevistas. Nesses anos de convívio com pesquisadores e terapeutas do ramo constatei que a maioria das pessoas que trabalham com dependentes químicos são ex-usuários ou familiares de indivíduos que tiveram o problema. Em poucas palavras, não sou exceção, mas regra.

Reconheço que a decisão de “sair do armário” e revelar nuances de meu passado não ocorre sem tensões. Na realidade, a maioria dos indivíduos que sofrem, ou sofreram, de dependência de substâncias normalmente estabelecem um rígido círculo protetor de dissimulações para esconder seu problema<sup>1</sup> - geralmente contando com a “colaboração” de amigos, subalternos de profissão, familiares, terapeutas etc. Dessa forma, tais indivíduos prezam por manter sua identidade social negativa “sob controle” e, quanto maior a posição que essas pessoas ocupam na estrutura social, mais forte tende a ser essa proteção.

Por outro lado, devo enfatizar que, durante todos esses anos, conheci pessoas de grande caráter e sensibilidade, mas que vivenciaram a dependência de álcool e drogas e por isso cometeram atos lesivos a si próprios e àqueles que os cercavam. Muitas dessas pessoas conseguiram superar o problema e hoje desfrutam de vida produtiva. Outras continuam na luta diária, com algumas recaídas, embora reconheçam seu problema e com o tempo obtenham alguns progressos. Todavia, existe um considerável contingente de indivíduos que jamais logrará libertar-se desses grilhões por negar-se terminantemente a aceitar qualquer tipo de auxílio ou simplesmente por optar pela “morte anunciada”, mesmo quando a substância já não proporciona mais os momentos de prazer da época de uso controlado.

Em grande medida, é impossível negar que a desconfiança projetada sobre a conduta pessoal de tais indivíduos não ocorre ao acaso. A maioria dos dependentes químicos não “assume” seu problema e por isso a resistência ao “tratamento” conduz a recaídas frequentes. Além disso, dentre aqueles que se submetem a qualquer tipo de

---

<sup>1</sup> Esse procedimento adaptativo é denominado por Goffman (1988) de *encobrimento*. Segundo este autor, esta forma de camuflagem é utilizada com frequência por pessoas com antecedentes de doença mental, prostituição ou alcoolismo, tratando-se geralmente de questões secretas que devem ser ocultadas de estranhos, uma vez que contém revelações que “lançam sombras sobre o indivíduo”.

tratamento, os casos de sucesso ainda são irrisórios. Alguns estudos chegam a apontar que apenas 1% dos alcoolistas procura atendimento médico, reconhece seu problema, é bem avaliado e diagnosticado e alcança abstinência estável (Ramos e Woitowitz, 2004).

Mas também nunca é tarde lembrar que a concorrência entre os meios de tratar o alcoolismo e o incentivo ao consumo de bebidas alcoólicas é notadamente desigual. Nos Estados Unidos, onde se concentram as pesquisas e centros de recuperação de dependência química mais avançados do mundo, as despesas com estudos sobre o alcoolismo são, normalmente, 40 vezes menores do que os orçamentos em pesquisas relacionadas ao câncer ou doenças respiratórias, mesmo considerando que o abuso de álcool seja bem superior em carga de morbidade. Enquanto são gastos, anualmente, 200 milhões de dólares em pesquisa e educação para evitar o abuso de álcool, a indústria norte-americana de bebidas alcoólicas gasta 2 bilhões de dólares em propagandas e promoção para o aumento do consumo (Vaillant, 1999).

O Brasil destina atualmente 195 milhões de litros de cachaça para o mercado interno, servindo uma população que gira em torno de 180 milhões de habitantes, o que, em termos comparativos, resulta em uma oferta de destilados bem superior a de muitos outros países, inclusive a Rússia. A cachaça brasileira é uma das aguardentes mais baratas do planeta, custando, em alguns locais, aproximadamente 0,5 dólar o litro, enquanto o preço de qualquer bebida similar nos países mais desenvolvidos dificilmente situa-se abaixo de 10 dólares (Laranjeira, 2004). Aliando-se aos fatores comerciais, a permissividade do uso por menores de idade, a qualquer hora e em qualquer lugar, e a agressividade da propaganda televisiva incitando ao consumo, o problema do alcoolismo no Brasil também está distante de receber a devida atenção pelas políticas de saúde pública. Ouvi de muitas pessoas que trabalham com dependência química que construir centros de tratamento de dependência química não “dá voto”, justificando o descaso com que essa questão é tratada pelo poder público.

Em minha pesquisa de campo, pude observar que alguns dependentes químicos transparecem as “dores da abstinência” e o vazio de sentido em função da retirada da substância, seja ela lícita ou ilícita<sup>2</sup>. Negar o prazer que tais substâncias propiciam é refutar seu próprio propósito, embora em casos de dependência crônica, este mesmo

---

<sup>2</sup> Nas Comunidades Terapêuticas e grupos de ajuda mútua, a abstinência é requisito *sine qua non* para a recuperação da dependência química, embora este modelo de tratamento não seja universal. Em tom de sinceridade, Vaillant (1999:304 – grifos meus) faz a seguinte ponderação sobre esta questão: “Eu não desejo sustentar que a abstinência, por si só, seja boa para qualquer um ou que uma atitude puritana seja a melhor abordagem para hábitos compulsivos. O que desejo enfatizar não é que a abstinência seja boa, mas que o abuso alcoólico é doloroso”.



prazer seja substituído pela dor. Debruçar-se sobre tais questões envolve um raciocínio de tamanha complexidade que me sinto em um confronto permanente com o imponderável. Pesquisar sobre dependência química é mergulhar na ambivalência em sua forma radical. Afinal, como sugerir um tratamento médico ou psicológico para um problema visto como eminentemente moral? Quem (ou quais grupos) define quais comportamentos devem ser aceitos ou condenados?

Por isso, os terapeutas que trabalham nesta área estão cientes de que nunca poderão exercer seu ofício com “eficácia”. Eles apenas se esforçam para administrar precariamente uma zona cinzenta repleta de sentimentos, afetos, crises e emoções que se apresentam permanentemente fora de controle. Afinal, a busca por tais substâncias parece representar um apetite humano universal<sup>3</sup> que provavelmente jamais se extinguirá.

Escutando o relato dos terapeutas mais experientes “no ramo” é possível perceber o imenso esforço que fizeram no início para não exaurir-se emocionalmente com as recaídas de seus pacientes. No entanto, é também possível perceber o brilho em seus olhos quando relatam o caso de alguém resgatado de situações limítrofes. Trata-se de um misto de histórias trágicas e cômicas, incluindo altos e baixos, dor e superação, uma forma incomum de antropologia do sofrimento.

Após a leitura da tese de doutoramento de Barros (2001), em que ele expõe suas experiências pessoais ao lidar com sua psicose, alcoolismo e toxicomania, bem como a superação de suas crises com o auxílio dos grupos de ajuda mútua, me senti estimulado a mudar minha postura anterior e revelar minha verdadeira motivação pelo tema. Afinal, como me seria possível aliviar o estigma associado à dependência química omitindo minha própria experiência?

Outro título sobre depressão, intitulado *O demônio do meio-dia*, de Andrew Solomon (2002), também me sensibilizou profundamente no aspecto da minha relação com meu objeto. Nessa obra, o autor fala abertamente sobre suas experiências com colapsos depressivos graves, uso de álcool e drogas ilícitas, homossexualismo etc. Ao ler o livro, percebi que suas experiências pessoais foram de inestimável utilidade para abrilhantar a redação de um título de grande erudição, reunindo relevante aporte teórico, mesclado a experiências pessoais de forte teor emotivo.

---

<sup>3</sup> Não existe praticamente nenhuma cultura que não tenha produzido algum tipo de intoxicante. Segundo Weil (1986), a única exceção seriam os esquimós, que devido às suas condições climáticas adversas não puderam cultivar nenhum tipo de psicoativo natural e tiveram que esperar a chegada do homem branco com o álcool para preencher essa lacuna.

A relação de obras clássicas da literatura em que os autores revelam suas experiências com o uso de drogas é extensa e não caberia mencionar todas ao longo deste texto. Contudo, entre algumas das mais significativas vale citar Baudelaire (1998) e De Quincey (2000), no século XIX, e Kerouac (1997) e Burroughs (2005), que preconizaram a “democratização” do uso de drogas ocorrida nos anos 1960 e 1970. Sociólogo de grande influência no pensamento social brasileiro, Gilberto Freire também chegou a revelar sua experiência com o uso de maconha, observando a utilização desta planta por escravos e pescadores nordestinos<sup>4</sup>.

Contrapondo-se à postura moralista com relação ao uso de drogas, Weil (1986) defende o direito das pessoas de buscar estados alterados de consciência através do uso de substâncias psicoativas, mesmo algumas hoje consideradas ilícitas. A propósito, ele também critica a posição do meio acadêmico americano, quando este afirma que cientistas que já experimentaram drogas não estão qualificados para falar sobre o assunto em virtude de uma perda de “objetividade” que supostamente sofreram ao experimentar os efeitos dessas substâncias.

Segundo Umberto Eco (1998:14), é impossível dissociar a função intelectual da moral e esta atividade não raramente pode levar a “resultados emotivamente insuportáveis, *porque às vezes é preciso resolver alguns problemas mostrando que não têm solução*” (grifos do original). Ora, é justamente de um problema dessa natureza que esta tese irá ocupar-se. Qualquer estudo que pretenda “solucionar” o “problema da dependência química” é, no mínimo, fantasioso. No entanto, as ciências sociais podem contribuir sobremaneira na observação desse fenômeno em termos da apreensão do *significado* de tal experiência para a vida dos sujeitos que dela padecem, superando o positivismo característico das pesquisas médicas, e propor novas vias de compreensão do problema que, por sua vez, poderão subsidiar futuras intervenções.

Atualmente, creio que, de tanto escutar histórias trágicas relacionadas à dependência química, logrei êxito em perder parte de minha sensibilidade emocional perante o tema. Ao participar dos relatos das histórias de agonia, recordando-me também de minhas próprias agruras, parece que consegui certo “distanciamento

---

<sup>4</sup> Esta menção de Gilberto Freire nunca me havia sido revelada, até pouco tempo, a partir da indicação de um colega. Na realidade, trata-se da nota 73, referente ao capítulo IV de *Casa Grande e Senzala*, quando o autor redige na 1ª pessoa do plural: “Já fumamos a macumba ou diamba. Produz realmente visões e um cansaço suave; a impressão de quem volta cansado dum baile, mas com a música ainda nos ouvidos. Parece, entretanto, que seus efeitos variam consideravelmente de indivíduo para indivíduo.” (Freire, 1995:393).

metodológico”. Mas isso não se revela tão simples como parece, pois este mesmo “distanciamento” não implica uma total frieza afetiva em relação ao objeto.

Não acredito que minha etnografia seja capaz de proporcionar uma apreciação totalmente “objetivada” da realidade, visto que tais empreitadas dificilmente se realizam no âmbito das ciências sociais (Weber, 1999 [1904]). De qualquer forma, considerando que “a crítica prescritiva *ex ante* – isto é o que você deve fazer, isto é o que não deve – é tão absurda na antropologia quanto em qualquer outra iniciativa intelectual que não se fundamente no dogma” (Geertz, 2005: 191), buscarei coadunar meu estilo literário e experiências pessoais às metodologias e teorias selecionadas para o tratamento das questões, evitando, porém, constituir lugar-comum.

Dentre as circunstâncias emotivas de meu tema, reconheço que ainda me abalam eventuais notícias sobre recaídas envolvendo amigos próximos, principalmente quando elas se estendem por longo período de tempo e ocasionam relevantes prejuízos pessoais. Quando a abstinência é rompida, muitas vezes as conseqüências são geralmente mais intensas do que antes do tratamento. As lágrimas dos familiares em reuniões de ajuda mútua não raramente também me fazem chegar às minhas próprias lágrimas. Por outro lado, reconheço também que grande parte da influência da ideologia dos grupos de ajuda mútua como Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos na minha interpretação do problema foi superada naquilo que se relaciona com uma apreciação particularista da questão<sup>5</sup>.

Mesmo considerando que minha relação pessoal com o uso de substâncias psicoativas não atingiu certas conseqüências trágicas como a mendicância ou a criminalidade, boa parte de meu espírito seguirá junto com este texto. Ninguém jamais será o mesmo após alguns anos de alcoolismo ou drogadição. Os sintomas individuais e sociais desta experiência nunca desaparecem completamente. São cicatrizes que demoram a sarar. A reconciliação com o passado é geralmente dolorosa e fatigante, mesmo que seja estritamente necessária no decorrer do processo de recuperação.

De qualquer maneira, remediar a dor de existir através do uso de substâncias psicoativas será sempre uma alternativa poderosa de aliviar as tristezas e angústias inerentes à condição humana e por isso sempre haverá novos candidatos à dependência química, mesmo que esta modalidade do uso de substâncias psicoativas atinja somente

---

<sup>5</sup> Cabe esclarecer que as mudanças apenas mencionadas não resultam na condenação explícita de tais grupos, que continuam recuperando milhares de pessoas mundo afora, mas apenas no reconhecimento de algumas de suas limitações.

uma minoria dos iniciados. Não foi sem motivo que Freud (1997 [1929]) denominou os intoxicantes de “amortecedores de preocupações”. O pai da psicanálise reconheceu que as drogas se constituíam no meio mais *eficaz* empregado pelo homem para lidar com a infelicidade, embora fosse também o mais *grosseiro*.

Em minha trajetória pessoal tive problemas médicos, familiares e psicológicos com o uso abusivo de tais substâncias, mas também nunca me esquecerei dos agradáveis prazeres que elas são capazes de oferecer. Defendo a tese de que a perda do livre arbítrio em função de um quadro de dependência não é uma mera “invenção”, pois essa circunstância ocorre *de fato* com milhares de pessoas. Enfim, ao mesmo tempo em que realizo meu trabalho de campo tenho a possibilidade de adentrar a subjetividade de meus informantes da forma que nenhum observador “externo” seria capaz. Trago, assim, dados de primeira mão e contemplo esse aspecto como uma vantagem, pois percebi ser possível combinar o rigor metodológico com minha experiência subjetiva.

## 1.2 Aportes teóricos e metodológicos

Minha intenção foi realizar um estudo *compreensivo* da dependência química, considerando-a um fenômeno polissêmico que se manifesta no tempo e no espaço e, por conseqüência, possui estreito vínculo com o social, ampliando o horizonte restrito às noções psicológicas ou psiquiátricas referentes a essa área de estudo. No entanto, ressalto que tal postura não consiste em “negar a especificidade de fenômenos psicológicos, sociais, biológicos ou culturais, mas sim reafirmar a importância de seu caráter de inter-relacionamento complexo e permanente” (Velho, 2003:19).

Tratando-se de uma abordagem teórica que surge com a intenção de interpretar o *significado* das representações sociais relacionadas ao sofrimento psíquico decorrente da dependência química, utilizei as seguintes metodologias qualitativas de pesquisa: *entrevistas estruturadas e semi-estruturadas, observação participante e grupo focal* (Minayo, 1999; Gatti, 2005). A pesquisa empírica foi realizada, basicamente, em comunidades terapêuticas e grupos de AA e NA de Fortaleza/CE, entre abril de 2005 e março de 2007. Meus informantes foram: psicólogos, médicos, religiosos, policiais, pesquisadores, conselheiros em dependência química e membros de grupos anônimos de ajuda mútua como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos. Os entrevistados se constituíram de pessoas oriundas de diversas classes sociais, embora a maioria delas

possa considerar-se de “classe média”. A invocação à minha própria memória também foi de inestimável utilidade na tessitura de meus comentários.

Defino um dependente químico por um critério sociológico, como um indivíduo que, em função de sua dependência de álcool e drogas causou uma série de problemas no âmbito de sua interação social. Quando Goffman (2003:112) qualifica um doente mental sob essa classificação, ele destaca que “a interpretação psiquiátrica de uma pessoa só se torna significativa na medida em que essa interpretação altera seu destino social”. Portanto, esta apreciação é completamente plausível no caso da dependência química, principalmente considerando que o episódio de uma internação ou o ingresso em algum grupo de ajuda mútua possui o poder de alterar o destino social de um dependente químico, resultando na construção de uma nova identidade social.

Enfim, um dependente químico é um indivíduo que não consegue utilizar substâncias psicoativas de forma moderada, não importando a frequência deste uso. Um alcoolista típico pode ser apenas um bebedor de finais de semana ou também um bebedor periódico, ou seja, aquele indivíduo que passa anos sem beber e após o primeiro gole retorna inevitavelmente, de forma brusca ou paulatinamente, ao mesmo padrão patológico de uso anterior<sup>6</sup>. Não pretendo aqui discutir em pormenores aspectos clínicos do diagnóstico do alcoolismo, avaliando em pormenores as noções de uso, abuso ou dependência (física ou psicológica), uma vez que muitos desses conceitos (extremamente escorregadios) me fogem à compreensão como cientista social.

De uma maneira geral, entrevistei indivíduos que já aceitaram o rótulo de “alcoólatras ou adictos em recuperação”, mesmo que alguns deles não consigam obter sucesso em seu tratamento. Em síntese, trata-se de indivíduos que não foram capazes de sustentar um padrão socialmente aceito de uso de substâncias psicoativas e envolveram-se em uma série de situações constrangedoras que findaram por justificar uma intervenção.

Diferentemente das pesquisas médicas, centradas prioritariamente nas análises de cunho quantitativo, buscando mensurar, diagnosticar e classificar “doenças”, bem como aferir sua predominância em determinado grupo ou espaço, as ciências sociais procuram entender como as pessoas vitimadas pelo sofrimento interpretam sua própria experiência ao lidar com seu meio sociocultural. Enfim, trata-se de “compreender a

---

<sup>6</sup> Esta apreciação é semelhante àquela adotada pelo *National Council on Alcoholism*: “A pessoa com alcoolismo não pode, consistentemente, prever em qualquer das ocasiões em que vai beber, a duração do episódio ou a quantidade que será consumida” (*apud* Vaillant, 1999: 45-46).

experiência subjetiva da aflição em termos de seu enraizamento no mundo da cultura” (Alves; Rabelo; Souza, 1999:15).

Dessa forma, busquei um entendimento dos elementos centrais do discurso do adoecimento como fator construtivo da experiência da dependência química. Na análise dos significados associados à drogadição, as metodologias qualitativas detêm significativa vantagem sobre as quantitativas em termos da apreensão das experiências de sentido dos sujeitos analisados. Conforme acentua Turato:

Metodologicamente, para explicar cientificamente os fenômenos relacionados à drogadição, por exemplo, pesquisadores utilizam psiquiatria, epidemiologia ou farmacologia clínica. Mas para compreender o que a dependência química significa para a vida do doente, este é um tema para os investigadores qualitativistas, que podem ser: o psicólogo, o sociólogo, o antropólogo ou o educador [...] não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. (2005:509)

A avaliação comparativa dos discursos formulados por diversos agentes que lidam diretamente com essa questão nas mais variadas formas me permite visualizar uma rede de significados e perspectivas que possibilita uma apreciação polissêmica do objeto. Portanto, busquei verificar como distintos procedimentos (cura, repressão, conversão religiosa) buscam formar sua visão de mundo, sustentando seus pontos de vista com vistas a influenciar o social, compreendendo, sobretudo, que “os grupos criam representações para filtrar a informação que provém do meio ambiente e, dessa maneira, controlam o comportamento individual” (Moscovici, 2003:54). Por conseqüência, Laplantine (2001:241-242 – grifo meu) também destaca a importância de perceber que “uma representação não é redutível a seus aspectos cognitivos e avaliativos: simultaneamente expressiva e construtiva do social, consiste não somente num meio de conhecimento, mas em um *instrumento de ação*”.

A partir de convivência empírica com o tema, percebi que as instâncias que se encarregam do problema e os seus respectivos focos de atuação estão fortemente ancoradas nas perspectivas de pecado, crime e doença, ou seja: 1) as igrejas, que vislumbram a conversão religiosa como medida apropriada ao processo de reabilitação psicossocial do dependente químico; 2) a polícia, como instrumento de repressão aos narcóticos ilegais e/ou delitos cometidos em função do abuso de drogas ilícitas ou em circunstâncias de embriaguez; 3) os psiquiatras e psicólogos, Comunidades

Terapêuticas e afins, com a provisão de atendimento médico e psicológico para os dependentes químicos; 4) os grupos de ajuda mútua como Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos, que coadunam conceitos da medicina e da religião, além de enfatizar a ajuda mútua entre pessoas afligidas pelo mesmo problema como recurso terapêutico primordial. Assim, cada uma dessas instituições propõe um modelo de recuperação que implica uma *ação* sobre o problema da dependência química, que, por sua vez, está ancorada em uma representação desta mesma patologia.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação de Psiquiatria Americana (APA), as duas organizações médicas mais influentes na área de saúde mental em âmbito mundial, a dependência química é uma *doença*<sup>7</sup>. Para a maioria das religiões cristãs, o dependente de álcool ou drogas é alguém que se desviou do projeto de Deus e, por conseqüência, optou pelo caminho do *pecado* através da destruição de seu corpo, de sua espiritualidade e dos relacionamentos interpessoais. Na esfera da moralidade jurídico-policial, o dependente químico é um indivíduo suspeito ou *criminoso*, visto que ele pode ser induzido pelas contingências de sua dependência a cometer delitos, além de fazer uso de substâncias proibidas por lei.

Então, na intenção de desvendar a trama dos discursos sobre a dependência química e seus efeitos na vida dos sujeitos entrevistados, escolhi três representações que vislumbro como as mais relevantes neste campo: a apreciação da dependência química como pecado, crime ou doença, com ênfase na questão da construção social da dependência química como uma doença, ou seja, nos processos sociais e históricos implicados na *medicalização do desvio*<sup>8</sup> (Conrad; Schneider, 1980).

Os autores utilizados para a fundamentação teórica deste trabalho são diversos e surgirão oportunamente no corpo da tese. É importante frisar, porém, que não me foi possível fundamentar este trabalho utilizando exclusivamente referências da sociologia ou da antropologia. Embora esta tese permaneça no seu intento de constituir-se em uma apreciação sociológica da dependência química, excluir referências provenientes da medicina ou da psicanálise, por exemplo, resultaria em um empobrecimento teórico que não pode ser subestimado. Se em alguns trechos procedi a uma crítica aos

---

<sup>7</sup> As classificações médicas relativas à dependência química constam da *Classificação Internacional das Doenças* (CID-10), editada pela Organização Mundial da Saúde e do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM – IV), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria.

<sup>8</sup> Conrad (2006:4), define o termo medicalização como “um processo o qual problemas que anteriormente não pertenciam à área médica passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, normalmente em termos de doenças ou distúrbios”.

“reduccionismos” médicos e psicológicos, excluir essas perspectivas de minha discussão findaria em um reduccionismo sociológico. Dessa forma, gostaria de pontuar a seguir algumas referências que contribuíram para a formulação das principais questões.

No que se relaciona às referências sobre as relações entre psiquismo e sociedade, vale destacar alguns autores da sociologia, antropologia e da psicanálise, clássicos e contemporâneos, como Durkheim (1990 [1895], 2000 [1897]), Freud (1997 [1929]), Merton (1970), Mills (1975), Giddens (1993, 1996, 1997, 2002, 2005), Elias (1994, 1993, 2000), entre outros. Com relação às questões relativas ao comportamento desviante, destaco, a princípio, Goffman (1988, 2003), Becker (1977, 1993, 1999) Velho (1994, 2003), Pfhul e Henry (1993) e Conrad e Schneider (1980).

No que tange à história das drogas, é oportuno mencionar Carneiro (1994, 2005), Levine (1978), Fernandes (2002), e, especialmente em relação ao proibicionismo e narcotráfico, cito Ribeiro e Siebel (1997), Zaluar (1999, 2004), Rodrigues (2003) e Friedman e Szasz (1992). Quanto às referências teóricas relativas às representações sociais, destaco autores como Moscovici (2003), Jodelet (2001), Laplantine (1998, 2001) e Minayo (1999).

A maioria da literatura sobre os grupos de ajuda mútua que utilizei já se encontra listada em meu trabalho anterior (Mota, 2004), mas agora recebi algumas contribuições mais recentes como Garcia (2004), Barros (2001), Neves (2004) e Campos (2004, 2005). Por fim, nas discussões relacionadas aos rituais envolvendo a recuperação da dependência química e a dádiva, vale mencionar Peirano (2003, 2006), Turner (1974, 1988), Godbout (1999) e Caillé (2002a, 2002b).

### **1.3 Questões de semântica em territórios de ambivalência**

Considerando que trabalho com representações sociais, creio ser necessário tecer algumas considerações sobre a utilização de alguns termos pertinentes a meu tema, entre os quais o termo “droga”, que ocupa posição central. Surge a primeira pergunta: “O que é uma droga?”. O termo *phármakon*, originário do grego, que é traduzido em nosso idioma como fármaco, denota um significado tanto de *remédio*, como de *veneno*. Sob este prisma, o termo *phármakon* é proveitoso para refletir sobre as noções de *uso* e *abuso* de substâncias, pois, como seu próprio sentido sugere, não está em questão a substância *per se*, mas sobretudo as circunstâncias de uso. Isso porque, embora muitas destas substâncias sejam prejudiciais à saúde, o ato de experimentá-las não leva



necessariamente à dependência. Por isso, a substância em si pode comportar certo grau de inocuidade, dependendo de sua forma de administração, quantidade, frequência e, sobretudo, propósitos.

A etimologia da palavra “droga” é controversa, mas a versão mais próxima de como o senso comum entende esse termo é derivada do termo holandês *droog* (seco) e refere-se aos carregamentos de peixe seco que chegavam à Europa em más condições de consumo. Dessa forma, a palavra “droga” denotaria a idéia de uma coisa ruim, ou seja, de peixe estragado. A idéia de prazer, porém, está ausente deste contexto, como se os indivíduos buscassem tais substâncias à procura da dor. E em grande medida é isso que a propaganda anti-drogas e as campanhas de prevenção incitam os jovens a admitir como fato incontestável<sup>9</sup>.

No âmbito do senso comum, a classificação das drogas geralmente tende a seguir a seguinte norma: drogas (substâncias psicoativas ilícitas), álcool e tabaco (substâncias psicoativas lícitas) e remédios (substâncias químicas destinadas a produzir um efeito qualquer sobre o corpo, legalmente prescritas por médicos) (Cf. Fiore, 2004).

Neste sentido, tanto no discurso jornalístico como em alguns trabalhos acadêmicos, o termo “droga” está normalmente atrelado à descrição de substâncias psicoativas ilegais e, por consequência, este conceito passou a gravitar na esfera da moralidade jurídico-policia. Na época em que o tabaco, o mate e o álcool foram proibidos em alguns países, certamente tais substâncias seriam consideradas “drogas” como se compreende hoje. Dessa forma, Carneiro (1994: 157) ressalta que “a droga como um objeto claro e definido nunca existiu [...] A droga sempre foi um conceito antes de tudo moral”. Então, o termo mais adequado seria *substâncias psicoativas*, em virtude de sua abrangência, pois nesta categoria é possível agrupar uma gama imensa de substâncias como o álcool, café, nicotina, cocaína, heroína, *crack*, maconha, tranquilizantes etc.

Já o termo *psicoativo* ou *psicotrópico*, que também é originário do grego, significa *substâncias que agem sobre a mente*, produzindo estados de euforia, calma, excitação, potencializando tristezas, alegrias ou fantasias, ou seja, essas propriedades remetem a substâncias que possuem o poder de alterar o psiquismo, provocando uma alteração subjetiva do indivíduo em relação ao meio social que o rodeia.

---

<sup>9</sup> A título de exemplificação, uma análise de 680 reportagens sobre drogas publicadas em diversos veículos de comunicação que compõe a denominada “Mídia Jovem” brasileira, entre 2002 e 2003, constatou que somente 5% das matérias faziam menção ao uso de drogas como fonte de obtenção de prazer (ANDI, 2005).

Na mesma medida em que ocorre com os termos associados às drogas, o grego clássico foi também fonte em que a medicina buscou os principais elementos para construir sua nomenclatura, embora prevaleçam as terminologias de origem latina para designar estados mórbidos. Dessa forma, a palavra doença procede do latim, *dolentia*, que significa sentir ou causar dor. Enfermidade provém de *(in)firmus* e denota a idéia de debilidade, falta de firmeza, fraqueza. Moléstia é proveniente de palavra latina de mesma grafia, *moléstia*, e significa enfado, incômodo, inquietação. Embora cada um desses termos tenha sentido próprio, a manutenção dessas diferentes terminologias raramente oferece algum sentido prático em termos médicos.

A nomenclatura atual relativa à dependência de substâncias foi inaugurada por Benjamin Rush, no século XVIII, em seu clássico tratado *An Inquiry Into The Effects of Ardent Spirits*, que mais tarde serviu para que Magnus Huss, em 1849, utilizasse pela primeira vez o termo *alcoolismo* para descrever um estado de intoxicação crônica pelo consumo de álcool que causava problemas fisiológicos e sociais. Todavia, estes termos não encerraram a verdadeira Torre da Babel de conceitos que se reportavam ao consumo abusivo de álcool como *intemperança*, *vício*, *inebriedade*, *dipsomania*, *abuso de álcool*, *embriaguez habitual* e outros.

Em 1960, Jelinek enfatizou este problema lingüístico no seu clássico *The disease concept of alcoholism*, observando então a existência de mais de 200 definições de alcoolismo! No que concerne principalmente ao termo *adicação*, este surgiu por volta de 1910 para substituir um termo anterior designado “habitué”. *Adicação* é proveniente do latim, *addicere*, que significa uma adoração ou submissão a um senhor ou a um mestre. O *adicto*, em resumo, é um indivíduo *escravo* de seu hábito (White, 1998).

O uso patológico de drogas também é descrito como *toxicomania*, *abuso de drogas*, *drogadição*, *adicação*, *dependência de drogas*, *farmacodependência*, *dependência química*, *uso indevido de drogas* e outros. Além disso, a partir da década de 1980 este conceito foi estendido para além do abuso de substâncias psicoativas a outros comportamentos compreendidos como processos adictivos ou compulsões, incluindo sexo, internet, compras, religião, trabalho, exercícios, comida, jogo etc. (Boyd, 2000; Guerreschi, 2007). No âmago dos processos de *adicação*, em síntese, reside a incapacidade do indivíduo de controlar sua vida em conseqüência de sua relação com esses processos repetitivos. Trata-se de uma noção de fuga, do fenômeno do vício, característico das sociedades pós-tradicionais, na qual a rotina tradicional foi substituída, em grande parte, por tais expedientes (Giddens, 1997).

A denominação das pessoas acometidas de tais comportamentos também implica outra dificuldade: alcoólatra, alcoólico, bêbado, alcoolista, viciado, drogado, toxicômano, dependente químico, maconheiro etc. O termo alcoólico é um anglicismo, derivado da palavra em inglês *alcoholic*. O termo correto em português seria alcoólatra, ao passo que a literatura médica contemporânea utiliza a palavra alcoolista. Cabe ressaltar que esse impasse também percorre o universo daqueles vitimados por doenças mentais, cuja “evolução” é descrita por Picanço (2003:186) como: “de louco para alienado, de alienado para doente, de doente para paciente e de paciente para usuário”. Em outros termos, trata-se sempre das várias formas lingüísticas forjadas no intuito de estabelecer uma denominação que seria a mais “politicamente correta” para designar tais fenômenos e evitar uma maior estigmatização dos portadores de problemas mentais.

O problema é que a diversidade de termos e condições históricas sob as quais esses conceitos proliferam, quando observada do ponto de vista do relativismo antropológico, pode resultar numa relativização tão ampla que levará o pesquisador a uma confusão lingüística que o impedirá de realizar qualquer acabamento razoável. Além do mais, enquanto a sociologia e a antropologia tentam relativizar todo o discurso psicológico ou psiquiátrico, isso pode resultar em um veto que impede as ciências médicas ou psicológicas de constituírem qualquer discurso cientificamente legítimo sobre tais fenômenos (Sonnenreich, 1992). Dessa forma, um “sociologismo” de qualquer procedimento terapêutico conduziria à sua ilegitimidade. Em poucas palavras, a clínica não faria qualquer sentido para aqueles que sofrem de tais males, visto que eles não passam de “construções sociais”. Não creio que este seja um caminho apropriado a seguir.

Em último caso, se a medicina ou a psicologia não têm o direito de emitir qualquer parecer sobre a doença mental a partir dos conceitos forjados no interior dessas disciplinas, tampouco a sociologia ou a antropologia o poderiam fazer. Neste sentido, Almeida (2003:19) adverte que “o problema etnográfico não é ‘traduzir’ os mundos múltiplos, mas também comensurá-los”. Dessa forma, para escapar a esta armadilha, pretendo recorrer, quando achar necessário, à nomenclatura psiquiátrica e a tantos outros termos que julgar conveniente. Procederei desta maneira por entender que esta estratégia semântica me permite fornecer uma linguagem inteligível, sem, contudo, desperdiçar a oportunidade de debater a construção social de tais conceitos, sobretudo nos termos das relações de poder implicadas neste debate. Sobre essa questão, Laplantine esclarece que:

Devemos, pois, afirmar *tanto* a *identidade* dos quadros clínicos em estrutura e em sua economia (o que talvez possa ser localizado por qualquer psiquiatra) *como* a *diferença* quanto à sua frequência, seu conteúdo e a maneira como são percebidos e tolerados. Se se quiser insistir demais exclusivamente na *permanência*, o perigo é se fixar, de uma vez por todas, uma nomenclatura psiquiátrica demasiado rígida. Mas, em troca, se se quiser insistir demais na *diversidade*, corre-se o risco de ceder ao obstáculo do relativismo cultural, isto é, de sociologizar toda a psiquiatria e, principalmente, tornar absolutamente impossível qualquer empreendimento que vise construir uma antropologia da doença. (1998:38 - grifos do original)

Caso eu decidisse por optar por um “relativismo semântico radical” no tratamento de minhas questões, não me restaria alternativa a não ser empregar, indiscriminadamente, o recurso das aspas para falar sobre “drogas”, como também para designar termos como “desvio”, “comportamento desviante” ou “doença”. Entretanto, entendendo que utilizar continuamente este recurso, excluindo-se as ocasiões em que ele se revela necessário, parece profundamente cansativo, principalmente considerando as inúmeras citações de autores que utilizam termos como drogas, desvio ou doença sem destaques.

Assim sendo, reitero que minha opção semântica será pela utilização de expressões como drogas, desvio ou doença sem aspas, excluindo momentos em que as mesmas se façam necessários para o esclarecimento de minhas posições. Destaco que ao utilizar alguns destes termos diretamente isso não significará minha adesão ao sentido pejorativo da expressão em questão, mas apenas um recurso que possibilite a comensurabilidade de meus argumentos e a praticidade da escrita. A opção por adotar nomenclaturas psiquiátricas em um trabalho sociológico não implica afirmar que desconheço o intuito de rotulação dos indivíduos a partir do uso de tais categorias, assim como as nuances culturais que envolvem os conceitos nosográficos<sup>10</sup>, pois

[...] a doença é um conceito inventado e usado pelos médicos, para trabalhar com os seres humanos, em certas situações. As mesmas manifestações podem ser interpretadas como possessão divina, possessão espírita, fenômeno social, etc. A versão médica é a doença como entidade produzida pela ciência, como capítulo de livro, como instrumento de trabalho (Sonenreich, Kerr-Corrêa e Estevão, 1991:3).

---

<sup>10</sup> A nosografia é o ramo da medicina que se ocupa da classificação das doenças, destacando a compreensão sobre as causas, patogênese e natureza da doença.

Com efeito, um dos maiores intentos deste trabalho será debater a construção social dos conceitos médicos e não abordá-los como um dado “objetivo” e para isso, a fala de meus informantes ocupa papel central. É importante ressaltar que a apreciação sociológica dos temas por mim relacionados seguirá as premissas do construtivismo social, considerando que a realidade social é sobretudo uma criação da interação entre indivíduos e grupos sociais definidos, que findam por partilhar de um universo simbólico comum expresso em linguagem específica (Berger e Luckmann, 1985). A utilização de nomenclaturas psiquiátricas, hoje amplamente incorporadas ao nosso vocabulário cotidiano, é um recurso útil para guiar o leitor ao longo do texto, mesmo considerando que *“nomes e significados construídos, ou significados invocados por intermédio da nomeação, não existem fora da mente humana e não podem ser confundidos com as coisas em si”* (Pfohl e Henry, 1993:4 – grifos do original).

Ao mencionar certos aspectos das representações ligadas à dependência química não desejo afirmar que este fenômeno não existe na “realidade”. Não compartilho da idéia de que para analisar a construção social de diferentes discursos sobre um problema de saúde mental seja necessário negar a existência objetiva da doença mental em si. Descartar a existência de dores físicas e psicológicas implicadas no processo da dependência química seria refutar minha própria experiência, como também a de meus informantes. Partilhando do ponto de vista de Barros (2001, vol. I:24), chamo a atenção para o fato de que “a doença mental existe e faz doer, mas é necessário repetir o óbvio pois ele é sempre esquecido”.

Nunca é tarde para recordar que as nosografias existiram em todas as culturas e que o conceito de entidade mórbida aparece em textos de médicos primitivos hindus, assírios e egípcios, como no Papiro Ginecológico de Kahun (1900 A.C.) ou no texto hindu conhecido como Sushruta Samhita (600 A.D.), que apresenta uma descrição detalhada de doenças e lesões. Isso porque os homens necessitam de classificações para dar sentido o mundo que os rodeia. Por isso, seja a doença interpretada como proveniente da influência de maus espíritos ou por intermédio de uma infecção causada por germes bacteriológicos específicos, o processo de adoecimento sempre foi uma instância de nomeação (Laurenti, 1991).

Em outras palavras, o ato de nomear é indissociável da condição humana, pois é este que confere à realidade uma produção de sentido que é codificada por intermédio da linguagem. Não existe cultura que não tenha produzido suas instâncias de nomeação, uma vez que nenhum tipo de convivência humana seria possível sem a mediação da

linguagem. A utilidade da nomeação implica elaborar classificações necessárias ao rompimento com o incomensurável, ou seja, com a impossibilidade de formar qualquer discurso minimamente elaborado sobre o mundo ao redor. Por conseqüência, não constitui uma imprudência nomear, desde que o sociólogo esclareça de onde partiu esta nomeação – sua fonte de autoridade<sup>11</sup> -, e quais as implicações sociais e políticas decorrentes desta mesma nomeação, compreendendo que a linguagem nunca pode ser dissociada de suas condicionantes sócio-históricas e das representações sociais que as acompanham. Neste sentido, Moscovici argumenta que:

[...] sistemas de classificação e de nomeação (classificar e dar nomes) não são, *simplesmente*, meios de graduar e de rotular pessoas ou objetos considerados como entidades concretas. Seu objetivo principal é *facilitar a interpretação de características*, a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações das pessoas, na realidade, formar opiniões. Na verdade, esta é uma preocupação fundamental. Grupos, assim como indivíduos, estão inclinados, sob certas condições, tais como superexcitação ou perplexidade, ao que nós poderíamos chamar de mania de interpretação. Pois *nós não podemos esquecer que interpretar uma idéia ou um ser não-familiar sempre requer categorias, nomes, referências*, de tal modo que a entidade nomeada possa ser integrada na “sociedade dos conceitos” [...] (2003:70 - grifos meus)

As doenças não são propriamente descobertas, mas, sobretudo, “inventadas” por aqueles que pesquisam determinadas sensações e as classificam sob a insígnia de um conceito médico. Assim, utilizarei termos médicos sem contudo aprofundar-me nas nuances clínicas relacionadas a tais diagnósticos, uma vez que esta tarefa não compete ao sociólogo. Somente pretendo esclarecer que ao utilizar termos como *dependência química* ou *abuso de drogas*, estarei me referindo à mesma patologia em termos de uma relação disfuncional do uso de substâncias psicoativas. Meu olhar está direcionado às conseqüências sociais do uso indevido de álcool e drogas, não às questões fisiológicas que também fazem parte dessa discussão.

Como cientista social, reconheço também que o poder simbólico de que as nomenclaturas psiquiátricas atualmente usufruem está relacionado ao grande prestígio

---

<sup>11</sup> Neste sentido, Bauman (1999:185) observa que “traçar linhas divisórias entre o normal e o anormal, o ordenado e o caótico, o sadio e o doentio, o racional e o louco é tarefa do poder. Traçar essas linhas é dominar; é a dominação que usas as máscaras da norma ou da saúde, que ora aparece como razão, ora como sanidade, ora como a lei e a ordem”.

de que a classe médica obteve nas sociedades modernas<sup>12</sup>. Nos século XX, na medida em que a profissão médica adquiriu um *status* proeminente na cultura ocidental moderna a partir dos avanços da bacteriologia (teoria do germe), toda uma gama de desvios sociais transformou-se em “doenças”, da mesma forma como determinadas moléstias infecciosas eram diagnosticadas a partir dos germes e bactérias que as causavam. Neste sentido, a tarefa do sociólogo é debruçar-se sobre as nuances sócio-históricas e políticas entrelaçadas a esse fenômeno, compreendendo “as transformações das designações de desvio, do âmbito moral para o médico, como um conjunto de empreendimentos políticos coletivos e não como um produto da evolução natural da sociedade ou do progresso da medicina” (Conrad; Schneider, 1980: xi).

---

<sup>12</sup> Apesar do aumento das ações judiciais relativas a erro médico, uma pesquisa realizada pelo Ibope, em 2005, constatou que os médicos possuem grandes índices de confiança no Brasil. Avaliando uma amostragem de 2.002 indivíduos entrevistados em 143 municípios, o resultado foi o seguinte: 81% dos entrevistados depositavam sua maior confiança nos médicos, enquanto a igreja católica ficou em segundo lugar com 71%, e as forças armadas em terceiro, com 69% dos votos de confiança (Oliveira, 2006).

## 2. DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UMA INCURSÃO INTERDISCIPLINAR

Qual a *causa* (etiologia) da dependência química? Por que alguns indivíduos conseguem usar substâncias psicoativas sem maiores conseqüências, enquanto outros afundam no vício? Predisposição orgânica, estrutura psicológica precária ou meio cultural incentivador do abuso de substâncias? As hipóteses sobre a etiologia da dependência química dividem especialistas e são, talvez, um dos aspectos mais intrigantes da patologia. Isso porque a maioria das pessoas não pretende abdicar do prazer associado a essas substâncias, ao passo que temem desesperadamente sofrer as condenações morais e toda a sorte de infortúnios reservadas àqueles que não conseguem estabelecer um padrão de uso socialmente aceito.

A investigação das causas da dependência química divide-se entre as ciências médicas, psicológicas e da sociedade. Cada uma dessas áreas do conhecimento busca uma explicação mais convincente, embora nenhuma separadamente consiga abarcar totalmente esse fenômeno em sua complexidade. As conseqüências das disputas pela hegemonia entre essas áreas do saber também não se processam em ambiente “neutro”. Vale recordar que teorias de bases biológicas foram utilizadas para justificar várias ideologias que modificaram a face do mundo moderno, como no caso do nazismo e sua relação com a idéia da evolução racial.

Teorias sociológicas, como o marxismo apoiado nas percepções do materialismo histórico, propiciaram a eclosão de várias revoluções comunistas ao redor do mundo, implicando uma transformação objetiva da vida de milhões de pessoas que marcou o século XX. A psicanálise, por sua vez, promoveu significativas mudanças na forma como o homem moderno passou a enxergar-se a si mesmo. Uma prova cabal da psicologização da vida moderna é facilmente identificada na forma em que termos psicanalíticos como “inconsciente”, “neurose”, “recalque” passaram a incorporar-se à linguagem do senso comum.

Embora aparentemente esses eventos não tenham nenhuma relação direta com a dependência química, tais disputas sustentam visões de mundo que, quando partilhadas coletivamente, possuem resultados práticos em termos de mudanças políticas e sociais de amplo espectro. Embora o cerne deste trabalho não esteja essencialmente dirigido aos debates sobre biologia, psicologia e sociologia como vertentes explicativas da



dependência química, creio que uma atitude de descaso no que tange à essa discussão resultaria em um dano irreparável para uma apreciação global do problema.

Gostaria também de frisar que, em virtude de minha formação acadêmica situar-se majoritariamente no campo das ciências sociais, buscarei utilizar os conceitos dessas outras áreas de forma geral, sem arriscar um aprofundamento maior do que os autores selecionados me permitem. Além do mais, as questões suscitadas mais adiante serão oportunamente retomadas em argumentações posteriores, visto que é impossível tratar deste tema sem invocar autores envolvidos com a clínica.

## **2.1 A biologia da dependência química: da eugenia às neurociências**

A relação entre a etiologia da dependência química e as ciências biológicas deriva da idéia de predisposição orgânica e hereditariedade. Em poucas palavras, o organismo do dependente químico seria diferente do das “pessoas normais” em virtude de sua própria constituição fisiológica. Assim como em outras doenças complexas como o câncer ou o diabetes, o modelo epigenético pressupõe que um componente genético específico possa interferir nos padrões de vulnerabilidade de alguns indivíduos à dependência de álcool e drogas, sendo tais genes transmissíveis através das gerações. Entretanto, antes de adentrar a literatura científica atual sobre este modelo, desejo efetuar um breve histórico de tais teses a partir da análise do pensamento positivista e evolucionista entre os séculos XIX e XX.

Quando Auguste Comte pensou em sua “física social”, que mais adiante serviria de inspiração para o termo *sociologia*, sua meta era fundar uma ciência do social com o mesmo grau de objetividade das ciências naturais. Para Comte, a ciência positiva era uma ciência de “dados”, onde a reflexão intelectual estaria sempre subordinada à observação empírica, buscando identificar fatos e leis imutáveis para avaliar os fenômenos sociais. O positivismo tinha a preocupação de estabelecer um paradigma científico<sup>13</sup> que fosse capaz de equacionar as contradições da modernidade, expressas principalmente sob a forma de uma sociedade que evoluía tecnologicamente enquanto a condição humana permanecia aviltada, lançando mão de propostas de intervenção social

---

<sup>13</sup> Embora o termo “paradigma” tenha se vulgarizado nas últimas décadas, invoco o sentido proposto por Thomas Kuhn, como “as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (1994:13).

baseadas nos cânones das ciências da natureza. Uma vez que ao homem era possível domar e transformar a natureza, o mesmo deveria ocorrer à humanidade.

Durante o século XIX, a maioria das metrópoles urbanas configurava-se cada vez mais em espaços caóticos onde as chaminés das fábricas produziam produtos em larga escala, ao mesmo tempo em que a criminalidade, o alcoolismo, a prostituição e outros “sintomas sociais” desorganizadores ofuscavam os propósitos do projeto iluminista de emancipação da humanidade. Daí a ciência positiva surgia com várias propostas “cientificamente fundamentadas” para combater essas “degenerações sociais”. A sociedade passa a ser vista como um corpo enfermo, cujos órgãos deficientes precisam ser remodelados ou extirpados em favor de um projeto de purificação de seus elementos desorganizadores.

Dois anos após a morte de Comte, em 1859, Charles Darwin publica o clássico *A Origem das espécies*, obtendo ampla repercussão em amplos setores da sociedade, contribuindo para essa discussão. Então, a partir do desenvolvimento das teses evolucionistas, o darwinismo passa também a servir de paradigma instrutivo para os problemas sociais decorrentes da industrialização. Difundindo a idéia de que somente as espécies mais aptas possuem as condições ideais de sobrevivência e evolução, as teses darwinistas foram incorporadas pela medicina da época.

Dessa forma, surgiu o movimento conhecido como eugenia (do grego *eugen-s*, “bem nascido”), palavra cunhada pelo cientista britânico Francis Galton, em 1883, para representar as possíveis aplicações sociais do conhecimento da hereditariedade na obtenção de uma desejada “melhor reprodução” e conseqüente “melhoramento” da espécie humana. É importante aqui destacar que considerar Auguste Comte o “pai da eugenia”, ou “culpar” Charles Darwin pela ideologia nazista seria o mesmo que atribuir a Karl Marx as intempéries do stalinismo.

Na realidade, os cientistas quase nunca foram capazes de prever com segurança os desdobramentos da utilização de suas idéias<sup>14</sup>. As mensagens sociais da ciência são sempre ambíguas e isso dá margem a uma série de interpretações por aqueles que as recebem, sobremaneira após o contato posterior com as idiossincrasias dos sujeitos, que variam de acordo com a cultura, formação e motivações políticas de cada época.

---

<sup>14</sup> Entre muitos cientistas sociais, Auguste Comte quase sempre é considerado um autor reacionário, principalmente quando equiparado aos intelectuais marxistas. Entretanto, Roger Bastide desmistifica essa questão ressaltando que Comte teria também integrado o comunismo em seu sistema político, dirigindo alguns de seus cursos para o público proletário. Muitos seguidores do positivismo no Brasil, além de querer “livrar” o país dos trabalhadores indolentes e vagabundos, eram na mesma medida críticos dos capitalistas inescrupulosos que exploravam a massa trabalhadora. (Cf. Queiroz, 1983)

Todavia, como Darwin fazia questão de enfatizar que baseou suas conclusões sobre a teoria da evolução das espécies em observações e experimentos bem delimitados, sua afinidade com o positivismo foi tão próxima que muitos chegaram até a confundir ambas as teorias, pois “nada mais ‘positivo’ do que um estudo que trata da evolução da vida com uma construção e estrutura bem delimitadas” (Cid, 2004:75). Considerando que a ciência geralmente se apresenta como neutra e imparcial, no cenário científico da segunda metade do século XIX e início do XX, a eugenia gerou um grande entusiasmo na classe médica e, por extensão, na nascente criminologia psiquiátrica.

Observando a sociedade como um “organismo” passível de evolução, restariam apenas alguns ajustes de “higienização social” para produzir-se um cenário promissor rumo a uma civilização mais evoluída a partir da seleção artificial dos indivíduos mais aptos. Daí inicia-se um processo de patologização dos problemas sociais, a partir de um modelo biológico.

A Escola Positiva de Criminologia, fundada pelo médico italiano Cesare Lombroso, foi então instituída como uma reação à escola clássica, na medida em que a segunda presumia os homens como dotados de racionalidade e livre-arbítrio. Para Lombroso, os homens eram influenciados por contingências sociais e assimilavam a criminalidade através da convivência com seus pares, processo que poderia ser corrigido através de punições e castigos severos. No entanto, existiria uma classe de indivíduos que era biologicamente inclinada aos atos desviantes, ou seja, não possuíam o controle sobre suas atitudes porque sua condição fisiológica os destinava ao crime.

Para fundamentar suas proposições, Lombroso começou a investigar criminosos em instituições penais, analisando características físicas como formato do crânio, tamanho do maxilar, extensão do braço, concluindo que esses indivíduos ainda não haviam se desenvolvido evolutivamente e, por consequência, não possuíam os devidos recursos morais para conviver em uma sociedade civilizada. Segue um trecho de Lombroso sobre a autópsia do crânio de um famoso salteador italiano chamado Vilela:

[...] ao abrir o crânio encontrei, na parte occipital, exatamente no ponto em que fica a espinha no crânio normal, uma nítida depressão que denominei *fossa occipital média*, por causa de sua situação, precisamente no meio do occipício, como nos animais inferiores, principalmente os roedores. Esta depressão, como no caso dos animais, ligava-se à hipertrofia do *vermis*, conhecido nos pássaros como o cerebelo médio.

Não se tratava apenas de uma idéia, mas de uma revelação. À vista daquele crânio eu parecia compreender, de repente, iluminado como uma planície imensa sob um céu flamejante, o problema da natureza do criminoso – um ser atávico que reproduz em sua pessoa os instintos ferozes da humanidade primitiva e dos animais inferiores. Assim se explicavam anatomicamente os enormes maxilares inferiores, altos molares, arcadas superciliares protuberantes, linhas solitárias nas palmas das mãos, tamanho máximo das órbitas, orelhas acabanadas ou sésseis encontradas em criminosos, selvagens e macacos, insensibilidade à dor, vista extremamente aguda, tatuagens, indolência excessiva, gosto pelas orgias e um anseio irresistível do mal pelo mal, o desejo não só de extinguir a vida na vítima, como de mutilar o cadáver, rasgar a carne e beber seu sangue. (Lombroso *apud* Cohen, 1968:108)

Tomando por base a citação acima, fica caracterizado o tom positivista do discurso de Lombroso. Ao comparar a descrição do crânio humano com características anatômicas de outros animais, fica evidenciado o uso extremo das ciências naturais para a pretensa explicação de um “degenerado” humano. O autopsiado em questão representava uma espécie de ser primitivo que ainda encontrava-se em condição pré-humana, sendo dotado de instintos perversos oriundos de sua própria constituição biológica. Na perspectiva biologizante, as contradições da nascente sociedade industrial, como a exploração dos trabalhadores, são menosprezadas, visto que a gênese dos problemas sociais residia nos indivíduos ou, melhor dizendo, em determinados “tipos de indivíduos”.

As teses de Lombroso receberam grande atenção por parte da criminologia da época, em um período que vai até o início do século XX. Não obstante as duras críticas que recebeu, Lombroso manteve-se fiel aos seus argumentos. Além do mais, a possibilidade de uma verificação *fisiológica* que condicionasse as tendências criminosas inatas dos indivíduos também reduziria em muito o tempo dos legistas na averiguação das causas complexas que caracterizaria tais fenômenos. Considerando que o tempo foi sempre um bem precioso para a modernidade, Lombroso tinha em mente um conhecimento intervencionista e não apenas descritivo.

Partindo dos pressupostos defendidos pelas teorias biológicas sobre a criminalidade, que depois progrediram para uma série de avaliações sobre hereditariedade, disfunções glandulares e outras apreciações, esses cientistas concluíram que qualquer tipo de combate ao crime não teria sucesso sem o controle dos acasalamentos e da reprodução dos “tipos” biologicamente determinados ao crime.

No Brasil, a eugenia endereçou suas teses organicistas aos negros, índios e mestiços, culpando-os, a partir dos critérios de “raça”, pelo atraso civilizatório brasileiro em relação aos países europeus. Um dos principais expoentes da eugenia brasileira foi o médico e antropólogo maranhense Nina Rodrigues, cujos estudos se direcionaram para o desenvolvimento de teorias biológicas causais de explicação de doenças mentais tendo a sífilis como modelo, bem como também investigações de cunho antropológico direcionadas às populações rurais e urbanas pobres e mestiças. No início do século XX, psiquiatras brasileiros demonstravam simpatia pela eugenia, na medida em que propunham, através da Liga Brasileira de Higiene, fundada em 1923, promover uma “higiene das paixões”, dos “vícios” e “degenerações” das camadas menos privilegiadas da população.

Acreditava-se também numa espécie de “maldição tropical” que seria a causa do subdesenvolvimento nacional, uma idéia que ficava cada vez mais forte para os eugenistas ao equiparar o desenvolvimento social brasileiro às nações européias e aos Estados Unidos da América. A partir daí formulou-se uma criminologia positivista inspirada na psiquiatria da época, destinada a perseguir qualquer indivíduo que pudesse apresentar as “marcas de devassidão” biologicamente herdada e transmissível. Neste grupo estavam incluídos mendigos, alcoolistas, delinquentes, prostitutas, negros, mestiços, entre outros. Tratava-se também de uma estratégia de normalização médica e penal que visava a uma espécie de emparelhamento evolutivo e moral forçado do Brasil frente às nações ricas do hemisfério norte, através de regimes purificadores e preventivos dos desvios de comportamento através do controle das uniões inter-raciais. Para os eugenistas:

O cruzamento racial gera produtos anormais e com degeneração psíquica. No entanto, os mestiços podem pertencer, como as sub-etnias negras, a estágios diferenciados de evolução. Haveria graus que iriam desde o mestiço degenerado puro, situado no escalão mais inferior da condição humana, até aqueles que manifestam níveis superiores de atividade mental. Falta de energia física e moral, impulsividade e apatia, características estas da população brasileira seriam, para Nina Rodrigues, a prova evidente dos malefícios do cruzamento racial. O mestiço e o negro são a maldição hereditária do Brasil. Seguindo estes arrazoados, afirma o autor que a raça ariana está representada no Brasil por uma fraca minoria branca. Esta minoria deve defender o país dos seus próprios desviantes (os criminosos de raça branca) e, ao mesmo tempo, deve defender o país de seus representantes inferiores, membros das raças não arianas. (Centurião, 2003:116)

Assim, a mentalidade eugênica abarcava o campo da miscigenação e das doenças mentais, centrando-se seus esforços também em um problema social que afligia o Brasil que se urbanizava desordenadamente: o *alcoholismo*. No início do século XX, a cidade de São Paulo experimentava um crescimento populacional acelerado em função da indústria cafeeira e das possibilidades de trabalho para grandes contingentes populacionais. Entretanto, as oportunidades de ganho estavam sempre vinculadas a outras variantes como os preços internacionais do café, as pragas na lavoura e outras vicissitudes que acompanham o desenvolvimento das atividades agrícolas.

Tratava-se de um mercado promissor, mas oscilante, gerando muitas vezes cenários de pobreza urbana, situação que se tornou particularmente grave após a crise da Bolsa de Nova Iorque, em 1929. Com o incremento das favelas e de outras moradias em condições insalubres, aliando-se às dificuldades de acesso ao mercado de trabalho, o êxodo rural e outros problemas criaram um ambiente propício para a incidência de alcoholismo.

Nesse contexto, a “eugenia positiva” promoveu uma série de campanhas anti-alcoólicas, objetivando a regeneração das classes trabalhadoras através de campanhas de incentivo ao casamento no início da fase adulta, propondo aos pretendentes exames pré-nupciais para atestar a “imunidade biológica” do futuro cônjuge e da prole com vistas a detectar precocemente problemas de saúde mental ou alcoholismo. Sob muitos aspectos, o alcoholismo era visto como hereditário. Assim sendo, era necessário promover uma seleção artificial para evitar o contágio social pelos acasalamentos, bem como a esterilização de alcoólatras para não comprometer sua descendência. Assim, “apontava-se a existência de três grandes fatores da decadência do ‘povo brasileiro’: o alcoholismo, a loucura e a criminalidade, associados às três grandes enfermidades populares degeneradoras: o alcoholismo, a tuberculose e a sífilis” (Matos, 2000:57).

Aos alcoolistas era imputada a responsabilidade pela geração de filhos epiléticos, raquíticos, doentes mentais, alcoolistas e com propensão à criminalidade. Em contrapartida, era incentivado o modelo de homem trabalhador, não afeito a vícios, disciplinado e ordeiro, como também o da mulher devotada à prole, ao marido e aos cuidados do lar. Apesar de vislumbrar o alcoholismo como “biologicamente herdado”, o que isentaria de culpa o indivíduo que o “contraiu”, a receita para sua remissão estava sempre ligada a um tratamento moral, incluindo a privação de relações sexuais como profilaxia à proliferação desta patologia através das gerações.

A eugenia, uma “ciência” que se baseava no positivismo, no darwinismo e posteriormente nas concepções de Mendel, inspirou-se em estudos realizados com animais e plantas para elaborar um projeto de “purificação” da raça humana através da eliminação dos “menos aptos”. Dessa forma, as várias associações eugênicas internacionais endossaram um movimento social de grandes proporções, que findou com a aprovação de várias leis que autorizavam esterilizações involuntárias em indivíduos com problemas físicos ou mentais. Nos Estados Unidos, em meados da década de 1930, cerca de 30 mil indivíduos haviam sido esterilizados com propósitos eugênicos. Na Alemanha nazista, onde a eugenia procedeu suas maiores crueldades, mais de 350 mil pessoas foram esterilizadas involuntariamente, além dos assassinatos em massa nos campos de concentração (Stepan, 2005).

Atualmente, as teses eugênicas parecem não mais encontrar tanto respaldo na comunidade médica. Após os desdobramentos da Segunda Guerra Mundial, a eugenia passou a ocupar um reduto fúnebre na história da ciência moderna. Por conseqüência, a prática da eugenia está hoje formalmente vetada pelo Conselho Federal de Medicina. O artigo 122 do atual código de ética em pesquisas médicas veta aos médicos “participar de qualquer tipo de experiência no ser humano com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos”<sup>15</sup>. Mas a retomada da discussão sobre as influências da consangüinidade na transmissão de doenças mentais e outros “distúrbios” como a dependência química atesta que o debate está longe de encerrar-se. O incremento dos investimentos por parte dos grandes conglomerados farmacêuticos<sup>16</sup> nas áreas da genética (farmacogenética) e das neurociências (psicofarmacologia) finda por trazer novamente à tona as velhas discussões eugênicas, agora com uma nova roupagem.

Analisando as falas dos dependentes químicos, escutei muitas especulações sobre os aspectos hereditários da dependência química. Alguns membros de Alcoólicos Anônimos mencionaram várias vezes serem filhos de alcoolistas, enquanto outros relataram ser a “ovelha negra” da família, pois nenhum de seus familiares possuía problema com a bebida. Entre os usuários de drogas ilícitas ocorre fato similar. Se um dependente químico tentasse justificar seu problema pela via biológica, outros refutavam esta tese dizendo que o uso de drogas era um produto da vontade própria, não

---

<sup>15</sup> Cf. <http://www.portalmedico.org.br>.

<sup>16</sup> Em 2004, segundo o *ranking* das 500 maiores empresas do mundo, divulgado pelo *Financial Times*, os laboratórios farmacêuticos ocupavam a 2ª posição geral em faturamento e receita, superando as companhias de seguro, de petróleo e gás, como também alguns setores importantes da informática. Cf. <<http://www.ft.com/ft5002004>>. Acesso: maio, 2004.

uma questão de origem genética. Dessa forma, as controvérsias se amontoavam e dividem opiniões.

A literatura recente sobre a etiologia genética da dependência química baseia-se em estudos epidemiológicos conduzidos entre famílias, gêmeos e filhos adotivos. Dentre esses, os estudos com filhos adotivos pretendem maiores índices de “objetividade”, uma vez que se verifica prevalência de indivíduos que conviveram desde poucas semanas de vida em famílias adotivas sem problemas de abuso de álcool e tornaram-se alcoolistas (em virtude de serem filhos de pais alcoólicos), em detrimento de outras crianças adotadas cujos pais biológicos não apresentavam o problema. Mas, a despeito da forma como os quadros de dependência se manifestam em diferentes contextos, Messas e Vallada Filho (2004:55) observam que “pode-se afirmar a presença de um componente genético em todas as dependências de drogas”. Em outros termos, a *vulnerabilidade* à dependência de álcool e drogas pode ser herdada.

Pesquisas médicas verificaram também que variações genéticas nas enzimas responsáveis pelo metabolismo do álcool (aldeído desidrogenase e álcool desidrogenase) podem determinar diferenças entre diversas populações no que tange à predominância do alcoolismo, constituindo-se os únicos genes com um papel confirmado no desenvolvimento da dependência alcoólica (Bau, 2002). Tais enzimas são responsáveis por provocar desconfortos fisiológicos que impossibilitam um indivíduo “normal” de consumir grandes quantidades de álcool. Os alcoolistas não dispõem dessa proteção metabólica, conseguindo beber grandes quantidades de álcool sem sentir mal-estar físico imediato, facilitando, dessa forma, o desenvolvimento do alcoolismo.

Dados epidemiológicos recentes indicam que essa hereditariedade também pode estender-se a outros problemas de saúde mental como tiques, gagueira, hiperatividade, transtorno de conduta, transtorno obsessivo, mania e ansiedade generalizada. Tomando por base esses novos “achados”, Messas e Vallada Filho (2004:57) acreditam que “o reconhecimento, em nível molecular, das condições de vulnerabilidade para o transtorno permite ações preventivas sobre populações de risco, seja em evitar o contato com as drogas, seja na redução dos traços de suscetibilidade”. Mas uma pergunta não quer calar: será que as atuais pesquisas biogenéticas não conduzem a uma nova eugenia?

Ora, as “ações preventivas sobre populações de risco” podem perfeitamente significar medidas de esterilização de dependentes químicos para evitar sua transmissão



às gerações futuras. Embora os autores não afirmem isso de forma direta, qualquer imaginação sociológica mais treinada logo pode inferir uma conclusão dessa natureza.

No decorrer de minha pesquisa de campo notei também que muitas das especulações sobre a origem genética da dependência química são manipuladas para justificar a conduta desviante. O dependente que acredita ter “herdado” de seus genitores a dependência pode assumir a condição de vítima de seu processo de adicção e assim desdenhar sua responsabilidade individual no tratamento. A genética é algo que marca o corpo permanentemente, uma condição para a qual não há cura possível, a não ser pela extirpação do órgão afetado. Esta interpretação biológica ficou patente em muitos depoimentos, como o de uma funcionária de uma clínica para dependentes químicos, ao afirmar: *“parece que tem umas pessoas que têm isso mais à flor da pele. Essa pessoa que se torna dependente químico, ela carrega essa doença com ele. É como o diabético, ele já tem uma predisposição”* (FT. dez., 2005).

Nas últimas décadas, as neurociências também experimentaram uma significativa expansão junto à comunidade científica. As filiações junto à Sociedade de Neurociência [Society for Neuroscience], com sede em Washington, D.C., passaram de 500 em 1970, quando foi fundada esta sociedade, para 25 mil em 1998 (Horgan, 2002). A priorização das pesquisas acerca dos mecanismos neurológicos da dependência química, assim como em outras doenças mentais, ganhou proeminência mundial, sobretudo em consequência do significativo apoio econômico e político das corporações farmacêuticas<sup>17</sup>.

Sob a influência dos argumentos deste novo campo do saber médico, a Organização Mundial da Saúde argumenta que as descobertas sobre as bases biológicas da dependência química pelas neurociências permitem desmistificar a drogadição como uma patologia decorrente de uma fraqueza moral. Procura-se romper o estigma relacionado à dependência de álcool e drogas projetando no cérebro, e não no indivíduo, a causa primária de seu problema. Neste sentido, a OMS (2004:14) afirma que a

---

<sup>17</sup> É prudente destacar que o poder dessa indústria nos Estados Unidos é persuasivo: 90% dos pesquisadores que publicam regularmente artigos no *Journal of the American Medical Association* recebem fundos para pesquisas ou trabalham como consultores para a indústria farmacêutica. De maneira geral, o marketing dessas empresas decide quais medicamentos utilizar, patrocina congressos de medicina e recruta a maioria dos psiquiatras disponíveis para trabalhar em suas pesquisas (Healy e Thase, 2003). Além do mais, esta indústria é um dos setores mais influentes da economia norte-americana, estando também entre os maiores anunciantes de TV, revistas e jornais, além de distribuir consideráveis somas de dinheiro para campanhas políticas (Glassner, 2003).

dependência química seria “um transtorno cerebral tanto quanto qualquer outra doença neurológica ou psiquiátrica”.

O *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), sediado nos Estados Unidos, que patrocina atualmente cerca de 85% de todas as pesquisas sobre dependência química no mundo e possui significativa influência na formulação das atuais classificações médicas do CID-10 e DSM-IV, tende a referendar esta mesma concepção. Assim como em outros aspectos da economia mundial, é importante destacar que a percepção neurológica do comportamento humano é capitaneada pela Associação Norte-Americana de Psiquiatria, influenciando decididamente a clínica médica em todo o mundo. Segundo Donna E. Shahala, secretária de saúde e serviço social do NIDA:

Compreender a dependência química como uma *doença cerebral* explica em parte porque as estratégias políticas históricas focadas apenas nos aspectos sociais e criminais do abuso de drogas foram mal-sucedidas. As pesquisas revelam o motivo: elas estavam abordando o problema pela metade. *Se o cérebro é o centro do problema, atender e tratar essa doença cerebral deve ser o núcleo da solução.* (NIDA, 1999: viii – grifos meus)

Para os que advogam a predominância das teses das neurociências sobre as apreciações sociológicas, os problemas sociais e criminais decorrentes do abuso de drogas são *conseqüência* de problemas cerebrais individuais. Em síntese, haveria um (dis)funcionamento cerebral e molecular que encontra-se na gênese de todos os problemas sociais causados pelo abuso de drogas, desde os desajustes familiares ao narcotráfico. Então, caberia às neurociências esmiuçar os processos bioquímicos que causam a compulsão pelo uso de drogas e efetuar uma análise comparativa entre o funcionamento cerebral dos adictos e o das pessoas “normais”. A partir da verificação das diferenças biológicas seria possível direcionar ações de saúde isentas de avaliações morais, sendo possível inclusive pensar na produção de vacinas anti-vício<sup>18</sup>.

Segundo Alan Leshner, o maior empecilho para o tratamento da dependência química está no fato de uma questão de ordem biológica ser tratada como moral. Em outras palavras, isso provoca a instauração de uma enorme lacuna entre o que se entende como uma “pessoa doente”, e o que vem a ser uma “pessoa má”. Não obstante

---

<sup>18</sup> A companhia farmacêutica britânica Xenova já está testando duas dessas vacinas, uma para cocaína (TA-CD) e outra para a dependência de nicotina (TA-NIC). Tais vacinas agem nos sistemas de compensação envolvendo o uso de drogas, ou seja, seu objetivo terapêutico é bloquear as sensações de prazer proporcionadas por estas substâncias psicoativas. Cf. <http://www.xenova.co.uk>

Leshner refute a tese de que a dependência química seja apenas um problema cerebral, ele ressalta que “se a dependência está ligada a modificações na estrutura e funcionamento do cérebro isso faz dela, *fundamentalmente*, uma doença cerebral” (1997:46 - grifos meus).

Ainda que os neurocientistas se posicionem desfavoravelmente à estigmatização do usuário de drogas argumentando que tais indivíduos sofrem de um problema cerebral e não moral, analisando as atuais premissas das neurociências poder-se-ia inferir que tais apreciações possam estimular um tipo de “nova onda eugênica”. Na realidade, essas teses levantam problemas semelhantes às teses de Lombroso (a análise do crânio substituída pela ressonância computadorizada) ou da eugenia (as análises moleculares como substitutivas do evolucionismo).

No futuro, empresas, companhias de seguro, planos de saúde e outras instituições poderiam exigir de seus clientes mapas de ressonância computadorizada ou testes moleculares para avaliar “cientificamente” sua predisposição ao vício. Dessa forma, milhares de pessoas poderiam ver seu futuro profissional impedido pelo resultado desses exames, sob o manto de uma condenação médica explícita, amparada em uma racionalidade instrumental que geralmente revela-se bastante útil aos cânones do modelo de produção capitalista. Estas suposições, certamente, podem parecer exageradas, mas por outro lado é prudente não menosprezar as lições da história.

## **2.2 A dependência química e a psicologia**

Entre os saberes psicológicos não existe uma “teoria geral das dependências” que poderia ser comparada a uma classificação médica moderna (CID-10 / DSM-IV). Por consequência, várias teorias psicodinâmicas foram desenvolvidas sobre a gênese dos comportamentos adictivos. Basicamente, as explicações psicológicas para a etiologia da dependência química dividem-se entre as teorias da personalidade (modelo psicanalítico) e as teorias do aprendizado (modelo comportamental).

Entretanto, o que caracteriza muitas das apreciações psicanalíticas sobre a dependência química é o fato de a droga surgir como um objeto substitutivo para uma carência psíquica. Assim, a dependência química poderia ser interpretada como uma tentativa de retorno aos estados prazerosos da infância através da busca pelas sensações lúdicas proporcionadas pelas drogas (Bordin, Figlie e Laranjeira, 2004). Os alcoolistas, por exemplo, são avaliados psicologicamente como pessoas tímidas, imaturas, ansiosas,

com fraqueza de ego e auto-imagem negativa (Nascimento e Justo, 2000). Nestes casos, o álcool funciona como o “espinafre do Popeye”, servindo de combustível encorajador frente a situações frustrantes.

No âmbito das relações entre familiares, a dependência de drogas pode constituir-se em um artifício utilizado para preencher uma carência emotiva, uma *falta*, que algum dos familiares não foi capaz de suprir, o que justifica em grande medida a insistência, por parte dos terapeutas, em envolver a família do dependente químico em seu processo de recuperação. As figuras do pai ausente ou da mãe superprotetora são alguns dos protótipos mais verificados nesta dinâmica. Por isso, a desarmonia familiar ocupa um papel central na etiologia da dependência química. Dessa forma, “o depender de drogas seria o resultado do deslocamento deste sentimento de falta para uma ‘coisa’, com a notória vantagem de esta ser alcançável em qualquer esquina do mundo” (Kessler *et. al.*, 2003:37).

Seguindo um modelo inspirado nas teorias do aprendizado social, a dependência de drogas originar-se-ia a partir de uma estratégia habitual de auto-medicação na qual o indivíduo utiliza álcool e drogas para debelar sentimentos como ansiedade, raiva ou depressão. Com o passar dos anos, esse tipo de auto-medicação finda por apresentar graves efeitos colaterais físicos e sociais, sem que o problema psicológico subjacente haja sofrido qualquer modificação (Goleman, 1996). A origem da dependência de drogas seria, então, provocada por uma espécie de condicionamento mental dirigido ao consumo de psicoativos para a busca do prazer, no intuito de escamotear situações de estresse.

A dependência química, nos modelos psicanalíticos, ao contrário do modelo de *doença*, é geralmente compreendida como um *sintoma* e não necessariamente uma *causa*, embora isto sempre implique uma relação de reciprocidade. A dependência seria, então, um problema secundário, não uma doença primária. Em outros termos, o indivíduo usa drogas para lidar com seus problemas, mas acaba amontoando outros problemas quando nele se instala um padrão de uso patológico. Assim, na tentativa de viver continuamente sob o domínio do princípio do prazer, o indivíduo incorpora à sua rotina um hábito de consumo de psicoativos que finda por gerar a dependência de drogas. Assim, “toda toxicomania é um substitutivo, máscara para não se olhar no espelho que está quebrado” (Olievenstein, 2003:41).

No senso comum, a interpretação psicológica da dependência química é geralmente associada à tipologia do “viciado”, visto como uma pessoa de

“personalidade fraca”, um “traumatizado”, ou seja, alguém que bebe ou usa drogas para esquecer seus problemas, evitando arcar com as responsabilidades que a vida lhe impõe. Este modelo parte da premissa de que o mundo “interno” do indivíduo está em desarranjo e, por conseqüência, ele necessita da droga para aliviar sua “dor de existir”. A propósito, as canções e romances populares estão repletos de exemplos deste modelo. Centenas de histórias de pessoas que se entregam à bebida ou às drogas para esquecer suas mágoas são amiúde utilizadas nessas obras, povoando o imaginário social e, não raro, com grande identificação com as massas.

Entretanto, como foi dito anteriormente, cabe destacar que as teorias psicanalíticas são tão variadas como as particularidades de cada substância psicoativa, sendo impossível esgotar esses impasses em um breve trabalho. De qualquer forma, a resposta concedida por Charles Melman a um jornalista que o indagava sobre a aversão dos toxicômanos com relação às psicoterapias fornece uma indicação pertinente acerca da busca por tais substâncias nas sociedades modernas.

Creio que os toxicômanos não vêm ao psicanalista porque encontraram o remédio universal, a panacéia, e que então a questão para eles não é mais a de sua existência – que é a questão comum – mas simplesmente a de dispor deste remédio. Consideram que existe no jogo social um defeito e nisto eles têm toda razão. E é mesmo esse defeito na organização social que eles denunciam como doença, bem mais do que sua própria toxicomania [...] que é o efeito de aliviar a dor da existência. A droga é, sem dúvida, a melhor maneira de se desembaraçar, de apaziguar o que concerne à dor de existir. (Melman, 2000:84)

Panacéia, o remédio para todos os males. Esse simples, mas poderoso vocábulo originado do grego (*Panacea*, a deusa da cura), é uma chave poderosa para a compreensão da busca humana pelas substâncias psicoativas. Antes de conceber a psicanálise, Sigmund Freud ficou entusiasmado pela cocaína, tendo destinado suas poucas economias de médico iniciante na aquisição daquela substância, que era fabricada na Alemanha pelo laboratório Merck. Na medida em que nesta época Freud estava bastante interessado em fisiologia, ele acreditara haver encontrado a panacéia para muitos males psíquicos, tendo inclusive experimentado a droga e destacado suas qualidades como estimulante, anestésico local, bem como no combate à asma e à dependência de morfina (Cesarotto, 1989). Mais adiante, Freud verificou o potencial perigo daquela nova droga e decidiu abandonar os experimentos com a cocaína. Entretanto, no início do século XX, em *O Mal-estar na Civilização*, o pai da psicanálise

não se furtou a destacar o poder que as substâncias psicoativas possuem sobre as funções do aparelho psíquico, ao mesmo tempo em que alertava para os perigos de seus efeitos adversos.

O serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhes concederam um lugar permanente na economia de sua libido. Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que, com o auxílio desse ‘amortecedor de preocupações’, é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade. Sabe-se igualmente que é exatamente essa propriedade dos intoxicantes que determina seu perigo e a sua capacidade de causar danos. São responsáveis, em certas circunstâncias, pelo desperdício de uma grande cota de energia que poderia ser empregada para o aperfeiçoamento do destino humano. (Freud, 1997 [1929]:27)

Na psicoterapia, seguindo o modelo individualista de intervenção, a subjetividade é colocada em primeiro plano, sendo entendida como *locus* privilegiado da eclosão dos distúrbios psíquicos, incluindo a dependência de drogas. Em certos aspectos, o mundo externo passa a ser compreendido como uma realidade “virtual”, visto que se refere a uma simples “projeção” do mundo interno, sendo muitas vezes desprezado o fato de que a realidade “interna” do indivíduo também é resultante de um processo de interiorização da realidade social que o circunda. Em algumas situações, o analista pode desprezar queixas sociais como desemprego ou queda da renda familiar como causas de um eventual desgaste conjugal ou depressão e procurar tratar o paciente através de recursos terapêuticos que objetivam atuar na estrutura de sua personalidade.

A causa provável desse mal-estar, neste caso, não poderia ser atribuída à pressão de fatores sociais, mas à incapacidade de certos indivíduos em lidar com problemas emocionais oriundos de traumas da infância ou similares. Por isso, a terapia geralmente gravita sobre relações conflituosas entre pais e filhos, pois uma sessão terapêutica não pode transformar-se em debate político e, por isso mesmo, temas relativos à “realidade externa” são evitados.

Mas o que ocorre fundamentalmente é o esquecimento, por parte de algumas teorias das ciências do singular, do contexto histórico onde este tipo de abordagem individualista foi formulado. Pois somente em uma cultura onde o indivíduo pode ser concebido como uma célula autônoma, destacado de seu meio social, tanto a psiquiatria,

como a psicanálise, poderiam legitimar-se. Na Antigüidade Clássica existia um discurso sobre a ação individual, porém, no discurso clássico, a biografia não era disposta como *problema central*. Então, foi justamente após as revoluções comerciais e burguesas dos séculos XVIII e XIX, que a psiquiatria e a psicanálise se estabeleceram como um saber sobre o individual (Birman, 1999, Velho 1994).

Assim, a própria idéia de clínica como um saber sobre a singularidade está atrelada a um período histórico de bases sócio-econômicas bem delimitadas, que corresponde a ascensão do liberalismo. Além disso, a Psiquiatria emergiu no século XIX em conseqüência da desilusão com os ideais do Iluminismo. Na medida em que as transformações prometidas para o mundo “externo” não haviam se concretizado, restava agora buscar uma solução a partir da análise das características do mundo “interno” (Birman, 1978).

A negação do social em detrimento do mundo interior, porém, não encontra respaldo em muitos textos psicanalíticos. Freud nunca pensou o homem fora de sua cultura, pois uma das chaves principais de compreensão de seu pensamento era a formação do mundo psíquico sob a influência da civilização e de seus aparatos de repressão. Mas em sua atividade prática o terapeuta é constrangido a esmiuçar os aspectos da individualidade do dependente químico na busca da etiologia de sua dependência. Assim, um tratamento psicanalítico da dependência química implicaria a remoção de traumas subjacentes à dependência, proporcionando uma mudança na relação indivíduo-droga.

Na realidade, analisando as referências que consultei ao longo desta pesquisa, constatei que, entre os psicanalistas que escrevem sobre dependência química, são raros aqueles que não abordam esta patologia como um sintoma social. Além dos aspectos familiares que implicam na etiologia do abuso de drogas, as substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas), despojadas de quaisquer conotações ritualísticas ou simbólicas, são utilizadas hoje, sobretudo, para mitigar as desgraças psíquicas engendradas pelo horizonte pós-moderno. Segundo Joel Birman:

Não se pode esquecer aqui que o *desamparo* humano aumentou muito na dita pós-modernidade, pois, com o fim das utopias e dos messianismos alimentados pela modernidade, não há mais como fazer obstáculo às dores e desesperanças produzidas na atualidade. Isso porque não se oferecem outros projetos alternativos nos registros social e político. (2003:243)

Uma apreciação psicanalítica sobre as causas da dependência química, em virtude de sua extensa abrangência, comporta uma série de significados que seria impossível esgotar nesse momento. Não é possível pensar em um rótulo único sob o qual possam enquadrar-se os dependentes químicos, como busca a psiquiatria. Entretanto, sinto-me mais inclinado a apoiar um entendimento psicanalítico desta prática como uma forma de dependência que objetiva “curar” os sintomas de uma *falta*, que, por sua vez, pode também ser compreendida como consequência de um abandono por parte da figura paterna ou materna.

De qualquer forma, a título de esclarecimento, Bucher afirma que não existe para a psicanálise o que se poderia denominar de uma personalidade-tipo de dependente químico, pois “a identidade necessariamente é vacilante e continuamente fragmentada – não somente no drogadicto, mas em nós todos” (1992:177). E como também enunciou o pai da psicanálise, “não é cientificamente viável traçar uma linha de demarcação entre o que é psiquicamente normal e anormal, de maneira que esta distinção, apesar de sua importância prática, possui apenas um valor convencional” (2005 [1938]: 223-224).

Em outras palavras, se a *falta* é universal, qualquer indivíduo poderá tornar-se um dependente químico e isso independeria de um tipo biológico específico, desde que o indivíduo deseje expurgar sua “dor de existir” através da alteração química de sua consciência ordinária e que esta estratégia transforme-se em um hábito longo o bastante para que suas funções fisiológicas e psicológicas sejam alteradas em função desta dependência.

### **2.3 Dependência química e sociedade: o modelo sociológico**

Um modelo estritamente sociológico da dependência química deverá centrar-se naquilo que se pode denominar de fatores sociais de risco que favorecem o uso e abuso de álcool e drogas. Um exemplo de um modelo social de compreensão do alcoolismo, baseado nos moldes estruturais do marxismo, foi formulado por Engels em sua obra *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*, publicada em 1845. No século XIX, os operários ingleses já sofriam intensamente os males do alcoolismo, visto que, entre a classe trabalhadora, o entorpecimento alcoólico se constituía no meio mais prático para amortecer as suas agruras. Dessa forma, Engels escreveu:



Todas as tentações possíveis se juntam para levar os trabalhadores ao alcoolismo. Para eles, a aguardente é praticamente a única fonte de alegria e tudo concorre para a terem à mão. O trabalhador volta para casa esgotado e fatigado; encontra a casa sem o mínimo conforto, pouco hospitaleira e suja; tem uma necessidade urgente de se divertir; precisa de qualquer coisa que faça seu trabalho valer a pena, que torne suportável a perspectiva do amargo dia seguinte [...] Como poderia o trabalhador deixar de ser tentado ao máximo pela bebida, como poderia resistir à tentação do álcool? Pelo contrário, nestas condições, a necessidade física e moral faz com que grande parte dos trabalhadores tenha necessariamente de sucumbir ao alcoolismo. (1985:122)

Embora a citação acima carregue um tom ideológico, ela não é desprovida de sentido. Naquela época, a produção de bebidas destiladas foi intensa, seus preços eram incrivelmente baixos e praticamente inexistia qualquer forma de regulação deste consumo, o que tornava a embriaguez disponível a qualquer trabalhador. Entretanto, alguns epidemiologistas observam fatores sociais diversos da exploração capitalista para explicar diferentes maiores ou menores índices de alcoolismo em cenários sociais distintos. Em culturas onde as crianças são ensinadas a beber como parte de um ritual gastronômico ou religioso, restringindo esse uso a doses controladas, os casos de alcoolismo são raros. Isso explica os baixos índices de alcoolismo e embriaguez entre judeus, apesar de ser raro encontrar indivíduos abstêmios (Mansur, 2004).

Uma cultura que repele o uso de bebidas alcoólicas nas refeições ordinárias e proíbe as crianças de ter contato com o álcool pode estimular seu uso pesado em bares, onde nem sempre a alimentação é farta estimulando, assim, o alcoolismo. Portanto, existe uma significativa diferença entre as culturas secas (*dry cultures*) e molhadas (*wet cultures*). As primeiras costumam impedir o uso de álcool nos espaços domésticos e as refeições são geralmente acompanhadas de bebidas não alcoólicas, transferindo os hábitos etílicos para os bares, onde a embriaguez nem sempre é condenada. As segundas compreendem o consumo de álcool como algo normal, inerentemente tradicional, por isso não vêem sentido em condená-lo.

Embora em ambas as culturas a embriaguez desordenada seja passível de censura, o risco de se desenvolver alcoolismo é bem maior nas culturas secas. Entre indígenas, o consumo de substâncias psicoativas por parte de crianças chega a ser estimulado pelos membros mais velhos da tribo, visto que esse tipo particular de êxtase não costuma ser condenado como nas culturas modernas (Weil, 1986). Entretanto,

apesar desse estímulo, os casos de dependência de tais substâncias em condições naturais são praticamente nulos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004:23), os fatores ambientais de risco e proteção que interferem na etiologia da dependência química são os seguintes:

Fatores de Risco: fácil disponibilidade de drogas, pobreza, mudanças sociais, cultura permissiva do círculo de amigos em relação ao uso de drogas, profissão, normas, atitudes culturais e ausência de políticas sobre álcool, tabaco e drogas.

Fatores de Proteção: situação econômica estável, controle das situações, apoio social, integração social e acontecimentos positivos na vida.

Em síntese, trata-se de avaliar os efeitos de uma determinada cultura ou sociedade específica como “facilitadora” ou “inibidora” de tais condutas. Em outras palavras, em uma dada sociedade, indivíduos que não sejam continuamente expostos a mudanças sociais abruptas e experimentem sentimentos fortes de integração social e perspectivas de bom desenvolvimento social futuro estariam mais protegidos da dependência química do que outros que não podem desfrutar de um meio social com tais características.

Ao analisar os contextos de risco e proteção, me surge em mente uma descrição bastante similar quanto aos fatores sociais que Durkheim (2000 [1897]) julgava como “indutores” ou “protetores” do suicídio. Para este cientista social, indivíduos que dispunham de boa integração social, apoio familiar e comunitário, ou que não viviam em sociedades que estavam expostas a abruptas mudanças sociais tinham uma menor probabilidade de cometer suicídio. Mas, como foi visto anteriormente, o procedimento clínico muitas vezes pode desprezar a influência dos fatores sociais na etiologia dos problemas psíquicos, na medida em que o “mundo externo” passa a ser concebido apenas como uma projeção de processos psíquicos internos. Sob este prisma, os problemas estruturais da sociedade decorreriam apenas de um amontoado de problemas psíquicos privados.

Nos fundamentos da sociologia durkheimiana, o conceito de *fato social* foi forjado por Durkheim para contrapor-se às tendências reducionistas da psicologia de sua época e daí surgiu um conceito fundamental sobre o qual a sociologia também reivindicou seu status de ciência autônoma. A tese de um indivíduo isolado em seu mundo “interior” era impraticável para Durkheim (1990 [1895]). O indivíduo, segundo ele, é, sobretudo, um subproduto das condições sociais que o cercam, estabelecidas em

forma de crenças, normas, costumes e hábitos advindos do meio social sobre o qual ele nem sempre exerce controle, ou seja, dos *atos sociais*. Para Durkheim, a sociedade, por si mesma, não define inteiramente a vida mental do indivíduo, mas possui uma influência maior do que aspectos psicológicos tomados isoladamente.

Parece-nos inteiramente evidente que a *matéria* da vida social não é possível de se explicar por fatores puramente psicológicos, isto é, por estados individuais de consciência. [...] Para compreender a maneira pela qual a sociedade se vê a si mesma e ao mundo que a rodeia, é preciso considerar a natureza da sociedade, e não a dos indivíduos. (Durkheim, 1990 [1895]: xxvi, grifo do autor)

Considerando as exposições de Durkheim sobre a influência dos *atos sociais* no comportamento mental dos indivíduos, cabe observar também que ele não os considera como os únicos determinantes da ação humana. Em nota no prefácio da segunda edição de *Regras do Método Sociológico*, Durkheim adverte que, embora influenciado pelas contingências sociais, cada indivíduo imprime a essas variantes uma espécie de “colorido especial”, ou seja, “não existe conformismo social que não possibilite toda uma gama de nuances individuais” (Durkheim, 1990 [1895]: xxxii). Então, é importante reconhecer que persiste uma dialética entre comportamento individual e sociedade.

Foi justamente a partir de suas reflexões sobre o conceito de fato social que Durkheim redigiu uma das obras mais importantes para a legitimação da Sociologia como disciplina autônoma: *O Suicídio*. Quando Durkheim (2000 [1897]) utilizou um fato social como o aumento do índice de suicídios no final do século XIX para formular sua crítica às crescentes instabilidades socioeconômicas de sua época, ele também se converteu no primeiro teórico da sociologia médica (Twaddle, 1982). Durkheim compreendeu que algumas formas de suicídio eram resultantes da ausência de referências estáveis que pudessem equilibrar normas sociais e desejos individuais, gerando desregramento social, ou melhor, anomia. Em *O Suicídio*, Durkheim denunciava uma sociedade que, embora culta e civilizada, gerava profunda insatisfação nos indivíduos por conta de um progresso amoral e individualista, causador de angústia que provocava um tipo particular de morte voluntária: o *suicídio anômico*.

Dessa forma, Durkheim buscou superar as explicações meramente psicológicas do suicídio, observando que um meio social instável no qual os desejos tornavam-se ilimitados, poderia aumentar os índices de suicídio, destacando que “a grande elevação das mortes voluntárias atesta não o florescimento crescente de nossa civilização, mas

um estado de crise e de perturbação cujo prolongamento não pode deixar de ser perigoso” (Durkheim, 2000 [1897]:482). Por outro lado, cabe lembrar que nesta obra Durkheim não menosprezou outros aspectos que também influenciavam a prática do suicídio como a psicopatia, a hereditariedade, os fatores climáticos, a imitação e outros.

A propósito, a própria categoria de *suicídio egoísta* denota sua intenção de não restringir o suicídio aos domínios do social. O suicida egoísta seria um caso de mal-adaptação do indivíduo à sociedade, ou seja, alguém que tira sua própria vida porque não é capaz de moldar-se às circunstâncias sociais. Durkheim também percebeu que as pessoas se suicidavam menos em períodos de guerras, pois a coesão social estimulada para combater um inimigo comum reforçava o sentimento de integração social.

Nesta obra, Durkheim sedimenta sua crítica ao individualismo como uma “patologia” da modernidade que impede a construção de laços sociais mais solidários e por isso poderia conduzir cada vez mais indivíduos ao desespero e ao suicídio. Esvaziado de referenciais de solidariedade e cercado por um meio social predominantemente instável, o homem moderno encontrava dificuldades de controlar seus desejos e ambições, pois “derrubando o que existia sem nada colocar em seu lugar, só fizemos substituir o egoísmo corporativo pelo egoísmo individual, que é mais devastador ainda” (Durkheim, 2000 [1897]: 500).

Após o declínio das sociedades tradicionais, o homem moderno ganhara em liberdade, mas estava perdendo o sentido de sua existência frente a um mundo em constante mutação, tanto para mudanças radicais em termos de crises econômicas, como também para solavancos de rápida prosperidade. A partir desse quadro, Durkheim formulou o seu conceito de *anomia*, ou seja, de desregramento social.

Não obstante as inúmeras críticas que foram feitas posteriormente ao *Suicídio*, alguns indicadores mais recentes levam a crer que Durkheim talvez anteviesse o futuro. Desde a metade dos anos 1950 até o final do século XX, as taxas mundiais de suicídio aumentaram em 60%. No ano de 2000, a Organização Mundial da Saúde estimou em um milhão as mortes voluntárias no mundo. Em alguns estudos, verificou-se que os períodos de grande prosperidade, paradoxalmente, elevaram as taxas de suicídio. Em países como Estados Unidos e Finlândia, os períodos de prosperidade econômica proporcionavam a diminuição das taxas de homicídios, mas em contrapartida observou-se um aumento nos índices de suicídios (Buvinic e Morrison, 2000).

Apesar da atual predominância do modelo biomédico na explicação dos problemas psíquicos, o tema do suicídio ainda permanece relevante como indicador de

crises sociais. No Brasil, o suicídio entre jovens com idades de 15 a 24 anos aumentou dez vezes entre 1980 e 2000. Na medida em que os jovens mais pobres deparam com a escassez de oportunidades de ascensão social, aqueles provenientes de estratos mais elevados enfrentam o *pânico do fracasso* nos estudos, em vestibulares e empregos mais concorridos, sintomas do que já foi também denominado de “fobia de desempenho”. Embora os profissionais da área de saúde mental reconheçam as influências de causas psiquiátricas na ocorrência deste fenômeno, eles não se privam de apontar a forte influência de fatores sociais como a pressão social gerada pelo aumento da competitividade nas últimas décadas (Tondo, 2005).

No caso da dependência química, é importante notar que o apelo a uma vida familiar estável e à solidariedade entre pessoas com o mesmo problema é considerado, em praticamente todos os procedimentos terapêuticos que observei, como profilático contra as recaídas. Nos grupos terapêuticos que funcionam nas clínicas de recuperação é enfatizado o papel da família e da substituição dos valores hedonistas por práticas que objetivem a integração social, como a fidelidade nos relacionamentos amorosos, o trabalho e a participação em grupos religiosos. Em entrevista a um médico responsável por uma dessas instituições, me foi confidenciado que grande parte dos casos atendidos em sua clínica possui relação estreita com a precariedade dos valores morais e familiares na atualidade, conforme segue:

O que está havendo, na verdade, é uma degradação dos costumes, das condições morais. O país tem atravessado muitas dificuldades, eu acho que é o mundo inteiro. Nós temos aí uma situação de criminalidade e violência crescente em que não há uma resposta de políticas públicas adequadas para o enfrentamento dessa questão da drogadição, mas também da violência, da prostituição, enfim, uma porção de coisas. Há uma diferença muito grande de como eu fui criado, por exemplo, para como hoje as famílias se estruturam e se organizam. Houve uma mudança muito grande nos últimos cinquenta anos, eu acho. Você tem uma imensa quantidade de dinheiro dessa natureza seduzindo pessoas que não têm a menor chance de frequentar uma escola decente, de ter uma informação adequada, além de uma estrutura familiar que está em decadência. Os valores familiares foram se deteriorando. Não sou saudosista, nem moralista, eu me considero uma pessoa moderna, mas acho que a família é uma coisa básica. (L.T., médico, abril, 2006)

Para aferir a influência de fatores sociais desagregadores sobre a condição moral dos indivíduos nas sociedades modernas, Merton (1970) direcionou o conceito de anomia para o cenário da sociedade norte-americana, procedendo algumas modificações

que privilegiaram os aspectos da conduta desviante e a criminologia. O objetivo de Merton era verificar como “*algumas estruturas sociais exercem uma pressão definida sobre certas pessoas da sociedade, para que sigam conduta não conformista, ao invés de trilharem caminho conformista*” (1970:204 - grifos do original). Robert K. Merton dirigia suas críticas à ideologia do Sonho Americano, enquanto posta como universalmente realizável. Isso porque, na medida em que a conquista de sucesso pecuniário era continuamente incentivada nos EUA, ele estaria mais acessível às classes privilegiadas e não a todos que o almejavam.

A anomia seria resultante do conflito entre os objetivos culturais estimulados e os meios institucionais disponíveis para atingi-los. Na medida em que alguns indivíduos percebiam este hiato entre o discurso hegemônico e a realidade objetiva, eles começavam a adotar condutas desviantes. Neste caso, Merton fala das condutas de *fuga*, como a toxicomania, ou de *inovação*, como no caso de estelionatários, embora estes últimos continuem a aprovar os valores socialmente valorizados (sucesso pecuniário), mesmo que os meios para atingir as metas não fossem condizentes com os meios institucionais disponíveis. Neste sentido, Anthony Giddens resume o pensamento de Merton:

Na sociedade norte-americana – e, até certo ponto, em outras sociedades industriais -, os valores geralmente defendidos enfatizam o sucesso material, e acredita-se que os meios de alcançar esse sucesso sejam a autodisciplina e a dedicação ao trabalho. Consequentemente, as pessoas que realmente dão duro no trabalho podem prosperar, independentemente de seu ponto de partida na vida. Na verdade, essa não é uma idéia válida, já que à maioria dos desfavorecidos são dadas apenas oportunidades convencionais e limitadas de ascensão, ou nenhuma oportunidade. Além disso, aqueles que não obtêm “sucesso” descobrem-se condenados por sua aparente inabilidade de conseguirem um progresso material. Nessa situação, há uma enorme pressão no sentido de tentar prosperar de qualquer maneira, seja ela legítima ou ilegítima. (2005:177)

Apesar da popularidade do conceito mertoniano de anomia, ele sofreu muitas objeções, sobretudo no que tange a seu enfoque demasiadamente centrado nas estruturas e das dificuldades de verificação empírica. Além disso, a anomia em Merton também apresentou dificuldades em explicar delitos cometidos por estratos da elite econômica, como os crimes de colarinho-branco ou a evasão fiscal. Entretanto, tais incongruências não impediram que o conceito de anomia fosse continuamente utilizado em várias

revistas científicas norte-americanas nas últimas décadas, sobretudo nos estudos de criminologia (Featherstone e Deflem, 2003).

Na área da saúde mental, o conceito de anomia conserva seu valor heurístico na avaliação de processos sociais indutores das doenças mentais. Estudos epidemiológicos conduzidos entre populações indígenas nos Estados Unidos, por exemplo, verificaram um quadro patológico que foi denominado de *anomia depressiva*, manifestando-se após a desintegração das culturas nativas por consequência de sua adaptação forçada em ambientes urbanos, bem como também de sua consequente submissão cultural aos valores ocidentais. Embora esses indígenas nomeassem sua experiência de sofrimento psíquico como uma doença espiritual conhecida na cultura nativa como *sya'wan*, sintomas descritos como: desorientação moral, agressividade, frustração, baixa auto-estima e abuso de álcool, caracterizam quadros depressivos típicos, quando interpretados a partir das nomenclaturas psiquiátricas (Deflem, 1989).

A avaliação das influências de fatores sociais nas doenças mentais ainda é alvo de grandes controvérsias, principalmente quando se utilizam variantes como classe social. Alguns especialistas em epidemiologia social, por exemplo, avaliam a saúde precária das populações de baixa renda em função da persistência de “hábitos nocivos” dessas populações, como o alcoolismo, o tabagismo, as dietas desequilibradas, etc. Neste caso, tais indivíduos seriam culpados pela debilidade de seu estado de saúde precário, uma vez que a opção por tais hábitos é feita livremente. Entretanto, ao culpar essas comunidades por sua má saúde, os epidemiologistas também findam por considerar tais populações como inferiores, corroborando para o fortalecimento das teses de “contágio social”. Além disso, essas premissas partem do pressuposto que as populações de baixa renda dispõem da mesma informação e recursos materiais necessários à mudança dos hábitos não salutares.

Partindo de um ponto de vista divergente, outros epidemiologistas ressaltam que a saúde precária (física ou mental) dos estratos mais baixos da sociedade decorre da falta de acesso de tais populações aos serviços médicos de qualidade. Sob este prisma, as classes menos privilegiadas seriam reféns de uma estrutura social que não lhes permitiria desfrutar de boa saúde. No âmbito dos distúrbios psiquiátricos, as classes menos favorecidas teriam uma maior incidência de doença mental em consequência da exposição dessas populações a situações de estresse mais intensas, se comparadas às classes mais abastadas. A maior incidência de doenças mentais entre os pobres seria decorrente de uma contínua exposição a problemas sociais como moradia insalubre,

pobreza, desemprego, inserção precária no mercado de trabalho, conflitos familiares persistentes, assistência médica deficiente, entre outros aspectos (Giddens, 2005).

Embora essas divergências ainda estejam longe de serem equacionadas, várias pesquisas sobre saúde mental indicam que a estrutura psíquica dos indivíduos sofre intenso impacto de suas condições sociais de existência.

Estudos norte-americanos de psicopatologia do século XIX, por exemplo, atribuíam a maior predominância de *loucura* entre as classes baixas a fatores de “herança genética”. Segundo esta concepção, os pobres (geralmente imigrantes irlandeses), seriam “biologicamente” inclinados à insanidade. No entanto, dois grandes eventos históricos foram decisivos para confrontar as teses biológicas de então: a Depressão de 1929 e a II Guerra Mundial. Em ambos os eventos, outros estudos de maior alcance comprovaram que pessoas “normais”, quando submetidas a condições de extrema adversidade, desenvolveram diversos problemas psiquiátricos, inclusive a esquizofrenia (Dohrenwend, 1998).

No Brasil, pesquisas recentes verificaram que transtornos mentais comuns (TMC), caracterizados como sintomas de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, têm alta prevalência entre as populações de baixa renda. Os pesquisadores constataram que esses problemas psíquicos proliferam como consequência do estresse advindo de fatores como pobreza, baixa escolaridade, exclusão do mercado de trabalho e informalidade. Todos estes elementos conjugados exercem um impacto negativo sobre a qualidade de vida e auto-estima dessas pessoas, gerando frustração e, por consequência, adoecimento psíquico (Ludermir e Melo Filho, 2002).

Um estudo longitudinal de amplo espectro realizado na Califórnia, com mais de 1.000 participantes, entre 1965 e 1994, concluiu que condições persistentes de privação material são capazes de afetar diretamente a saúde física e mental dos indivíduos, causando sérios prejuízos interpessoais. Para aferir uma segunda hipótese (que os problemas de saúde seriam a causa da pobreza), os pesquisadores analisaram os fatores de causalidade reversa (*reverse causation*), isto é, a possibilidade de os problemas de saúde serem a causa primária dos problemas de privação econômica. Ao final da coleta dos dados, venceu a primeira hipótese. Na medida em que os rendimentos das populações mais pobres foram diminuindo com o passar dos anos, em função do desmantelamento das políticas sociais, seu quadro de saúde física e mental agravou-se



sensivelmente, e encontra-se praticamente sem perspectivas de melhora enquanto persistirem essas condições sociais desfavoráveis. Segundo os pesquisadores:

As pessoas quando submetidas ininterruptamente a condições de privação econômica são mais propensas a desenvolver problemas de saúde nas áreas físicas, psicológicas e cognitivas, que podem ser objeto de intervenção médica, embora evidências recentes apontem que tais pessoas são as menos providas de tais serviços [...] Além do mais, o aumento da desigualdade social nos Estados Unidos sugere que grandes contingentes populacionais, especialmente crianças, foram pressionadas para grupos de baixa renda, e, por conseqüência, as políticas econômicas que hoje polarizam a distribuição de renda terão sérias conseqüências na saúde desses indivíduos a médio e longo prazo. (Lynch, Kaplan; Shema, 1997:1894-1895)

Em casos semelhantes, como nos processos de reestruturação, privatização ou fusão de empresas, a influência de um meio ambiente de trabalho desgastante pode tornar-se um estímulo para o surgimento de problemas de saúde mental. Segundo uma pesquisa realizada no banco Banespa, em 2000, quando o banco Santander assumia o controle instaurando políticas de planos de demissões voluntárias (PDV's), corte de gastos e intensificação do trabalho, o resultado foi o seguinte: 83% dos funcionários apresentavam sintomas de ansiedade, 70%, de frustração, 62%, de insônia e 54%, de irritabilidade, medo e cansaço (Barros, 2004).

Esses indicadores estão em consonância com outras pesquisas em âmbito global. Segundo a Organização Mundial de Saúde, atualmente 30% dos trabalhadores no mundo apresentam sintomas de depressão, transtornos de ansiedade ou estresse (Lobo, 2003). No Japão, até um termo foi criado para designar pessoas que morrem por excesso de trabalho: o *karoshi*. Todos os anos, o governo japonês é obrigado a indenizar dezenas de famílias vitimadas pela morte causada por excesso de trabalho.

No Reino Unido, a proporção de pessoas que trabalhava mais de 60 horas por semana, em 2000, era de 1 para 8. Dois anos depois, este índice aumentou de 1 para 6, causando, entre os trabalhadores, sintomas graves de irritabilidade, ansiedade e depressão (The Mental Health Foundation, 2003). A Organização Mundial do Trabalho já reconhece o estresse relacionado ao trabalho como a *principal doença do século XXI*, que tem como fatores determinantes: a intensificação das jornadas de trabalho, a pressão pela competitividade, o encurtamento do tempo para a realização das tarefas, as constantes inovações tecnológicas e a conseqüente perda de controle dos trabalhadores sobre seu emprego (ILO, 2004).

É improvável ser possível traduzir sofrimento humano em estatísticas, mas a maioria dos últimos estudos indica que persiste uma realidade social cada vez mais “doente”. A competição acirrada, a dissolução familiar, a banalização da violência e das injustiças sociais, o desemprego, entre outros, estão provocando na sociedade um estado de apreensão que gera contínua ansiedade. E como a ansiedade é a porta de entrada para a maioria dos problemas psíquicos, não resta dúvida de que eles tendam a aumentar com o decorrer do tempo.

A expectativa de que as pessoas iriam trabalhar menos em função da adoção de novas tecnologias foi frustrada em virtude da universalização das políticas neoliberais e do acirramento da competição e exploração capitalista em nível global. Daí que várias instituições agora se preocupam com o grande impacto dessas mudanças do mundo do trabalho sobre os problemas de saúde mental, incluindo o abuso de álcool e drogas. O antigo *happy hour* tende a transformar-se cada vez mais em um “ritual de expurgo” do estresse proveniente do trabalho através do uso do álcool, do que propriamente uma oportunidade de encontrar amigos e relaxar.

A exacerbação das jornadas de trabalho representa hoje uma tendência mundial, cujos dados empíricos excedem em grande extensão aqueles mencionados há pouco. Além disso, soma-se o desemprego, a desestruturação familiar, as doenças psicossomáticas e toda uma série de problemas mentais que resultam em grande parte de problemas estruturais. Mas será que fatores sociais como a intensificação da exploração capitalista no atual cenário da globalização neoliberal, sozinhos, seriam suficientes para “provocar” uma elevação nos índices de dependência química?

Embora as conexões entre saúde mental e meio ambiente sejam vistas com alguma cautela, visto que a gênese dos distúrbios mentais também depende da estrutura da personalidade de cada indivíduo, isso não significa que o debate está encerrado para as ciências sociais. Um estudo realizado nos Estados Unidos com usuários de substâncias psicoativas, semanas após o atentado de 11 de setembro, por exemplo, revelou aspectos elucidativos sobre a relação entre consumo de drogas e estresse. Utilizando uma amostragem de cerca de 1.000 indivíduos, a pesquisa verificou que houve um aumento de quase 30% no consumo de álcool, maconha e tabaco nas primeiras semanas posteriores ao atentado ao *World Trade Center*, indicando uma estreita correlação entre tensão social e incremento do consumo de substâncias (Vlahov *et. al.*, 2002).

Durante minhas observações de campo, ao longo dos últimos anos, constatei que indivíduos de todas as classes sociais e origem familiar podem tornar-se dependentes de álcool e drogas. Na maioria das conversas informais e em depoimentos me foi confidenciado que, em situações estressantes, o consumo de drogas tendia a aumentar (recurso de fuga dos problemas). Entretanto, a classe social desses indivíduos, no meu entender, não se revelou um *determinante* para a origem da dependência química. Também foram poucos os entrevistados que concordaram com o fato de que a “sociedade” seja a causa da dependência química. Entretanto, compreendi que algumas assertivas devem ser consideradas com certa cautela, pois muitas delas foram proferidas por indivíduos ligados às comunidades terapêuticas ou grupos de ajuda mútua que, amiúde, são influenciados pelas teses biomédicas.

De qualquer forma, não parece sensato inferir que a pobreza, por si mesma, seja *causa determinante* da dependência química, muito embora negar os condicionantes sócio-econômicos envolvidos neste processo seria refutar a existência do homem como ser social. Além disso, estudos epidemiológicos recentes comprovam uma correlação positiva entre privação material, estresse e abuso de drogas.

Uma pesquisa realizada com adolescentes brasileiros verificou que a proveniência de uma classe social média-baixa aumentava em 3,5 vezes a probabilidade de estes jovens tornarem-se dependentes de drogas (Pechansky; Szobot; Sciovetto, 2004). Outros estudos indicam que índices de abuso de drogas entre meninos de rua são significativamente mais elevados que em outros grupos. O *uso na vida* de drogas ilícitas, por esses meninos, chega a mais de 88%, enquanto entre estudantes essa taxa é inferior a 25% (Fleitlich-Bilyk, 2004).

Se a pobreza não *determina* elevados índices de dependência, isso não significa refutar sua influência. Aqui não busco estabelecer *relações de causalidade* do tipo droga-pobreza, mas de destacar que condições sociais desfavoráveis podem certamente favorecer tais práticas. Jovens que residem em áreas onde as oportunidades de trabalho e educação são escassas e os pontos de venda de drogas são numerosos, estão mais propensos ao uso abusivo de drogas do que outras populações, o que proporciona também os altos índices de alcoolismo verificado nas periferias das grandes cidades (Meloni e Laranjeira, 2004).

Com efeito, para comprar drogas ilícitas, um jovem de classe média-alta deverá passar pelo constrangimento de procurá-las em bairros da periferia ou favelas. Alguns deles me confidenciaram que, no auge de sua drogadição, chegaram mesmo a morar

nessas favelas e se “misturaram” com os traficantes. Quanto aos jovens de classe baixa, a interação com traficantes é direta e familiar. Para muitos dependentes químicos pobres, os traficantes reservavam “presentes” especiais, seja em drogas ou pequenas somas de dinheiro em troca do trabalho na venda de droga. A oferta de tais oportunidades de ganho financeiro pode ser bem mais atraente se comparadas às disponíveis no mercado de trabalho formal, e isso impulsiona muitos jovens pobres para ingressar nesta atividade (Misse, 2006). Além disso, em muitas comunidades onde o tráfico atua, os moradores demonstram mais repulsa aos policiais do que aos traficantes.

Um estudo longitudinal sobre alcoolismo realizado com 600 indivíduos, durante 40 anos constatou que, nas comunidades onde a coesão social era frágil, os casos de alcoolismo eram mais frequentes do que naquelas onde havia uma melhor integração social (Vaillant, 1999). Além disso, no que tange aos efeitos adversos da dependência química, o encarceramento em penitenciárias e as torturas em delegacias de polícia são mais direcionadas a jovens oriundos de classes inferiores, ao passo que os usuários provenientes de classes sociais mais elevadas dificilmente passarão por tais constrangimentos, sendo reservado a estes o suborno de autoridades. Em grande medida, um dependente químico de classe média-alta será tratado mais como um *doente*, ao passo que um dependente químico pobre, como um *bandido*.

Conforme me foi confidenciado por alguns indivíduos envolvidos com a repressão às drogas, as torturas sofridas pelos jovens pobres nas delegacias de polícia normalmente produzem efeito contrário: ao invés de interromper o uso, eles passam a consumir ainda mais drogas. Em poucas palavras, Zaluar (1999:11), destaca que a pobreza, em si, não explica o ato desviante, “mas ela pode, em conjugação com as falhas do Estado na criação de possibilidades de ascensão social, assim como a nova cultura hedonista que faz parte da cultura jovem, facilitar a escolha ou a adesão às subculturas de uso de drogas ilícitas”. Em síntese, a dependência química atinge pessoas de todas as classes sociais, entretanto, é necessário reconhecer que esse fenômeno *se manifesta* de forma diversa de acordo com as contingências sócio-econômicas dos indivíduos envolvidos neste processo.

Segundo o relato de um major da polícia militar que trabalha com programas de prevenção às drogas:

Tem certas drogas que são utilizadas em um determinado meio social e outras não. Mesmo assim, há muita discriminação com as pessoas mais carentes. Eu creio que, de uma forma geral, ainda se tem na figura do pobre uma pessoa suscetível a se tornar um usuário de drogas. (CV, policial, maio 2005)

Os altos índices de desemprego, por exemplo, podem ser um fator importante na motivação da mão-de-obra do narcotráfico, principalmente no mercado varejista de drogas ilícitas. Uma pesquisa realizada pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, entre outubro de 2000 e setembro de 2003, verificou que a estagnação econômica teve impacto positivo no aumento de pequenos delitos, incluindo o tráfico de drogas. Enquanto a taxa de desemprego naquele período aumentou 22%, o tráfico de drogas cresceu 72% (Cotes e França, 2004). Em certa ocasião, registrei o depoimento de uma psicóloga que atende em uma unidade de desintoxicação da rede pública, que colocou a questão droga-pobreza nos seguintes termos:

Nós dizemos aos pacientes que, ao saírem da clínica, eles encontrarão um novo mundo, mas isso não é verdade! Vivemos numa sociedade doente. Eles voltarão a morar na favela, continuarão desempregados e rodeados por bocas de fumo e bares. Para essas pessoas, a recuperação é muito mais difícil! (SB, psicóloga, março 2004).

Durante as entrevistas, foi possível observar que existe uma preocupação constante com relação à falta de verbas para tratar dependentes químicos de baixa renda. Assim, os próprios profissionais de saúde passam a dissimular seu descontentamento com as condições de trabalho na qual estão inseridos, “fingindo” que estão trabalhando na recuperação daqueles indivíduos, quando eles mesmos reconhecem que sua possibilidade de êxito é irrisória. Além do mais, me foi novamente confidenciado por pessoas que trabalham em clínicas amparadas por recursos públicos, que seus convênios não haviam sido renovados, fazendo com que vários dependentes químicos de baixa renda não tivessem acesso às vagas de internação.

Além disso, entre os próprios médicos, o abuso de álcool e drogas tende a ser elevado quando comparado a outras profissões, o que faz com que muitos deles menosprezem o problema (Alves *et. al.*, 2004). Além da exacerbação da exploração inerente ao capitalismo neoliberal, expressa principalmente no acúmulo de tarefas que devem ser desempenhadas sob condições precárias, outra causa deste mal-estar está no fato de que o *ethos* competitivo do atual capitalismo foi incorporado pelos profissionais de saúde, que passam a competir cada vez mais entre si para sobreviver neste mercado

de trabalho, gerando medo, desconfiança e padecimento mental. Isso faz com que, em uma categoria que necessita tratar de pessoas doentes, seja ela própria vitimada por problemas físicos e mentais. Sobre a relação entre o mal-estar na sociedade e seu reflexo nas instituições de saúde, Sá observa que:

Vivemos em um contexto de déficit de ideais transcendentais, de exacerbação do individualismo, de desregulamentação, exclusão social e intolerância crescentes – principais características das sociedades contemporâneas e que se traduzem, no setor saúde no Brasil, não só como deteriorização da qualidade dos serviços e aumento da desigualdade no acesso aos mesmos, mas como também como uma crescente “banalização” da dor e do sofrimento alheios. (2001:152)

Mesmo assim, fenômenos como o abuso de álcool e drogas são comumente mais analisados sob a ótica dos distúrbios de personalidade, oriundos de causas orgânicas ou como ameaças externas à ordem estabelecida. Isto remete sempre à idealização de que a sociedade capitalista é justa e “equilibrada”, enquanto do outro lado estão os indivíduos “desajustados” do sistema. Tal interpretação, todavia, não leva em consideração o fato de que, no Brasil, atualmente, quase 5 milhões de jovens entre 15 e 24 anos encontram-se desocupados (Quadros, 2003) e as drogas, neste contexto, podem constituir-se em válvula de escape frente a sentimentos de frustração, além da sedução do tráfico como fonte de ganhos fáceis. Assim, o abuso de álcool e drogas pode significar uma resposta social “desviada” face a um estado de anomia.

Segundo um policial federal que trabalha com repressão ao tráfico de drogas ilícitas em aeroportos, mais particularmente na detenção de mulas<sup>19</sup>, o mercado do tráfico de drogas beneficia-se em grande medida da privação econômica e do desemprego para aliciar novos candidatos:

Um dos locais prediletos para eles [os traficantes] aliciarem pessoas em São Paulo é na fila do Sine - Sistema Nacional de Emprego. Ali eles encontram pessoas desempregadas, pessoas que estão em situação de desespero. Outro lugar: filas de hospitais de referência, onde tem pessoas com câncer, por exemplo. Às vezes as pessoas estão numa situação em que não têm mais nada a perder. Já houve casos de apreensão em moradores de rua. Nós já prendemos moradores de rua, em São Paulo. Os nigerianos compram roupas, pagam sua passagem,

---

<sup>19</sup> As “mulas” são indivíduos que trabalham para as organizações do narcotráfico carregando pequenas quantidades de drogas escondidas na bagagem, em acessórios escondidos em suas vestimentas ou ingerindo cápsulas contendo geralmente cocaína a ser distribuída na Europa ou em outros países do hemisfério norte.

dão um “banho de loja”. E, pior ainda, quando a pessoa é presa, que são ditos os direitos constitucionais dela, ela diz: “Não, eu não quero mais sair da prisão, porque na prisão eu não vou estar morando na rua”. Nós temos casos aqui em Fortaleza em que a pessoa diz: “Não, eu estou na minha casa, porque eu estava morando na rua, se eu voltar a morar na rua eles vão me matar, porque eu “falhei” no trabalho”. Para quem já estava numa situação de desespero entrar numa vida carcerária faz a pessoa evoluir, por mais incrível que pareça. Ele obtém uma evolução social, porque tem casa comida e proteção. Então, sem sombra de dúvida, essas pressões sociais, como o desemprego, aumentar a oferta de pessoas para entrar no tráfico como mulas. (SB, policial, maio 2006)

Segundo o relato apenas exposto, fica evidente a influência de contingências sócio-econômicas na conjuntura do comércio de drogas ilícitas. Este mesmo entrevistado também me relatou que muitos garotos pobres, alguns deles em menoridade, aceitam quantias ínfimas em dinheiro para transportar drogas para os traficantes. Algumas das “mulas” também possuem problemas de dependência química (segundo este mesmo informante, tipicamente os cidadãos europeus), mas a maior parcela de pessoas que compõe este universo inicia tal atividade em virtude da pobreza e do desemprego, jamais tendo feito uso de drogas. Dessa forma, é necessário observar que a dependência química não pode ser restrita aos diagnósticos psiquiátricos, pois ela reflete, sobretudo, um mal-estar social que escapa a qualquer discurso reducionista médico ou psicológico. Como bem destaca Wright Mills:

Muitas das grandes questões públicas bem como muitos problemas privados são descritos em termos de “psiquiatria” – frequentemente, numa tentativa patética de evitar as grandes questões e problemas da sociedade moderna. Tal formulação se baseia, quase sempre, num estreitamento provinciano do interesse das sociedades ocidentais, ou mesmo dos Estados Unidos – que assim ignoram dois terços da humanidade, quase sempre, também, separa arbitrariamente a vida individual das grandes instituições dentro das quais ela se realiza, e que por vezes nela influem de forma mais prejudicial do que o ambiente íntimo da infância (1975:19).

Além disso, é necessário levar em consideração que cada substância psicoativa possui propriedades farmacológicas e circunstâncias sociais próprias de seu consumo e essas particularidades tendem a definir o perfil social desse dependente químico. Nas clínicas é comum perceber entre os alcoolistas ou dependentes de medicamentos um ar de superioridade em relação aos usuários de drogas ilícitas. A condição sócio-econômica, origem familiar ou escolaridade dos internos, entre outros aspectos, também

possui fortes implicações na condução do “tratamento”. É rara a disponibilidade de vagas de internação para dependentes químicos de baixa renda.

Partindo do pressuposto de que o sistema de saúde pública brasileiro é notadamente precário para tratar pacientes com doenças que não envolvem conotações morais, tratar de “bêbados” ou “drogados” é, para muitos profissionais de saúde, tarefa ingrata ou descartável. Apesar de todo o investimento realizado nas últimas décadas em busca da “pílula da felicidade”, a pretensão de reduzir a vida humana ao primado do reino biológico, tentando mudar sua química cerebral para lhe proporcionar bem-estar permanente, é incompatível com a natureza ambígua do espírito humano em suas relações com o social. Como bem adverte Mills:

[...] não podemos compreender adequadamente o “homem” como uma criatura biológica isolada, como um feixe de reflexos ou um conjunto de instintos, como um “campo inteligível” ou um sistema em e de si mesmo. O que quer que seja, o homem é um agente social e histórico que deve ser compreendido, se for compreendido, em íntima e complexa correlação com as estruturas social e histórica. (1975:172)

No decorrer da pesquisa de campo, no que tange aos aspectos sobre como a “sociedade” estimula o abuso de álcool ou drogas, meus entrevistados enumeraram algumas questões como: a permissividade do acesso às bebidas alcoólicas com a convivência dos adultos, a venda indiscriminada de álcool, o consumismo, a ausência de vínculos familiares sólidos, o aumento da oferta e a facilidade de se obter drogas ilícitas etc. De qualquer forma, percebi que as perspectivas “psicológicas” sobre as causas da dependência química predominam sobre as “sociológicas”, sendo a desagregação familiar o ponto central deste processo, interpretando-se esta família como isolada de uma sociedade maior que a circunda.

Wright Mills (1975) já advertia da improbabilidade da maioria dos indivíduos de compreenderem sua existência como parte do processo histórico no qual estão inseridos. Como resultado, em sua experiência cotidiana, as pessoas adquirem uma falsa consciência de suas posições sociais. Segundo ele, não é apenas informação que lhes falta, mas uma qualidade de espírito especial: a *imaginação sociológica*.

A complexidade da questão das drogas é ainda desnorteante para a maioria das pessoas, mesmo para os especialistas. Em grande medida, para o senso comum, o ato de exceder-se ao beber ou usar drogas ilícitas será sempre um problema *moral*. Assim, se



um indivíduo tornou-se um “bêbado” ou um “drogado”, ele parece ter sido conduzido a tal condição em virtude de distorções em seu caráter<sup>20</sup>.

Então, para um tratamento multidisciplinar dessa questão é necessário buscar um entendimento que não aniquile a possibilidade de compreender os sujeitos como seres biológicos e psíquicos, mas inseridos no social. Também não parece sensato permanecer conjecturando sobre a preponderância de uma causa psicológica, biológica ou social aplicada a um mesmo fenômeno, visto que esta estratégia não raro conduz o pesquisador a um beco sem saída. Para Geertz (1989), é necessário superar essa visão estratificada da realidade (biológica vs. psicológica vs. social), construída a partir do antagonismo entre diferentes áreas do conhecimento humano e buscar construir uma interpretação sintética que possa conjugar os diferentes aspectos da realidade social em termos de *interdependência*. Segundo suas próprias palavras:

[...] precisamos procurar relações sistemáticas entre fenômenos diversos, não identidades substantivas entre fenômenos similares. E para consegui-lo com bom resultado precisamos substituir a concepção ‘estratigráfica’ das relações entre os vários aspectos da existência humana por uma sintética, isto é, na qual os fatores biológicos, psicológicos, sociológicos e culturais possam ser tratados como variáveis dentro dos sistemas de análise. (Geertz, 1989: 56)

Enquanto o uso de tais substâncias deve ser estudado em consonância com as análises sociais e históricas de onde ocorre, isso também não quer dizer que as interpretações biológicas ou psicológicas deste fenômeno necessitem ser menosprezadas. Assim como na abordagem sócio-antropológica, estes campos do conhecimento também dispõem de recursos teóricos imprescindíveis para uma compreensão interdisciplinar da questão, indispensável para lidar com as complexidades que circundam este tema, evitando reducionismos de qualquer ordem que somente empobrecem uma apreciação sistêmica deste fenômeno complexo.

---

<sup>20</sup> Essa apreciação moralista da dependência química não está sequer ausente da ideologia dos grupos de ajuda mútua como Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos, que interpretam este fenômeno como uma doença. Na medida em que Alcoólicos Anônimos reconhece o alcoolismo como uma doença, seu programa de recuperação recomenda um tratamento moral após a abstinência. (Cf. ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 1997).

## 2.4 A dependência química como fato social total e o modelo biopsicossocial

A compreensão de fenômenos complexos como a dependência química requer do cientista social não somente sua imaginação sociológica, mas também o reconhecimento da contribuição de outras disciplinas como complemento à formulação de relevantes questões, não como um estorvo. Caso alguma crítica deva ser feita, esta deve direcionar-se aos reducionismos que pretendem descrever este fenômeno como uma *psyche* sem história, um ente biológico socialmente isolado ou uma estrutura social asfixiante sob a qual o indivíduo não passa de uma marionete das forças “externas”.

O fenômeno do uso e abuso de substâncias psicoativas, que impulsiona um mercado de grande densidade e diversidade, requer uma apreciação multifatorial que não pode ser circunscrita aos seus efeitos bioquímicos. No meu entender, a dependência crônica de substâncias psicoativas produz sofrimento *objetivo*<sup>21</sup>, mas as nuances simbólicas que determinam o modo como tais substâncias são acolhidas ou condenadas socialmente, bem como as distinções nem sempre claras entre uso, abuso e dependência, só podem ser mais bem compreendidas ao considerarem-se as peculiaridades sócio-culturais de seus usuários. Neste sentido, ensejando uma compreensão do alcoolismo como um fato social total, Straus comenta:

Para compreender a relação entre os hábitos de consumo de álcool e os problemas resultantes do alcoolismo, necessitamos de um modelo conceitual que considere sua relação funcional, contínua interação e interdependência fundamental entre os componentes básicos do comportamento com relação ao beber. Estes incluem as propriedades farmacológicas do álcool; as reações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas ao álcool; a variedade dos tipos de bebidas alcoólicas; hábitos e crenças a respeito do álcool; a relação das práticas de consumo do álcool e suas atitudes com a família, sistemas religiosos, econômicos, políticos, médicos e recreativos de cada sociedade; além do impacto das formas de consumo de bebidas alcoólicas nas experiências subjetivas. (1971:229)

A partir dessas reflexões, é possível inferir que o fenômeno social hoje conhecido como alcoolismo emerge através de uma dinâmica que agrega vários fatores

---

<sup>21</sup> Ao referir-me ao sofrimento *objetivo*, incluo tanto a dimensão social do homem ao viver em condições adversas, como também o próprio sofrimento fisiológico. Os estados graves de intoxicação por abuso de substâncias psicoativas, além dos prejuízos sociais e materiais, provocam efeitos colaterais físicos como vômitos, alucinações, depressão, insônia etc. Sobre tais condições, considero arriscado relativizar estes quadros, pois existem “processos de significação que impõem conseqüências ao corpo” e “o corpo é um campo de concordância e de discordância pragmática sobre dor e prazer!” (Almeida, 2003:21).

interdependentes. Não se trata somente dos efeitos sócio-econômicos, clínicos ou criminais em que tais práticas se inserem, mas de toda uma dinâmica que envolve emoções, afetos, estigmas e representações. Existe uma gama incomensurável de discursos religiosos, morais, estéticos e jurídicos sobre o assunto que, por sua vez, influenciam a política, a economia e a clínica, produzindo determinados *padrões culturais* que se impõem com força sobre as mentalidades coletivas.

A finalidade do uso das substâncias psicoativas perfaz um entendimento que perpassa a biologia, a psicologia e a cultura. Os anestésicos, por exemplo, são drogas destinadas ao alívio da dor física, enquanto outras substâncias (lícitas ou ilícitas) se destinam a amenizar as angústias do cotidiano, proporcionando um alheamento da realidade ou simplesmente prazer. As bebidas alcoólicas são importantes nos ritos de sociabilidade, principalmente em comemorações e festas.

Dessa forma, as três instâncias estão contempladas: o biológico, o psicológico e o social. Por fim, o uso de substâncias psicoativas, além de sua influência sobre costumes e tradições, também movimentava significativamente amplos setores da economia e do direito e por isso constitui-se em um fato social total na medida em que este fenômeno é, ao mesmo tempo, jurídico, econômico, religioso, moral, estético, morfológico etc. (Mauss, 2003 [1924]).

Embora a psicologia, a psiquiatria e a sociologia pretendam defender suas posições junto às instâncias acadêmicas com vistas a propor políticas públicas específicas, nenhuma delas isoladamente é capaz de responder adequadamente às ambigüidades que cercam os problemas geralmente classificados sob o rótulo de “saúde mental”. Isso porque, embora as dissensões entre biológico, psicológico e social sejam bastante evidentes nas instâncias formais, elas não o são na prática de uma observação mais acurada desses fenômenos.

Ora, tudo aquilo que os sociólogos denominam de “estrutura social” não passa do resultante de um conjunto de ações individuais tomadas em seu conjunto. Da mesma forma, não existe nenhum indivíduo isolado que não seja influenciado pela cultura à qual pertence. Portanto, essa dinâmica não pode ser tomada como uma interação de fatores isolados entre si, mas antes como processos complementares que atuam uns sobre os outros dentro da mesma realidade. Como bem observa Norbert Elias:

Para onde quer que nos voltemos, deparamos sempre com as mesmas antinomias: temos uma certa idéia tradicional do que somos como indivíduos. E temos uma noção mais ou menos distinta do que queremos dizer ao pronunciar o termo “sociedade”. Mas essas duas idéias – a consciência que temos de nós como sociedade, de um lado, e como indivíduos, de outro – nunca chegam a coalescer inteiramente. Sem dúvida temos consciência, ao mesmo tempo, de que esse abismo entre os indivíduos e a sociedade não existe na realidade. Toda sociedade humana consiste em indivíduos distintos e todo indivíduo humano só se humaniza ao aprender a agir, falar e sentir no convívio com outros. A sociedade sem os indivíduos ou o indivíduo sem a sociedade é um absurdo. (1994:67)

No que tange ao abuso de drogas, as explicações sobre sua etiologia só podem ser melhor averiguadas a partir de uma compreensão conjunta que não se renda ao artifício das antinomias. É óbvio que fundamentar apropriadamente tais questões não resulta em uma empreitada simples e certamente não está ao alcance deste trabalho. Por outro lado, nunca é demais recordar que, se a dependência química é nomeada cada vez mais como uma *doença*, isso reflete também o prestígio de que o discurso médico desfruta na sociedade contemporânea, provocando uma visão cada vez mais *medicalizada* dos fenômenos sociais. No entanto, nas falas de alguns entrevistados, embora eles mesmos admitam-se como portadores desta “doença”, a descrição de suas causas nunca é linear como nos sistemas de classificação médica. Para um membro de Narcóticos Anônimos (N.A.), a adicção em drogas é entendida tanto como um distúrbio originário de imaturidade psicológica, mas também proveniente de hereditariedade:

A adicção é uma doença de sentimentos, as pessoas adictas não sabem lidar com seus sentimentos. Não só em relação às drogas, mas em relação a tudo mais na vida de um dependente químico. Eu acredito que seja uma fuga da realidade, de não saber lidar com os sentimentos, com as emoções. Também acredito que seja hereditário, eu tenho muitos familiares alcoólatras. Eu acho que isso desencadeou essa doença em minha vida. (VN, membro de Narcóticos Anônimos, maio 2005).

Um membro de Alcoólicos Anônimos representa o alcoolismo como uma “doença multifatorial”, na qual aspectos sociais, econômicos, familiares, afetivos e biológicos são agrupados na mesma trama:

Uns dizem que é hereditário, outros dizem que não. Eu não sei se é hereditário, mas eu sei que o meio familiar influencia muito. Hoje eu vejo que muitos dos alcoólicos em recuperação têm uma coisinha lá

no passado, quando ele era criança. Meu pai biológico é alcoólatra, mas o que me criou não é. Então, quando eu saía para a casa das minhas tias, aquelas pessoas diziam: “Olha, o filho de fulano! Mas ele não era filho de beltrano?” Então, aquilo tudo enrolou na minha cabeça e eu encontrei nas bebidas alcoólicas o meu “alívio”. E isso também me levou a uma revolta contra minha mãe. Eu culpava ela por aquilo. Eu acredito que o meio social, financeiro, emocional, traumas, tudo isso leva ao alcoolismo. (GS, membro de Alcoólicos Anônimos, maio 2005).

Como sociólogo, minha inclinação seria vislumbrar a dependência química como um resultado de “fatores sociais” que se impõem sobre os indivíduos na atualidade, como: a insegurança endêmica do atual capitalismo, a fácil oferta de tais substâncias, a desagregação familiar, o desemprego etc. É importante recordar que continuo defendendo a relevância de tais fatores para uma compreensão sociológica da etiologia da dependência química, porém, eles não devem ser compreendidos em um sentido oposto às causas psicológicas ou biológicas.

Durante minha convivência com outros dependentes químicos consegui perceber como essas contingências estão co-relacionadas. Um hábito social não exclui a existência de um “aparelho psíquico”, mas antes é necessário lembrar que ambas as dimensões estão em estreita relação dialética, visto que “os mecanismos psíquicos nada mais são do que a face ‘interna’ de processos culturais que podem ser, desse ponto de vista, qualificados de ‘externos’. O psicológico é o ‘de dentro’ da cultura, enquanto a cultura é o ‘de fora’ do psiquismo” (Laplantine, 1998:73). Mais adiante, Laplantine conclui “que não há nenhum *fantasma*, nenhum *desejo* de um dado indivíduo a que não corresponda um fenômeno social (mito, conto, costume, tradição, rito). E, reciprocamente, não há nenhum fenômeno cultural que não corresponda um fantasma, um sonho, um desejo” (Id. Ibid.:97).

Na realidade, existe uma teia de conexões causais que não permitem separar o psicológico do social, mesmo que esta relação possa ser compreendida enganosamente como dissociada pelas instâncias acadêmicas. Embora Durkheim tenha centrado sua teoria na análise dos mecanismos de coerção social que incidem sobre indivíduos adultos, em detrimento dos aspectos familiares que moldaram sua personalidade enquanto criança, a psicanálise tende a marchar na direção inversa, lembrando que ninguém nasce um adulto. Mas tal separação é relativa, pois a família reúne, ao mesmo tempo, o biológico, o psicológico e o institucional, iniciando esta dinâmica a partir do aleitamento materno e findando na transmissão de cultura e tradições através das

gerações sucessivas. Buscando demonstrar a relatividade de tais dicotomias, Bastide (1948:32) destaca que “Freud postula a existência de uma sociedade objetiva, exterior aos indivíduos, com suas leis e normas próprias e a qual o indivíduo deve adaptar-se sob pena de ser neurótico. Eis uma idéia importantíssima, que permite reconciliar a psicanálise e a sociologia”.

Em termos práticos, aproveitando um jargão clínico utilizado nas análises dos históricos dos pacientes, eu arriscaria também dizer que, tratando-se de dependência química, “cada caso é um caso”. Entretanto, mesmo considerando a individualidade de cada dependente químico é impossível dissociá-lo de sua cultura. Nas clínicas de recuperação, embora os internos sejam rotulados pela equipe terapêutica na mesma categoria de “doentes”, nunca é tarde lembrar que a dependência química vista como uma *doença* é um produto histórico atrelado a processos políticos específicos que conduziram a esta visão da realidade.

Qualquer apreciação da dependência química que não conduza a uma apreciação de como este fenômeno é significado a partir das concepções históricas e sociais do individualismo moderno e de sua repercussão no meio social será incompleta. Além do mais, as teses organicistas fundamentam-se na idéia de um indivíduo isolado da sociedade, como uma molécula independente de outros órgãos. A atual visão biomédica, restrita às dimensões fisiológicas do funcionamento cerebral, não consegue explicar satisfatoriamente como se estruturam as personalidades individuais sob o prisma de sua interação adaptativa com a sociedade. Retornando a Elias:

A divisão das disciplinas acadêmicas, a orientação preponderante da biologia e da ciência médica para o organismo visto em isolamento e para as estruturas orgânicas específicas das espécies têm levado a uma lastimável confusão na tradição lingüística e intelectual. Isso dá a impressão de que o organismo humano singular – ou, como se costuma chamá-lo, o corpo de um ser humano, tal como é visto nas aulas de anatomia e examinado pelos médicos – funciona como um modelo do que se entende por indivíduo. Isso, essa forma existente no tempo e no espaço, toma-se como um dado natural; isso, o organismo isolado, considera-se como real. A vida comunitária das pessoas, sua sociedade, suas estruturas e processos afiguram-se, em contraste, como não sendo dados pela natureza e, portanto, não sendo efetivamente reais [...] Desse modo, a especialização acadêmica contribui para construir um arcabouço conceitual inadequado, para postular a natureza e a sociedade como opostos. (1994:158-159)

Não é prudente olvidar que a constituição biológica do homem é garantia de sua existência objetiva, assim como ocorre aos processos civilizatórios que o circunda. Em grande medida, a preservação do *homo sapiens* entre as outras espécies de animais deve-se à tendência humana de organizar-se em grupos para enfrentar seus predadores. Essa socialização também permitiu ao homem o desenvolvimento do manejo das mãos e a conseqüente fabricação e utilização de ferramentas para construir abrigos contra as intempéries da natureza e manufaturar vestimentas para proteger-se do frio, garantindo-lhes uma existência mais duradoura em fases climáticas que levaram à extinção de outras espécies que não foram capazes de desenvolver tais habilidades. Além disso, o desenvolvimento da linguagem permitiu a disseminação de tais conhecimentos que foram determinantes para a sobrevivência física da espécie, ou seja, qualquer tentativa que pretenda isolar o biológico do social, negando a interdependência entre essas partes, não se funda na realidade, uma vez que:

O homem é biologicamente predestinado a construir e habitar um mundo com os outros. Este mundo torna-se para ele a realidade dominante e definitiva. Seus limites são estabelecidos pela natureza, mas, uma vez construído, este mundo atua de retorno sobre a natureza. Na dialética entre a natureza e o mundo socialmente construído, o organismo humano se transforma. (Berger e Luckmann, 1985:241)

O embate entre as percepções biológicas e sociológicas sobre em que medida é necessário distinguir os fenômenos sociais dos naturais pode ser útil em um contexto de experiências *in vitro*, como na reprodução artificial de plantas ou animais. Mas, no que tange a fenômenos que envolvem percepções de sentido que extrapolam as sensações físicas, as interpretações das ciências naturais revelam-se insatisfatórias. Um grupo de biólogos pode injetar cocaína em camundongos com o intento de medir como a dependência de tal substância se efetiva em termos fisiológicos sobre o organismo de mamíferos - sendo alguns desses experimentos amiúde utilizados para averiguar os efeitos prejudiciais de tais drogas em seres humanos. Entretanto, nenhum desses experimentos é capaz de mensurar qualquer experiência de êxtase envolvida no consumo daquela substância, tampouco a capacidade humana de superar um vício que um camundongo não é sequer capaz de compreender.

Por outro lado, as pessoas que buscam as substâncias psicoativas geralmente o fazem com a intenção de efetuar uma mudança subjetiva de um determinado estado de humor, como debelar uma ansiedade ou propiciar sensações de prazer. Em primeira

instância, o uso de substâncias objetiva uma intervenção bioquímica na composição cerebral do indivíduo com o objetivo de produzir uma alteração em sua percepção da realidade, ou seja, uma mudança sensorial subjetiva. A realidade “externa” permanece imutável, mas o indivíduo sob o efeito de drogas é agora capaz de percebê-la de uma forma mais lúdica. O uso de drogas, em primeira mão, será sempre uma experiência subjetiva. Assim, não é por acaso que as ciências do singular, como a psiquiatria e psicologia, muitas vezes pretendam elaborar um discurso hegemônico sobre este fenômeno.

No entanto, a prática do uso de substâncias ocorre em diferentes espaços de uma sociedade concreta e não é raro que esta experiência ocorra em um contexto grupal. Alguém que experimente sensações proporcionadas pelas drogas poderá também sentir um ímpeto de partilhar sua experiência com outrem. Portanto, a alteridade também é forte característica deste fenômeno que inicia a partir de uma experiência bioquímica singular. E no momento em que essas práticas se difundem para uma população maior, as instituições sociais ocupam-se de impor limites e sanções específicas para regulamentar tais hábitos. Iniciando-se a partir de uma experiência bioquímica, o uso de drogas passa a ser um problema de Estado e, em um nível mais extenso, um assunto de âmbito internacional, como ocorre atualmente.

Procedendo a uma análise política sobre as drogas poder-se-ia chegar à conclusão que tais substâncias conduzem a um tipo de “conformismo alienante”, uma vez que o uso de drogas não tem como meta a mudança social, visto que representa uma busca de saciedade predominantemente individualista. Mas quando essa prática “individual” se propaga para determinadas redes de comércio, os recursos monetários gerados pelo conjunto dessas iniciativas individuais podem influenciar a política de uma nação inteira, bem como fomentar iniciativas mundiais sobre a questão. Além disso, tais práticas também podem representar atitudes de anti-conformismo, como se verificou nos movimentos de contracultura da década de 1960.

Sobre a influência do meio familiar na etiologia da dependência química é importante lembrar que, sob um prisma sociológico, a família ultrapassa sua dimensão de célula individual, uma vez que representa o *locus* da socialização primária, pois é justamente neste espaço em que o indivíduo formará seus primeiros referenciais da vida social. E considerando que a criança geralmente não dispõe de recursos próprios para afastar-se de suas influências familiares, “o mundo interiorizado na socialização primária torna-se muito mais firmemente entrenchado na consciência do que os



mundos interiorizados nas socializações secundárias” (Berger e Luckmann, 1985:180). Assim, a dependência química pode relacionar-se também a um tipo de “aprendizado social” que encontra na família sua primeira referência social de interação. Por isso mesmo é comum ouvir que a dependência química é a “doença da família”, na medida em que todos os seus membros adoecem (Campos, 2005).

Em muitas famílias, o álcool é utilizado como principal recurso na mediação de conflitos ou interação social. Do ponto de vista biológico, mães que bebem álcool excessivamente durante a gravidez podem gerar crianças que já nascem com sintomas de abstinência. Um meio sócio-cultural que acata a embriaguez com “permissividade” pode servir também de modelo para os futuros hábitos étlicos das crianças. Ao perceberem os adultos embriagando-se sem maiores constrangimentos, o infante poderá compreender este comportamento como forma de afirmação social. Neste sentido, “não se pode pensar a questão do sujeito sem inscrevê-lo numa dupla determinação: social e psíquica” (Gaulejac, 2001:41). Em outras palavras, a compreensão do papel da família neste contexto é imprescindível, o que também não implica dizer que as relações familiares estão isentas da influência dos padrões sócio-culturais de cada época.

Dessa forma, para fins de conceituação, creio que a dependência química seja mais bem compreendida através do *modelo biopsicossocial*, considerando que este admite “um componente biológico herdado nos transtornos de abuso de substâncias, mas esse componente isolado não explica a complexidade do fenômeno. Fatores psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais desempenham um importante papel na causa, curso e resultados do transtorno” (Bordin; Figlie; Laranjeira, 2004:5). Tal apreciação possui grande semelhança com a noção maussiana de fato social total e, por conseqüência, atende à necessidade de uma compreensão multifatorial do fenômeno.

A investigação da etiologia da dependência química é tarefa impossível de encerrar em poucas linhas e ainda ocupará muitas mentes e esforços. Praticamente nenhum cientista social, antropólogo, psicanalista ou psiquiatra até hoje chegou a uma conclusão sobre essa questão e provavelmente esse momento nunca ocorrerá uma vez que a ciência é sempre transitória. Por enquanto, não pretendo continuar arriscando-me por um trajeto tão escorregadio, embora tenha em mente que meu critério de classificação de um dependente químico será majoritariamente sociológico, apreendido como permeado de representações sociais que instigam uma abordagem qualitativa de utilidade na compreensão dos aspectos simbólicos envolvidos nesta trama.

Mas a questão sociológica por excelência não é investigar a fundo as causas da dependência química, mas, sobretudo, compreender o ser humano dentro da história, ressaltando que este homem traz sempre uma “bagagem cultural” que lhe é introjetada mesmo que ele não perceba claramente este mecanismo<sup>22</sup>. Os conteúdos historicamente assimilados tornam-se, através da introjeção de uma determinada cultura, os signos da verdade. Portanto, aquilo que normalmente se denomina de “realidade” é composto amiúde por um conjunto de mediações históricas que envolvem instâncias específicas do conhecimento humano, que por fim produzem um determinado discurso sobre o não-familiar. Então, é justamente a partir desses discursos que se edificam as representações sociais como meios não só de codificação do real, mas sobretudo de ação.

A busca por compreender a dependência química através das representações sociais representa a busca de um entendimento deste fenômeno a partir de seu *sentido ideológico*, na medida em que as representações produzem a ação e orientam a cultura. E uma vez que este sentido é apropriado por algum grupo político isso conduz também a novas formas de institucionalização e controle social. Trata-se de um processo no qual as nuances epistemológicas são objetivadas através das práticas sociais que refletirão interesses e assimilações que definirão um discurso específico sobre normalidade e anormalidade, surgindo, então, as designações de comportamento desviante.

**Tabela 1. Concepções Históricas do Comportamento Desviante**

<b>Período Histórico</b>	<b>Definição Predominante</b>	<b>Instituição Dominante</b>	<b>Formas de Controle Social</b>	<b>Fonte de Autoridade</b>
Até o século 15	Pecado	Igreja Católica	Retribuição com punição e dor	Deus, Fé
Século 15 ao 19 (Surge o Iluminismo)	Crime	Estado	Cálculo de impedimento de prazer e dor, utilidade.	Força, Razão
Final do século 19 - presente	Doença	Profissões (Medicina e afins)	Reabilitação, Cura	Razão, Ciência, Especialização

Fonte: Curso Identidade e Diferença, Outono 2002 Massachusetts Institute of Technology (MIT).

Disponível em: <[http://www.universiabrasil.net/mit/21/21A2185/PDF/outline\\_2fall\\_02.pdf](http://www.universiabrasil.net/mit/21/21A2185/PDF/outline_2fall_02.pdf)>.

Acesso em: Agosto 2005.

<sup>22</sup> Peter Berger (1980) utiliza este raciocínio para explicar sociologicamente a noção psicanalítica de inconsciente como um processo através do qual o indivíduo é influenciado por contingências sociais que determinam suas ações, mas nem sempre são percebidas conscientemente pelos agentes sociais.

Mas embora muitas concepções de comportamento desviante sejam predominantes em determinados períodos históricos, não é sensato supor que tais representações não atravessem o tempo. Apesar da secularização de vários aspectos da vida cotidiana, as explicações religiosas e morais das doenças mentais permanecem. Portanto, minha perspectiva é abordar a dependência química como um fenômeno que envolve uma diversidade de percepções de sentido. Em outras palavras, “a linguagem da doença não é, em primeiro lugar, a linguagem em relação ao corpo, mas à sociedade e às relações sociais” (Minayo, 1999:177). Ora, não é nunca tarde para lembrar que, se a dependência química fosse apenas um “problema médico”, os dependentes químicos não seriam condenados moralmente.

Afirmar que a dependência química é um pecado significa também propor métodos de resolução deste problema através de conversão religiosa e exortar as comunidades religiosas a abrir novas clínicas que visem a recuperar os dependentes químicos utilizando como justificativa os preceitos da caridade cristã. Pensar a dependência química como um crime é institucionalizar uma série de medidas legais que sejam capazes de coibir o abuso de substâncias psicoativas em forma de lei, seja para coibir futuros delitos, como para proteger as famílias que se sentem ameaçadas por este tipo de violência. Conceber um dependente químico como alguém doente implica elaborar políticas públicas de saúde que possam oferecer-lhe tratamento médico e psicológico, ao invés do simples encarceramento ou da conversão religiosa.

É necessário não esquecer que a avaliação primária de um dependente químico será sempre *moral* e por isso está atrelada às normas sociais de um determinado momento histórico. Na Idade Média, a dimensão moral estava ligada a uma interpretação religiosa do mundo: o imoral era o herege. A partir da ascensão do Iluminismo, a moralidade estaria mais intrincada à capacidade de o indivíduo agir de acordo com os ditames da Razão: o imoral seria o louco. No atual contexto, todas essas interpretações ainda permanecem, mas cabe observar que, atualmente, as classificações desviantes tendem a deslocar-se cada vez mais para as apreciações “medicalizadas”.

Portanto, cabe à sociologia analisar como determinados discursos se legitimam no meio social em termos da produção de um discurso específico sobre um determinado fenômeno social, quem são os agentes envolvidos neste processo de legitimação e em qual período histórico eles estão inseridos. Além de examinar as causas particulares de cada fenômeno, o olhar sociológico deve dirigir-se para uma contextualização histórica

dos fenômenos sociais que elucidar como um fenômeno particular evoluiu das formas mais remotas até o presente, como ressalta Norbert Elias:

Os padrões de comportamento de nossa sociedade, gravados no indivíduo desde a mais tenra infância como uma espécie de segunda natureza e mantidos em estado de alerta por um controle social poderoso e cada vez mais rigorosamente organizado, precisam ser explicados, não em termos de finalidades humanas gerais, a-históricas, mas como algo que evoluiu da totalidade da história do Ocidente, das formas específicas de comportamento que se desenvolveram durante seu curso e de forças de integração que as transformaram e propagaram. (1993:268)

Dessa forma, considerando que as representações sociais sobre o uso de substâncias psicoativas são, sobretudo, uma construção social, faz-se necessário averiguar como determinados contextos históricos conferem um sentido específico a tais práticas. Compreendendo que a relação entre o uso de drogas e as circunstâncias sócio-históricas que permeiam essa realidade é indispensável a qualquer análise sociológica, uma breve contextualização histórica será efetuada no capítulo seguinte.

*Num sentido importante há só um tipo de homem que não tem nada do que se envergonhar: um homem jovem, casado, pai de família, branco, urbano, do Norte, heterossexual, protestante, de educação universitária, bem empregado, de bom aspecto, bom peso, boa altura e com um sucesso recente nos esportes.*

*Erving Goffman*

### **3. DROGAS, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ESTIGMAS**

Quando Émile Durkheim (1990[1895]) utilizou o termo representações em *As regras do método sociológico*, ele pretendia demonstrar que as sociedades possuíam uma forma de pensar que diferia da *psiche* individual. Esta modalidade de pensamento objetiva seria composta por crenças, práticas morais, religiosas e hábitos específicos dos grupos sociais. Dessa forma, a sociedade teria uma espécie de “mente grupal” que instituíam determinados tipos de comportamentos na coletividade. Tratava-se, então, de uma mentalidade própria, que tinha sua origem em um *substrato diferente* dos estados individuais de consciência. Portanto, “as representações, as emoções, as tendências coletivas não têm por causas geradoras determinados estados da consciência dos indivíduos, mas sim as condições em que se encontra o corpo social em seu conjunto” (Durkheim, 1990[1895]:92).

A partir dessa premissa, Durkheim iria sedimentar o conceito de *fato social*, que remete ao poder coercitivo das instituições sobre a vida dos indivíduos. A tarefa da sociologia seria identificar como determinadas circunstâncias sociais, “exteriores” aos indivíduos, modelavam seu comportamento a partir de sua submissão a determinados padrões culturais, considerando que a decisão de refutar tais influências resultaria em segregação social, que se expressaria por intermédio de sanções formais (punição judicial) ou informais (expor-se ao ridículo). Na realidade, “o interesse central de Durkheim eram modos pelos quais os fatores sociais e culturais influenciam, e efetivamente constituem, em grande parte, os indivíduos” (Lukes, 2005:27).

O conceito de representações coletivas está intrinsecamente ligado ao de fato social: o homem é produto do meio social em que vive e a vida social é composta essencialmente de representações. As instituições (família, Estado, religião etc.) existem independentemente das vontades individuais, nasceram dos esforços das gerações

anteriores e pretendem perpetuar-se na sociedade através da propagação de um ideal conformista. Cada novo indivíduo que nasce já encontra um cenário social pronto para recebê-lo, sem que ele o tenha escolhido, e quanto mais adaptado aos padrões culturais ele for, menor o risco de sofrer condenações morais. Por isso, para compreender o fenômeno do *desvio* é essencial recorrer às representações, na medida em que elas revelam a “mente” da sociedade que condena.

Então, para uma análise sócio-antropológica da questão das drogas faz-se necessário proceder a uma avaliação das representações sociais envolvidas neste tema, pois as representações são utilizadas, sobretudo, para transformar o não-familiar em familiar, ou seja, para nomear, classificar ou rotular um fenômeno social ou comportamento que desafia o entendimento comum. Mas é importante lembrar que tais representações, além de não se constituírem em “frutos do acaso”, trazem consigo fortes implicações políticas.

As representações são produções de sentido que implicam a internalização de visões de mundo e discursos que nortearão ações práticas sobre como pensar e intervir em determinados fenômenos sociais. Neste sentido, Moscovici lembra que “as representações são *prescritivas*, isto é, elas se impõem sobre nós com uma força irresistível. Essa força é uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo de que nós comecemos a pensar e de uma tradição que decreta *o que* deve ser pensado” (2003:36 - grifos do autor).

Neste sentido, entrevistei pessoas que trabalham em comunidades terapêuticas para recuperação de dependentes químicos, policiais, religiosos e membros de grupos de ajuda mútua com o intuito de realizar um estudo comparativo desses discursos e construir uma rede de representações que possibilitasse uma interpretação polissêmica de meu objeto. Daí o meu interesse em tratar essa questão sob a ótica das representações sociais, na medida em que estas se apresentam como “*uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático [...]*” (Jodelet, 2001:22 – grifos meus). Por isso, é importante atentar para as implicações políticas inerentes de cada discurso, pois enquanto as representações não partem de nada que já não exista na “realidade”, elas cumprem a função de tentar moldar esse “real” às conveniências políticas implicadas na reprodução de uma determinada realidade.

Embora grande parte dos biólogos afirme que os tubarões não sejam predadores naturais do homem, nada disso diminui o terror da maioria das pessoas em relação àquelas criaturas. Os ataques de tubarões a homens são raros, mas não é possível neg

desprezar o fato de que esses animais são predadores vorazes e perigosos. Todavia, quando ataques de tubarões a humanos ocorrem, a mídia certamente terá uma preocupação especial em noticiá-los através de grandes manchetes que repercutem de forma decisiva no imaginário social. Utilizando imagens de filmes de Hollywood sobre os tubarões, os noticiários podem transformar um fato estatisticamente irrelevante numa “tendência alarmante”.

Situações análogas ocorrem com as histórias sobre doenças de causas desconhecidas, epidemias, como também com o uso de drogas. Mesmo considerando que o ato de experimentar uma substância não leva necessariamente à dependência, muitas campanhas anti-drogas preferem divulgar que qualquer contato com substâncias psicoativas (principalmente as ilícitas) representa uma espécie de “picada fatal” que conduzirá o usuário inevitavelmente ao vício.

A dependência química é um problema de saúde pública com graves conseqüências sociais, não há como negar esse fato. Mas, no que concerne às representações envolvendo este fenômeno, persiste uma apreciação moral que percebe as “drogas perigosas” como um *mal externo* à sociedade, caracterizando tais substâncias inanimadas como dotadas de vida própria. Isso fica evidente nas manchetes sensacionalistas sobre o tema drogas: “As drogas fazem mais uma vítima”, “Drogas: o inimigo nº 1 da nação”, “Drogas causam o caos na sociedade” etc. Embora as drogas sejam substâncias inanimadas, nas campanhas anti-drogas elas são caracterizadas como “agentes sociais” que pertencem ao reino do outro, daqueles que deve ser excluídos ou normalizados.

Então, minha intenção é efetuar um estudo *compreensivo* da dependência química, considerando-a um fenômeno que possui estreito vínculo com o social e às representações a eles endereçadas. Não pretendo descartar a importância dos aspectos genéticos da dependência química, tampouco dos estudos psicológicos endereçados à compreensão deste fenômeno. Mas ao invés de analisar os problemas de saúde mental apenas como uma “patologia” de indivíduos mal-ajustados às normas sociais, minha abordagem pretende também analisar como este tipo de desvio é socialmente construído. E para escapar aos reducionismos clínicos no que diz respeito à centralização da análise apenas à subjetividade dos agentes sociais, retorno a Jodelet quando esta autora estabelece os parâmetros teórico-metodológicos para a abordagem do sujeito das ciências sociais em oposição à noção de “paciente” das ciências do singular, como a psicologia ou a psiquiatria. Dessa forma:

O sujeito é considerado de um ponto de vista psicológico. Mas a particularidade do estudo das representações sociais é o fato de integrar na análise desses processos a pertença e a participação, sociais ou culturais, do sujeito. É o que a distingue de uma perspectiva puramente cognitivista ou clínica. Por outro lado, ela também pode relacionar-se à atividade mental de um grupo ou de uma coletividade, ou considerar essa atividade como o efeito de processos ideológicos que atravessam os indivíduos. (Jodelet, 2001:27)

Neste sentido, para uma compreensão sociológica de como determinados discursos conferem significações sobre o uso de drogas é imprescindível uma análise sócio-histórica e antropológica sobre como diversas culturas e seus processos ideológicos lidam com a questão dos “estados alterados de consciência” propiciados pela ingestão de substâncias psicoativas.

### **3.1 Drogas e mudança social: a construção social do desvio**

O uso de substâncias psicoativas é fato recorrente em toda a história da humanidade e provém da relação do homem com as plantas. Além da alimentação, do abrigo e dos remédios, os primeiros hominídeos descobriram que algumas plantas possuíam a capacidade de produzir estados alterados de consciência desejáveis. Enquanto alguns deles buscavam tonificantes capazes de mantê-los em alerta, outros preferiam estados de relaxamento ou alucinatórios. Nesta busca, muitos padeceram por envenenamento, fato que também ocorreu na busca por alimentos de origem vegetal.

Na realidade, por mais que o discurso hegemônico da “guerra às drogas” tente enfatizar os malefícios associados a tais substâncias, o fato é que em nenhuma época os homens decidiram declinar de tais hábitos. Nunca houve na história da humanidade um período de total temperança, quando grandes contingentes populacionais decidissem por livre vontade permanecer abstêmios do consumo de drogas de qualquer natureza. A origem desse costume é imprecisa, pois se trata de um hábito tão remoto e universal como a própria história da humanidade. Nestes termos, Mascarenhas propõe um cenário fictício para descrever o primeiro contato do homem com as bebidas alcoólicas:

Tudo começou com o *Pithecantropus erectus*. Numa bela tarde de verão, ele matava a sua fome e saciava a sua sede comendo cajus à sombra de um farto cajueiro. Ou terão sido uvas, à sombra de uma generosa parreira? Ninguém sabe ao certo. O fato é que recolhia tais frutas não dos galhos, mas do chão, onde havia dias fermentavam sob o calor do sol. Achou-as com um sabor estranho, forte, porém



delicioso, a ponto de levar um monte delas para a sua família. Chegou à caverna meio cambaleando, é verdade, mas eufórico, quase cantando; e distribuiu as frutas fermentadas entre seus parentes e amigos. Antes de a noite acabar, todos, à volta da fogueira, confraternizavam em clima de festa (1990:17).

Esta descrição, apesar de fictícia, representou o instante em que o homem realizou uma descoberta tão importante que talvez possa apenas ser equiparada ao momento em que o primeiro homínido conseguiu domar o fogo. A descoberta de tais substâncias iria criar uma busca por elas que teria conseqüências significativas para as várias civilizações vindouras. Em resumo, trata-se de experiências empíricas que provocaram aprendizados culturais que acompanharam a evolução da espécie humana, sejam tais drogas utilizadas como medicamentos ou para finalidades recreativas.

Existem evidências concretas de que, há 13.000 anos, os aborígenes do Timor já tinham o hábito de mascar nozes de *bétele* para provocar um estado semelhante ao da embriaguez (Marshall *apud* Ramos, 2003). Aliás, é importante também lembrar que o uso de psicoativos não está restrito ao *homo sapiens*, mas também é extensivo a outros animais como gatos, primatas, cabras e elefantes (Girardi, 2003).

Ao contrário do Velho Mundo, as florestas tropicais constituem fonte de variada presença de diversos vegetais com propriedades psicoativas. Desde a folha da coca até os alucinógenos como o *peiole*, tudo indica que os ameríndios eram indivíduos experientes no manejo e consumo de substâncias intoxicantes para diversos propósitos. Os “grãos de mescal”, provenientes de uma planta alucinógena com o nome científico de *Sophora secundiflora*, foram encontrados em tumbas paleolíticas datadas de cerca de 10 ou 11 mil anos, na América do Sul (Carneiro, 1994).

No extremo norte do Brasil, os índios *Waiká* inalam um pó intoxicante denominado de *epená*, que é armazenado em um tubo de bambu e consumido em grupos, em seus rituais. Ao consumir o *epená*, os índios começam a dançar ou cantar em êxtase, sem sofrerem nenhum tipo de condenação moral por parte de outros membros da tribo. Mas os povos indígenas, diferentemente do que acontece a muitos indivíduos na sociedade moderna, não utilizavam substâncias psicoativas de forma abusiva. Tal modalidade de ingestão de drogas somente surgiu após o contato com os hábitos alcoólicos dos homens brancos, com graves conseqüências.

O uso dos intoxicantes pelos indígenas é geralmente restrito a ocasiões especiais. Não existe o consumo fora de um contexto específico que confira ao ato de ingerir uma

substância psicoativa um sentido ritualístico. A propósito, cientes de que todo ser humano tende a procurar estados alterados de consciência, os índios mais velhos direcionam os hábitos dos índios mais jovens e não lhes proibem o uso de tais substâncias. Além disso, é importante lembrar que os índios não refinam as substâncias encontradas na natureza para potencializar o seu efeito, ou seja, eles não isolam seu princípio ativo como no caso da farmacologia moderna. Como bem acentua Andrew Weil:

Um aspecto do ritual índio que merece uma ênfase especial é o uso de estados alterados de consciência para fins positivos. Isto é, os estados induzidos pelas drogas não são procurados por razões negativas (assim como fugir do tédio ou da ansiedade); ao invés disto, são procurados porque podem ser de utilidade positiva para os indivíduos e para as tribos. Ressalto este ponto porque contrasta fortemente com as práticas nos Estados Unidos. Muitos americanos tomam drogas por razões negativas ou por razão nenhuma, e, de novo, suspeito que esta diferença seja um fator chave do nosso problema de drogas. (1986:99)

Assim, nas comunidades indígenas não existe uma *mentalidade* de que o consumo de substâncias psicoativas deva ser utilizado de forma habitual para escamotear sentimentos negativos. Entre os indígenas não submetidos à influência do homem branco, não existem registros de casos de dependência química, embora os missionários tenham promovido um intenso combate ao uso de plantas alucinógenas pelos indígenas em seus rituais religiosos, sob o argumento de que se tratava de cultos exóticos de adoração a “entidades malévolas”. Após a difusão forçada do cristianismo entre essas populações, desenvolveu-se toda uma mentalidade preconceituosa com relação à utilização de substâncias alucinógenas pelos índios. Somente o vinho seria permitido, em rituais cristãos.

Na América, existem aproximadamente 100 espécies de plantas alucinógenas, existindo um forte relacionamento dessas substâncias com o sagrado em diversas religiões e culturas antigas. O uso de ópio, por exemplo, iniciou-se provavelmente na Mesopotâmia, 3.000 anos antes da era cristã. O ópio era uma planta conhecida como dormideira: a planta da felicidade. Esta droga foi usada na Roma Antiga como calmante e agente analgésico. Na Grécia Antiga, o uso de psicoativos como o vinho ou o ópio não eram proibidos, embora seus usuários fossem advertidos dos males de seu consumo excessivo.

Entre os muitos exemplos de como o consumo de substâncias psicoativas atravessa um contexto socialmente aceito, com implicações ritualísticas e controlado através de regras informais, para então assumir a configuração de um problema social, o alcoolismo indígena talvez seja o melhor deles.

Fernandes (2002) destaca que a embriaguez não era um fenômeno desconhecido dos nativos brasileiros. A *chicha* amazônica ou o *cauim* tupinambá eram muito apreciados pelos indígenas em certas ocasiões, sendo seu consumo socialmente controlado e restrito a rituais específicos. O preparo de tais bebidas era exclusividade das mulheres da tribo que chegavam até a influenciar a maneira pela qual seriam elas consumidas. As sessões de embriaguez guardavam uma profunda relação com a guerra e a vingança entre as tribos. Nessas bebedeiras, os índios recordavam suas vitórias em batalhas contra tribos inimigas e, em algumas ocasiões, ocorria também o canibalismo.

Esses episódios de embriaguez, quando os índios vociferavam ao contar como trucidaram seus adversários, chocavam os colonizadores, principalmente os missionários. No entanto, é importante lembrar que embora os índios utilizassem tais eventos para liberar suas emoções, caso algum membro da tribo buscasse novamente a substância para embriagar-se fora desse contexto ritualístico, ele não encontraria essa substância à disposição, ou seja, não existiam tabernas nas imediações das tribos indígenas antes da chegada dos colonizadores. Portanto, a idéia de um índio alcoólatra, dependente de *chicha* ou *cauim*, não é plausível, pois não havia comercialização nem tecnologias de estocagem desses vinhos nativos.

Dessa forma, o consumo patológico e crônico de álcool só veio a configurar-se após o contato com os colonizadores a partir da intensa oferta de bebidas destiladas e da prática da troca de cachaça por favores, serviços e proteção. O vício, então, foi inserido culturalmente na vida dos índios. Até hoje, o alcoolismo indígena constitui-se em um grave problema social no Brasil, a despeito da pouca atenção que lhe é concedida. Além do mais, “o alcoolismo, entendido não como uma doença, mas como ‘imoralidade’, é parte fundante dos discursos e imagens construídos pelos europeus a respeito dos índios” (Fernandes, 2002:46).

O alcoolismo indígena revela-se, portanto, um subproduto de mudança cultural resultante do contato dessas tribos com o colonizador. O domínio das técnicas de destilação pelos colonizadores, causava fascínio e admiração em algumas tribos, isso sem mencionar os efeitos imediatos proporcionados pelas bebidas de alto teor alcoólico e possibilidade de estocagem por longos períodos. Portanto, assim como os indígenas

ficavam maravilhados com outros apetrechos que os colonizadores traziam de suas metrópoles, como armas de fogo ou espelhos, o mesmo ocorreu com o álcool destilado.

Atualmente, ao norte do estado de Minas Gerais, entre o Vale do Mucuri e o rio Jequitinhonha vivem os índios *Maxakalis*. Em épocas passadas, esta tribo era conhecida pela resistência aos brancos, mas ao longo do século passado sua cultura foi denegrida pelo alcoolismo. Uma reportagem da revista *Isto É*, publicada em meados de 1998, revelou as adversidades de que hoje padecem esses índios. Os índices de dependência de álcool, segundo esta matéria, extrapolam todas as estatísticas epidemiológicas de alcoolismo nas sociedades modernas: 90% dos *Maxakalis* são alcoólatras, incluindo algumas crianças (Abdala, 1998).

O caso dos *Maxakalis* evidencia o potencial destrutivo que algumas culturas “civilizadas” podem utilizar no intento de dominar as culturas nativas. Embora seja importante reconhecer que não é sensato afirmar que qualquer índio seja um potencial alcoólatra, o caso dos *Maxakalis* configura-se um exemplo de como o abuso de álcool pode efetivar-se em condições de mudança cultural, ou seja, como resultante do contato da tribo com os hábitos de alcoolismo do homem “civilizado”.

Tendo sua auto-estima comprometida em virtude da apropriação indevida de suas terras por parte de fazendeiros da região, os *Maxakalis* agora investem suas poucas energias numa trajetória suicida em busca do álcool. Segundo esta mesma reportagem, muitos deles hoje vivem pelas ruas como mendigos pedindo dinheiro para beber cachaça. A violência resultante do alcoolismo também se apoderou de suas relações sociais, sendo hoje comum serem vistos aos bofetões pelas ruas das cidades vizinhas. O hospital São Vicente de Paulo, em Águas Formosas, é o único que aceita atendê-los. Mas como os índios bêbados não procuram atendimento médico, eles só chegam ao hospital em condições críticas. Desnutrição, fraturas expostas, braços e pernas quebrados são alguns dos registros habituais.

Além do mais, quando algum índio adocece, a família inteira muda-se para o hospital. Para os índios, as doenças são causadas por maus espíritos e a família deve estar unida para obter-se sucesso no tratamento. Habitualmente dóceis e alegres, os *Maxakalis* tornam-se agressivos em função do alcoolismo e atualmente as futuras gerações encontram-se seriamente ameaçadas. Como muitas mães são alcoólatras, seus filhos bebem leite materno contaminado com o álcool absorvido pela mãe. Algumas mães também desmaiam bêbadas deixando seus bebês em pranto e sem alimento. Reduzidos quase à condição de mendigos, muitos *Maxakalis* sobrevivem à custa de

cestas básicas que chegam sempre com atraso, sendo alguns desses itens de alimentação trocados por cachaça entre os comerciantes locais, piorando ainda mais o seu estado de penúria.

Ao contrário de outras tribos indígenas que utilizavam as substâncias psicoativas em contexto ritualístico e para fins positivos, os *Maxakalis* depararam com o álcool destilado através de seu consumo desordenado. Aqui não se trata do *cauim* preparado pelas mulheres indígenas e consumido sob circunstâncias restritivas, mas de bebidas alcoólicas industrializadas que podem ser consumidas a qualquer momento e em qualquer lugar, utilizadas como uma “fuga” para as frustrações vivenciadas por esta tribo. Longe de representar um caminho para a proximidade com os espíritos, o alcoolismo dos *Maxakalis* é hoje alimentado pela lógica perversa que caracteriza o horizonte cultural capitalista.

Assim, é possível relacionar dois componentes importantes que devem ser destacados na relação do “homem primitivo” com as drogas em comparação ao “homem civilizado”. Em primeiro lugar, nas “culturas primitivas” não existe o expediente do isolamento e potencialização química do princípio ativo dessas substâncias. Em outras palavras, mascar folha de coca ou fumar ópio não é a mesma coisa que usar cocaína ou heroína. O efeito e as conseqüências pessoais e interpessoais do uso de tais plantas difere essencialmente de seus equivalentes químicos. O *caium* era um vinho nativo de teor alcoólico que não pode ser comparado aos altos teores alcoólicos de destilados como a cachaça. Substâncias como a cocaína ou a cachaça são bem mais propensas a desencadear o vício do que seus equivalentes naturais.

Em segundo lugar, as substâncias psicoativas utilizadas pelas “culturas primitivas” não eram alvo de comercialização. Tais substâncias eram provenientes de vegetais encontrados naturalmente, em grande parte nas florestas tropicais e de forma abundante. Os indígenas não promoviam guerras ou matanças pela posse de tais plantas, como ocorre hoje com as grandes redes de narcotráfico. O uso de tais drogas não era regido pela ótica do mercado capitalista. As maiores disputas por tais substâncias somente ocorreriam em sociedades complexas, como os grandes impérios da Antigüidade ou nas sociedades modernas. Daí que, em praticamente todos os processos de colonização, dominação econômica e acumulação de capital possuem um estreito vínculo com disputas em torno da aquisição de tais substâncias. Como bem observa Carneiro:

Foi pelo açúcar que os africanos foram escravizados numa diáspora de milhões de degredados para as Américas; pelas especiarias os europeus se lançaram aos mares desconhecidos em busca do caminho das Índias; pelo chá a Inglaterra inundou a China de ópio; com o tabaco se colonizou a Virgínia; com o café se ampliou a capacidade de trabalho e de vigília do proletariado e dos soldados da era contemporânea e com o álcool destilado se obteve consolo, anestesia, impostos e lucros (2005:7)

A violência associada ao tráfico de substâncias psicoativas quando estas são inseridas na lógica capitalista é fenômeno que não se verifica nas formas de uso associadas às tradições e costumes de grupos específicos como no caso das comunidades indígenas e outras culturas contemporâneas como os chineses nas casas de ópio do século XIX ou músicos de jazz usuários de maconha nos EUA, no início do século XX, antes da Proibição. O uso de tais substâncias em grupos bem delimitados, sem interesses comerciais expressos, ocorria sem maiores conseqüências. O uso de tabaco era um hábito ancestral das tribos indígenas americanas, mas a industrialização dessa substância pelas grandes companhias de cigarros foi responsável por muitos malefícios á saúde de seus usuários, propiciando a atual cruzada anti-tabagista. Em outras palavras, Gilberto Velho destaca:

No momento em que a maconha, a cocaína, ou seja lá o que for entram no mercado e passam a ser objeto de especulação, essa situação de relativa estabilidade de grupos inseridos na sociedade moderna contemporânea – que antes consumiam dentro de certas regras, de certas convenções – se altera, porque passa a ser um bem de mercado, e um bem escasso, ligado à situação de perigo, risco. A substância tornada ilegal, clandestina, vale cada vez mais e é fonte de disputa, de enormes lucros e da possibilidade de algumas das maiores jogadas de capital que se possa imaginar no mundo contemporâneo; passa a ser um produto valiosíssimo e, em função disso, o consumo se altera. Aquele consumo que era mais localizado em certos grupos culturais, em certas minorias, em certas faixas da sociedade, passa a ser ditado não mais pela lógica dessas tradições ou pela lógica desses grupos, mas pela lógica do mercado, do capital. (1997:67)

Então, uma investigação sobre o uso de drogas na história da humanidade conduz a uma apreciação da relação dos homens com essas substâncias que contrasta com o discurso hegemônico da Guerra às Drogas. Ora, se determinadas drogas são hoje combatidas com virulência pelo aparelho repressivo do estado, isso não implica dizer que essa modalidade de controle social deva ser vista como algo natural, mas representa antes uma construção sócio-histórica bem delimitada que surge como conseqüência da

própria modernidade. Isso não quer dizer que nas “sociedades arcaicas” não existisse nenhum tipo de controle social relacionado ao uso de drogas, mas somente que este, se ocorria, era de forma diferenciada.

As sociedades capitalistas têm no âmbito da exploração do trabalho e na acumulação de capital a centralidade de toda a sua vida social. Por isso mesmo, os comportamentos associados aos estados alterados de consciência, como ocorre com os estados de transe ou uso de substâncias, sofrem intensa condenação moral. Substâncias como o álcool, que são capazes de conduzir a um estado de consciência incompatível com a concentração requerida para atividades laborais, devem ser consumidas dentro de regras que restrinjam a modificação do estado “normal” de consciência.

Embora tenha sido através da Revolução Industrial que as substâncias psicoativas foram produzidas em larga escala, a moralidade em torno de seu uso caracteriza-se por uma repulsa aos seus efeitos inebriantes. Como bem observou Simmel, embora o habitante típico das grandes metrópoles sofra uma intensificação contínua de seus estímulos nervosos em virtude da tensão gerada pela economia capitalista competitiva, ele é constrangido a seguir os ditames da pontualidade, exatidão e calculabilidade, suprimindo seus impulsos irracionais em favor de uma ordem objetiva que tem como incumbência “transformar o mundo num problema aritmético, dispor todas as partes do mundo por meio de fórmulas matemáticas” (1967 [1902]:16).

Entretanto, cabe também considerar que este “mundo matemático” que a modernidade pretende estabelecer como padrão civilizatório não se estabeleceu em termos da justiça social, como pretendia a ideologia iluminista. Se esta “matematização” da vida social é de extrema utilidade para o desenvolvimento das relações comerciais e das ciências naturais, ela não costuma aplicar-se aos problemas de cunho emocional. No caso dos operários, a rotina esgotante do trabalho insalubre, os baixos salários e as condições precárias de vida tornam a moderação dos apetites étlicos um fardo pesado demais para a classe trabalhadora. Explorados por um sistema que não respeita sua humanidade, o proletariado encontra nas bebidas alcoólicas muitas vezes o único lenitivo para amortecer suas angústias.

Jack London, em seus escritos sobre as campanhas anti-alcoólicas do final do século XIX, não via nelas nada mais do que hipocrisia. Segundo este autor, considerando as condições de vida adversas às quais os trabalhadores eram submetidos, a exortação à sobriedade e à parcimônia não tinha meios de surtir qualquer efeito entre as populações exploradas. Cabe aqui citar um trecho extenso de como London percebe

esta incoerência a partir da descrição do cotidiano dos trabalhadores ingleses da nascente sociedade industrial:

À medida que a vida familiar desaparece, surge o bar. Não apenas homens e mulheres que trabalham excessivamente, exaustos, sofrendo de estômagos dessaranjados e do mau saneamento, mortificados pela feiúra e monotonia de suas existências, desejam a bebida de maneira incomum, mas também os homens e mulheres gregários, que não têm vida familiar, vão aos iluminados e barulhentos bares numa vã tentativa de expressar seu gregarismo. E quando a família é alojada em um pequeno quarto, a vida familiar torna-se impossível.

Uma breve análise de tal moradia servirá para esclarecer uma importante causa do alcoolismo. Aqui a família se levanta pela manhã, veste-se, faz sua toailete – o pai, a mãe, os filhos e filhas – e, no mesmo quarto, ombro a ombro (já que o quarto é pequeno), a esposa – e mãe – prepara o café da manhã. E no mesmo quarto, sentindo-se pesados e enfermos pelos odores de seus corpos e por terem-se apertado uns aos outros a noite inteira, eles tomam o café. O pai vai ao trabalho, os filhos mais velhos vão para a escola ou para as ruas e a mãe fica com suas crianças mais novas, ainda engatinhando, para cumprir as tarefas do lar – ainda no mesmo aposento. Aqui ela lava as vestimentas, preenchendo o espaço fechado com espuma de sabão e cheiro de roupas sujas; e então, sobre a cabeça, pendura o tecido molhado para secar.

Já à noite, em meio aos diversos odores do dia, a família dirige-se para seu apreciado sofá. Ou seja: tantos quantos puderem empilhar-se sobre a única cama (se é que eles tem uma cama) e o excedente deita-se no chão. Esta é a rotina de sua existência, mês após mês, ano após ano, pois eles nunca tiram férias, a não ser quando são demitidos. Quando um filho morre – e alguns estão sempre destinados a morrer, já que 55% das crianças do East End morrem antes dos cinco anos de idade –, o corpo é deixado no mesmo quarto. E se eles são muito pobres, o cadáver é mantido por algum tempo até que eles possam enterrá-lo. Durante o dia ele jaz na cama; de noite, quando os vivos vão usá-la, o morto ocupa a mesa; e sobre ela, pela manhã, depois de o morto ter sido novamente recolocado na cama, eles toma o seu café. Às vezes o corpo é colocado sobre uma prateleira que serve de despensa para sua comida. Apenas duas semanas atrás, uma mulher do East End estava em apuros porque, como no caso citado, não conseguindo enterrar seu filho morto, ela havia mantido o cadáver dentro de casa por três semanas.

Este quadro que descrevi não é um lar, mas, sim, um horror; e os homens e mulheres que o deixam para ir ao bar devem ser objeto de piedade, e não de acusação [...]. (London, 2003 [1903]: 77-78)

A descrição de Jack London caracteriza um ambiente de adversidade tão intensa que nenhum observador atento o poderia menosprezar como “incentivador” do consumo abusivo de álcool. No entanto, o autor considera que o alcoolismo está distante de representar uma “saída” saudável para os problemas estruturais da classe trabalhadora,



ao mesmo tempo que destaca a impossibilidade de exigir sobriedade dos trabalhadores quando estes sucumbem a condições desumanas de existência.

A Revolução Industrial não “inventou” as drogas. No período das grandes navegações as substâncias psicoativas, sobretudo as alucinógenas, já preocupavam a Igreja Católica e muitos de seus usuários eram condenados à danação por usá-las (Carneiro, 1994). Entretanto, a química industrial permitiu o surgimento de componentes químicos capazes de potencializar seus efeitos, além de fomentar um mercado que possibilitou sua distribuição e comercialização para amplas camadas da população. Na metade do século XVIII, Londres foi atingida por uma epidemia do uso abusivo de gim, resultado de um aumento acelerado de sua produção, que passou de meio milhão de galões, em 1685, para onze milhões de galões, em 1750. Nesta época, o número de casos de alcoolismo aumentou paralelamente a este incremento na produção, cuja principal necessidade econômica era propiciar um uso lucrativo para o excesso de grãos (Vaillant, 1999).

Mas seria principalmente a partir do século XIX que os padrões de consumo de substâncias psicoativas apresentariam uma mudança significativa, com o desenvolvimento de drogas cada vez mais potentes (a exemplo dos destilados alcoólicos), pela indústria farmacêutica da época. A morfina, um dos mais importantes alcalóides existentes no ópio, foi isolada, em 1804, pelos químicos Friedrich Wilhem Serturmer (Alemanha) e Armand Séguin (França). Daí em diante, a morfina (termo originado de Morfeu, o deus grego do sono) passou a ser produzida pelos laboratórios da Merck, que também ocupou-se de comercializá-la em larga escala como analgésico. Mais adiante, em 1859, surge a cocaína e, em 1898, a heroína, também desenvolvidas em laboratórios alemães. Em todos esses casos, cabe salientar, trata-se de drogas sintéticas produzidas com finalidades terapêuticas, não recreativas.

Essas novas drogas sintéticas são utilizadas como analgésicos ou tonificantes. Sua função era similar àquela empregada pelos povos que as utilizavam antes do isolamento de seu princípio ativo. Na época da colonização espanhola nas Américas, por exemplo, os conquistadores espanhóis ficaram entusiasmados com o efeito das folhas de coca sobre os indígenas escravizados. Ao mascarem folhas de coca, estes podiam trabalhar horas a fio, sentindo pouca fome. Não é de se admirar que seu uso tenha sido estimulado pelos colonizadores naquela época.

Segundo Balandier (1997:157) “é ao longo do século XIX que o processo histórico, de expansão acelerada do mercado, da indústria e das cidades acarreta novas e

cumulativas desordens”. Mas como a modernidade se baseia em pressupostos “racionais” de organização da vida social, nesta mesma época os mecanismos de controle social baseados na educação, na repressão policial e no saber médico se intensificaram e adquiriram alto grau de institucionalização. Neste período, verificou-se a concepção de grandes aparatos de normalização social para combater a desordem que o mesmo ímpeto de ordem da ciência havia instituído. Por isso, Balandier reconhece que *não é possível separar ordem e desordem*.

Na tentativa de estabelecer ordem, a modernidade cria mais desordem, resultando uma cadeia de acontecimentos que não encontra seu porto seguro no rito ou nas tradições, uma vez que a modernidade engendra um estado de contínua incerteza, a despeito de suas pretensões normalizadoras. Apoiando-se nas teses da Escola de Frankfurt, Balandier destaca que “esta ordem definida unicamente pela razão instrumental é apresentada como portadora de efeitos perversos, de desordem, de degradações que, juntas, constroem uma ordem contra o homem, e por fim, a ordem de uma sociedade “louca”” (Id. Ibid: 159). Assim, a atual história da dependência de drogas também se constitui em uma “invenção” da modernidade. As atuais redes globais de narcotráfico, a propósito, representam uma consequência indireta do “racionalismo químico” moderno.

No intuito de tornar a vida mais confortável, as indústrias desenvolvem uma série de produtos como carros, aeronaves, aparelhos de telecomunicações, controles remotos, computadores etc. Ocorre, porém, que a produção em larga escala de tais produtos ameaça cada vez mais o meio ambiente e, em grande medida, a própria existência humana no planeta. A isso se soma também o fato de que praticamente todas as tentativas de ordenamento total da vida social na modernidade resultaram em regimes totalitários com consequências humanas mais sombrias que qualquer tipo de barbárie verificada nas culturas tradicionais. Durante o século XIX, em nome do progresso colonizador, as populações indígenas da América do Norte sofreram um genocídio de grandes proporções e uma das armas mais eficazes contra essas populações foi o uísque.

Considerando-se algumas diferenças intrínsecas, a moderna história das drogas obedece à mesma dinâmica da civilização moderna. O isolamento do princípio ativo do ópio e das folhas de coca não tinha, em primeira instância, a intenção de produzir uma “legião de viciados”, assim como a grande variedade de utensílios domésticos e máquinas desenvolvidas para poupar tempo e esforços humanos, as drogas sintéticas foram desenvolvidas com o intuito de dirimir o sofrimento humano. A morfina foi

considerada uma “benção” para os soldados feridos na Guerra Civil Americana, embora após este acontecimento já começassem a surgir os primeiros casos de dependência.

A partir da necessidade de superar as conseqüências do incremento dos meios de produção, a modernidade fomentou guerras, exploração, fadiga, mal-estar, que ocasionariam conseqüências sociais de grandes proporções. Então, para minimizar esses efeitos colaterais do “progresso”, era necessário desenvolver drogas cada vez mais eficazes. Ideologias universalizantes como o liberalismo ou o marxismo seriam os “remédios sociais”. Mas no que tange ao corpo, era necessário desenvolver novas drogas que pudessem ser comercializadas sob a mesma lógica de desenvolvimento das forças produtivas. Mesmo as bebidas alcoólicas, já tradicionais há milênios, deveriam ser mais fortes, e disponíveis em larga escala para atender aos ditames do capital. Não é ao acaso que Vaillant enfatiza que “na causa (e no tratamento) do alcoolismo, a biologia, a psicologia, a sociologia e a economia estão intrinsecamente entrelaçadas” (1999:99).

Sob uma perspectiva ontológica, o Homem que emerge desse novo contexto social também é refém de uma lógica na qual ele vive para a economia acumulativa e não o oposto. Nas sociedades arcaicas, a busca por bens materiais não tinha a característica compulsiva das modernas sociedades capitalistas. Com o desenvolvimento das economias de mercado, a mercadoria se insurge como um tipo de modelador universal do caráter, apetite e paixões do homem civilizado. Assim, o Homem moderno rompe as amarras das tradições para viver uma dinâmica social regida pela primazia do lucro e da competição. As antigas crenças religiosas são substituídas pela ânsia de acúmulo de bens materiais e pelo domínio de novas técnicas científicas que possam acelerar cada vez mais esse processo. Como bem salientou Eric Fromm:

Atravessando numerosas fases, o capitalismo do século XVIII sofreu uma mudança radical: o comportamento econômico separou-se da ética e dos valores humanos. De fato, admitia-se que a máquina econômica fosse uma entidade autônoma, independente das necessidades humanas e da vontade humana. Tratava-se de um sistema que seguia por si mesmo e de acordo com suas próprias leis [...] A evolução desse sistema econômico não mais era determinada pela questão: *que é bom para o Homem?*, mas pela questão *que é bom para a melhoria do sistema?* (1987:28 – grifos do autor)

Esse novo Homem apropriado pelo capitalismo relega sua própria humanidade em detrimento da mercadoria, tornando-se ele próprio uma mercadoria dentre tantas

outras mercadorias. Como bem destacou Marx em seus escritos, “com a *valorização* do mundo das coisas, aumenta em proporção direta a *desvalorização* do mundo dos homens. O trabalho não produz apenas mercadorias; produz-se também a si mesmo e ao trabalhador como uma *mercadoria* [...] (2002 [1844]: 111 – grifos do autor). Esvaziado de sua essência humana, o Homem, sob a égide do capitalismo, tornar-se-ia um apêndice da mercadoria. Esse processo de racionalização da modernidade, concomitantemente à busca do lucro, vai provocar também uma reviravolta sobre os hábitos de consumo de substâncias. Assim, os conflitos que envolvem sua comercialização se tornarão ainda mais intensos.

Uma análise ontológica da relação sujeito-droga é indispensável para a superação das simples avaliações farmacológicas, embora essas últimas tenham a mesma relevância. Nunca é tarde lembrar que a história das drogas, por excelência, é uma história da mente humana, mas é também a história “das relações estabelecidas pelas culturas entre a mente e as moléculas capazes de interagir com os processos psíquicos [...]” (Carneiro, 2005:4). Isso porque, em qualquer cultura, qualquer pessoa que decida fazer uso de substâncias psicoativas o fará sempre com o intuito de provocar uma mudança em sua mente.

As alterações na mente dos indivíduos também ocorrem em um cenário específico, ou seja, em um ambiente social delimitado. Trata-se daquilo que Norman Zimberg (citado em MacRae e Simões, 2000:29) denominou de *setting*, que representa “o conjunto de fatores ligados ao contexto no qual a substância é tomada, o lugar, as companhias, a percepção social e os significados atribuídos ao uso”. Essa é uma questão quase imperceptível para o discurso médico-policial, que coloca nas “drogas” (uma substância inanimada) a culpa de praticamente todos os problemas sociais decorrentes de seu uso, enquanto se constitui em um ponto essencial da discussão sócio-antropológica sobre este fenômeno por analisar as condicionantes culturais que permeiam as várias formas de uso de drogas.

Uma das premissas mais importantes da sociologia é que a cultura tende a ser introjetada pela estrutura psíquica daqueles que a ela pertencem e dela dependem para satisfazer suas necessidades emocionais básicas. A personalidade dos indivíduos, sob tal perspectiva, é resultante de seu processo de socialização. Segundo Eric Fromm (1979:104), “o caráter social do século XIX foi essencialmente competitivo, acumulativo, explorador, autoritário, agressivo e individualista”. E foi justamente nessa época que a civilização tentava consolidar-se cada vez mais na imagem de um homem

racional e capaz de controlar seus impulsos, estimulando uma pressão normativa quase insuportável para lidar com as contradições desta imposição social.

A pressão por uma competitividade econômica agressiva e a exigência de um controle cada vez mais regulado das paixões iria constituir-se na fórmula ideal para a expansão “pacífica” dessa sociedade permeada pelo espírito repressivo vitoriano, que tentava combinar o aspecto cortês do homem civilizado a um ambiente hostil de profundas desigualdades. Como consequência dessa repressão, as doenças nervosas multiplicaram-se, constituindo, assim, o pano de fundo sociogênico sob o qual emergiu a psicanálise. Para Giddens (1997), entretanto, mesmo que Freud tivesse sua atenção dirigida às neuroses, o que ocorria de fato era o surgimento de uma “sociedade compulsiva”, atestando um sentimento de insegurança ontológica que os repetidos esforços científicos e tecnológicos da ideologia iluminista não foram capazes de dirimir.

O século XIX foi justamente o período no qual a sociologia clássica revelou ao mundo seus principais teóricos, cujo pensamento era marcado pela preocupação com a dissolução dos valores tradicionais e a emergência de uma sociedade com um alto grau de diferenciação social. O antigo homem feudal, regido pela religião e pelos costumes, vislumbrava a nova ordem com angústia, sobretudo em função das constantes crises políticas e econômicas. Seu sofrimento agora não seria mais regulado pela antiga ordem cosmológica e pelo rito, surgindo, então, as novas modalidades de controle social da modernidade através do Estado punitivo ou da Psiquiatria. É justamente nesta fase em que a disciplina e a repressão das emoções aprofundam sua forma institucional moderna.

O controle das “classes problemáticas” seria objeto privilegiado do Direito e da Psiquiatria. Em grande medida, essa perspectiva ideológica permanece bastante presente na discussão atual sobre drogas. Trata-se de uma “teoria geral do adestramento” que objetivava forjar um controle sobre o corpo humano que o tornasse, ao mesmo tempo, mais exercitado (utilidade) e mais submisso (obediência). Este corpo deveria ser tanto uma máquina eficaz, como uma síntese da sujeição. Dessa forma, esta mecânica do poder “define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a eficácia e a rapidez que se determina” (Foucault, 2004:119). Ora, nestas condições, não é difícil inferir que os corpos do “bêbado” ou do “drogado” sejam alvo privilegiado deste modelo disciplinar.

Na época da Inquisição, certas pomadas e poções eram vistas como provas de aliança com Satanás e muitas pessoas foram condenadas às fogueiras acusadas do uso de tais substâncias. No Antigo Egito, a embriaguez habitual era punida arrancando-se à força os dentes do bebedor (Escohotado, 1997). Segundo White (2000), tanto no Antigo Egito, como na Grécia Antiga, já existiam referências sobre pessoas afetadas pela embriaguez crônica, também denominada de “loucura da bebida”. Mecanismos de controle social são comuns a praticamente todas as culturas conhecidas. Na medida em que qualquer sociedade não estabelece regras mínimas para a convivência, sejam estas formais ou informais, sua decadência é iminente. Minha intenção não será a de idealizar as sociedades pré-modernas como exemplo último de harmonia social<sup>23</sup>. Meu intento consistirá, sobretudo, em analisar criticamente como determinadas contingências sócio-históricas influenciaram os mecanismos de controle de um hábito humano milenar: o uso de substâncias que agem sobre a mente.

O homem idealizado pela era moderna seria um indivíduo regido pela Razão e apto à produtividade. Neste sentido, na possibilidade de esse indivíduo perder a sua razão, tornar-se improdutivo, ou demonstrar relaxamento no que tange aos cuidados com sua higiene física e mental, cabe às instituições de controle social modernas promover um reajustamento moral e punitivo, pois a gênese dos atuais problemas sociais reside, fundamentalmente, na “essência do racionalismo secular europeu e na conversão de problemas e condições antigamente situadas nos antigos conceitos teológicos de bem ou mal para contextos racionais e analíticos de entendimento e controle” (Nisbet, 1971:1).

No caso do uso e abuso de drogas, esta situação é compreendida pelas sociedades modernas sob a insígnia de “problema social”, ou seja, como um fenômeno sobre o qual algo deve ser feito. Neste sentido, Clausen (1971:187) também destaca que “o uso de drogas é visto como problema social por alguns membros de nossa sociedade porque certas drogas se transformaram na antítese dos valores tradicionais da classe média, como a busca por enriquecimento pessoal e ascensão profissional”.

Por outro lado, é importante frisar que as sociedades contemporâneas não atingiram um grau de secularização que as permitisse excluir totalmente a ideologia

---

<sup>23</sup> Segundo Edgerton (1992), por artimanha, muitos antropólogos dirigem sua análise dos problemas das culturas “primitivas” a partir da explicação de que estes são oriundos do contato dessas culturas com as estruturas modernas. No entanto, nas culturas arcaicas podem ser verificados sinais de anomia que não estão obrigatoriamente relacionados ao seu contato com o “mundo civilizado”. Mas ocorre que os antropólogos geralmente ocultam esses dados em seus textos, sobretudo para manter uma narrativa coerente com outros trabalhos publicados por seus colegas.

religiosa das discussões atuais sobre drogas. Além do mais, o desenvolvimento tecnológico dos últimos séculos não conseguiu inibir os impulsos “irracionais” do homem. A propósito, foi justamente no século XX que ocorreram guerras em que armas de destruição em massa foram responsáveis pela morte de milhões de indivíduos.

Evitando cometer injustiças, é importante ressaltar que existem também motivações humanistas nas cruzadas anti-drogas. Em muitos depoimentos que escutei, constatei uma preocupação constante com ameaças ao bem-estar das famílias, uma vez que estas aparecem como as instâncias de sociabilidade mais prejudicadas pelo abuso de álcool e drogas. Assim, existe sempre uma demanda por “salvar” futuros candidatos ao vício através de ações preventivas e outros recursos. O uso de drogas afastaria os jovens do convívio escolar, da religião, do mercado de trabalho etc. Enfim, a dependência de drogas é uma ameaça concreta aos “valores da família”.

O dependente químico encarna um agente que produz contínua desagregação familiar, com significativas repercussões sociais. Assim, não há como negar que existem motivos plausíveis para denunciar a dependência química como um problema social, mesmo que as estratégias de enfrentamento, muitas delas ainda baseadas nas premissas do pânico moral, sejam insuficientes.

Mas na medida em que a ordem social formalmente estabelecida carece de fundamentos éticos alicerçados em valores morais<sup>24</sup> que possam servir de exemplo para a juventude, instala-se uma contradição fundamental sob a qual as mensagens de “Diga não às Drogas” acabam caindo no âmbito do discurso vazio. Como manter distantes as drogas ilícitas quando estas são produzidas em escala cada vez maior, muitas vezes com a conivência da corrupção policial e outros interesses capitalistas poderosos, tornando seus preços cada vez mais acessíveis?

Paradoxalmente, o mesmo regime de disciplina e autocontrole exigido pelo capitalismo moderno produz o seu reverso. Em minha pesquisa de campo, constatei que casos de alcoolismo são mais comuns entre as profissões que exigem alto grau de autodisciplina e concentração. Nas forças armadas, os porres após as conquistas são quase uma regra. O álcool diminui a tensão, irmana e expurga os controles sociais.

---

<sup>24</sup> A apreciação do que entendo como moralidade neste contexto refere-se à aceção de moralidade de Durkheim, quando ele define moral como “tudo o que é fonte de solidariedade, tudo o que força o homem a contar com outrem, a reger seus movimentos com base em outra coisa que não os impulsos de seu egoísmo, e a moralidade é tanto mais sólida quanto mais numerosos e mais fortes forem esses vínculos” (1995 [1893]:420).

Parece que quanto mais o meio social tende a buscar um controle dos apetites dionisíacos, mais estes tendem a manifestar-se.

Cada sociedade tende a produzir suas próprias “patologias”. No caso das sociedades modernas, a combinação entre o desenvolvimento dos processos de destilação do álcool, a manufatura de drogas sintéticas cada vez mais potentes e um meio social altamente competitivo e incentivador de desejos ilimitados produz um cenário ideal para a proliferação das dependências químicas. E a repressão a estas práticas parece fomentar, ao invés de ordem, ainda mais desordem.

Ora, foi justamente a partir dos efeitos desagregadores da Revolução Industrial, sobretudo a partir de meados do século XIX e início do XX, que os Estados Unidos fundamentaram suas políticas proibicionistas. Daí divulgou-se que o problema não estava nas relações sociais assimétricas que acirravam a exploração capitalista, mas nas “drogas”. De início, a Lei Seca, depois a proibição das “drogas perigosas” em escala planetária. Mas a atual questão das drogas não pode ser analisada fora do contexto social em que ela se processa, no qual o binômio ordem-desordem parece manifestar-se em sua dimensão mais aguda e conduz os estudiosos do tema a uma permanente perplexidade, ao mesmo tempo em que o uso político (e pragmático) deste tema continua assentado na “sedução” da ideologia das campanhas anti-drogas.

### **3.2 Drogas e religião: entre deuses e demônios**

A religião e o uso de drogas partilham de um objetivo comum: a busca por *transcendência*. O uso de substâncias psicoativas, assim como o êxtase religioso, o transe, a meditação e outras práticas comuns a diversas formas de religiosidade exprimem um “apetite” eminentemente humano na busca de estados alterados de consciência que proporcionem um desligamento da consciência ordinária, um alheamento do mundo, refúgio para a aflição, ou simplesmente uma pacificação do ser através de uma simbiose com o sagrado. Por isso, não é à toa que o uso de drogas e a religião se entrelaçam, ora como complementares, ora como recursos substitutivos. Aliás, o próprio conceito de *adicação* (*addiction*), ou seja, do processo pelo qual a pessoa passa a ter a sua vida destruída ao ser “comandada” pelas drogas, possui paralelo com a noção de alguém que é *possuído* por forças malignas.

O uso de substâncias psicoativas para alterar a consciência em rituais religiosos é prática milenar. Os Vedas, textos sagrados indianos, consideravam a *Cannabis sativa*



(maconha) um néctar divino passível de propiciar ao homem saúde, vida longa e acesso a visões divinas. Fazia-se com ela uma bebida especial designada Bhang, que se acreditava ser capaz de deter o mal, trazer boa sorte e purificar o pecado. Entre os tibetanos, a *cannabis* também era utilizada em rituais religiosos para induzir a meditação e aprofundar as percepções sensoriais (Macrae e Simões, 2000). Segundo consta em vários textos sagrados, os usuários de maconha, nestes contextos, estavam distantes do estereótipo divulgado pelas campanhas anti-drogas do indivíduo decadente ou violento com um cigarro de maconha em uma mão, e um revólver em outra. Tratava-se de substâncias psicoativas denominadas *enteógenas*, ou seja, de plantas que trazem Deus dentro de si.

No Brasil, um dos enteógenos mais populares é a *ayahuasca*, um chá utilizado entre os membros do Santo Daime e da União do Vegetal (UDV). Nascidas como religiões eminentemente nativas, os cultos que utilizam a *ayahuasca* em seus rituais já contam com a adesão de muitas pessoas desprovidas de origem indígena, principalmente indivíduos pertencentes a círculos de classe média dos grandes centros urbanos. Para os Astecas, “os cogumelos sagrados eram *teonanacatl*, corpo de Deus, e havia penalidades severas, até mesmo a morte, para aqueles que gozassem das maravilhas do *teonanacatl* sem boas razões religiosas ou rituais” (Cashman, 1970:28).

A partir da expansão dos domínios coloniais, observa-se significativa mudança cultural no formato dos ritos religiosos indígenas, a partir da incorporação de preceitos cristãos. A Igreja Nativa Americana, hoje com aproximadamente 500 mil indígenas praticantes, conseguiu, em 1964, permissão do governo da Califórnia para a utilização do *peio* em seus rituais, embora sua venda e distribuição permaneçam proibidas nos Estados Unidos. Todavia, o *peiotismo* findou por sincretizar com o cristianismo e “as crenças religiosas indígenas foram modificadas para introduzir nelas a idéia de que Deus colocara alguns de seus poderes no cacto peio e Jesus Cristo dera a planta aos índios numa época de necessidade” (Ibid.:25). No Brasil, ocorre fenômeno semelhante com os usuários da *ayahuasca*, uma vez que a União do Vegetal e o Santo Daime atualmente incorporam elementos do cristianismo, kardecismo, cultos afro-brasileiros, esoterismo, entre outros.

Aliás, entre 1737 e 1840, surgiram os primeiros movimentos de temperança nos Estados Unidos comandados por líderes messiânicos indígenas cujo objetivo era promover a abstinência alcoólica através da ajuda mútua, conversão religiosa e resgate da cultura nativa. Tais movimentos, que combatiam o alcoolismo entre os indígenas

exortando seus membros a rejeitar esta “praga do homem branco” através do resgate moral e cultural podem ser considerados, mesmo com significativas distinções culturais, como antecessores de outros movimentos de temperança não indígenas, que, por sua vez, fındariam no surgimento de grupos de ajuda mútua como Alcoólicos Anônimos e similares (White, 2004).

Na Bíblia Sagrada, o uso de álcool não chega a sofrer condenação explícita e os trechos que se referem a esta prática estão repletos de ambigüidade. Entretanto, as referências sobre o uso abusivo do álcool remontam ao livro do Gênesis (9, 20-21), onde é relatada a bebedeira de Noé e o “escândalo” por ele provocado ao findar por cair nu e embriagado em sua tenda. De maneira geral, a Bíblia parece buscar retratar a função ambígua das bebidas alcoólicas, ou seja, a mesma substância que traz alegria, bem-estar e comunhão, pode conduzir à violência, ao desamor e ao vício. No Antigo Testamento, uma passagem mostra o uso benéfico do álcool, uma bebida a ser ingerida em um contexto familiar após a bênção divina.

Se o caminho for longo demais e você não puder levar o dízimo, porque fica muito longe o lugar escolhido por Javé seu Deus para aí colocar o nome dele, e Javé seu Deus tiver abençoado você, então venda, pegue o dinheiro e vá ao lugar que Javé seu Deus tiver escolhido. Aí você trocará o seu dinheiro por aquelas coisas que desejar: vacas, ovelhas, vinho, bebida embriagante, tudo o que você quiser. Você comerá aí, diante de Javé seu Deus, e festejará com a família. (Deuteronômio, 14, 24-26)

Em outro contexto, nos Provérbios, surge uma condenação explícita à embriaguez e também se observam indícios de uma das características da Síndrome da Dependência: mesmo sofrendo os danos morais e físicos causados pela dependência do álcool, o indivíduo segue em sua bebedeira. Segundo as escrituras:

Para quem são os gemidos? Para quem os lamentos? Para quem as brigas? Para quem as queixas? Para quem os ferimentos sem motivo? Para quem os olhos vermelhos? São para aqueles que bebem o dia inteiro e vivem procurando bebidas misturadas. Não fique fascinado pelo vinho, vendo sua cor e seu brilho, enquanto escorre suavemente no copo. No fim, ele morde como cobra e fere como víbora. Então seus olhos verão coisas estranhas, e sua mente imaginará coisas absurdas. Você ficará como quem está deitado em alto mar ou sentado no topo de um mastro. Bateram em mim, e eu não senti nada! Eles me deram uma surra, e eu nem percebi! Quando me levantar, vou continuar a beber. (Provérbios, 23,29-35)

No princípio do Novo Testamento, a menção ao primeiro milagre do Cristo é clara em seu propósito. A transformação de água em vinho denota a idéia da transformação de algo ruim em uma boa bebida. A propósito, naquela época, havia o costume de beber vinho para saciar a sede, tendo em vista a rápida deterioração da água por causa das dificuldades de sua armazenagem. O vinho era abençoado pelo seu sabor e sua utilidade. Assim, até hoje a Igreja Católica utiliza esta bebida como parte de seu rito, simbolizando o sangue de Cristo. Nas cartas de São Paulo são feitas menções às propriedades benéficas do vinho: “Conserve-se puro. Não continue a beber somente água; tome um pouco de vinho, por causa do estômago e das freqüentes fraquezas que você tem” (I Timóteo, 5,23).

Em outra carta, porém, São Paulo adverte das conseqüências do uso descontrolado de bebidas alcoólicas, relacionando este hábito a outros comportamentos pecaminosos: “Não se iludam! Nem os imorais, nem os idólatras, nem os depravados, nem os efeminados, nem os sodomitas, nem os ladrões, nem os avarentos, nem os bêbados, nem os caluniadores irão herdar o Reino de Deus” (I Coríntios, 6, 9-10). Daí é possível perceber que a Bíblia não condena o uso da bebida alcoólica em si, enquanto a embriaguez habitual é vista como uma grande falta perante Deus.

Entretanto, Harry Levine (1978) observa que, nos Estados Unidos da época colonial, o ato de embriagar-se não era moralmente censurado. Nesse período, o álcool era carinhosamente chamado de a “boa criatura de Deus”. Nas tabernas prevalecia um alegre clima de amizade e cavalheirismo e se podiam encontrar quase todos os tipos de fermentados e destilados. Bebidas alcoólicas eram servidas fartamente em festas de colheita, batizados, ordenação de religiosos, casamentos, e era comum beber até a embriaguez. No entanto, a partir do século XIX, com os problemas resultantes da urbanização desordenada, esta situação mudou radicalmente. As tabernas, que antes eram vistas como lugares agradáveis que todos freqüentavam, incluindo membros ilustres da sociedade, passaram a ser consideradas uma “peste para a sociedade” (*Pest to Society*) e os consumidores de álcool, alvo de perseguição.

Contando com o apoio de políticos, médicos e religiosos conservadores, os Movimentos de Temperança implementaram uma cruzada moral de grandes dimensões, argumentando que “o álcool, lenta, mas inevitavelmente, destruía o caráter moral, saúde física e mental de todos que o bebessem. Os apoiadores da temperança viam o álcool da mesma forma como as pessoas vêem hoje a heroína: uma substância *inerentemente*

aditiva” (Levine, e Reinerman, 2004:1 - grifos meus). O rum, antes apelidado de “boa criatura de Deus”, passou a chamar-se de “rum demoníaco”.

Dessa forma, nota-se que o padrão cultural daquela época foi determinante na condenação dos hábitos etílicos. Os Movimentos de Temperança nos Estados Unidos, com o objetivo de combater o alcoolismo, conseguiram êxito em sua cruzada anti-alcoólica, cujo resultado foi a aprovação da Lei Seca no início do século XX em todo o território norte-americano. A sociedade capitalista necessitava, agora, de mão-de-obra disponível, disciplinada e sóbria para cumprir as funções de reprodução do capital, sob forte espírito puritano. A Lei Seca seria ideal para tais propósitos. Mas a ideologia dos Movimentos de Temperança não se extinguiu após a revogação da Lei Seca, em 1933. No século XX, este mesmo discurso foi “transferido” a outras substâncias tornadas ilícitas como a heroína, a maconha, a cocaína etc., iniciando, assim, o que se convencionou a denominar-se a ideologia da “Guerra às Drogas” (Bucher e Oliveira, 1994).

Em virtude da dificuldade dos médicos em geral de diagnosticar e tratar a dependência química, muitas outras instâncias encarregam-se de prover meios diversos para lidar com este problema, a partir de seus próprios recursos. Entre os pentecostais, por exemplo, o alcoolismo é visto como produto do “mundo”, ou seja, da sociedade que o aceita e incentiva o uso do álcool como paliativo para os problemas da vida. O Deus pentecostal é um Deus moral e a cura do alcoolismo não é vista apenas como a cura do corpo, mas também como a salvação da alma. O remédio para o alcoolismo está na “libertação” das tentações mundanas e, por conseqüência, das obras dos “espíritos malignos”, e esta só poderá ser obtida através da adoção das práticas morais pentecostais (Mariz, 1994).

Constituindo-se em uma religião que prega a abstinência do álcool, tabaco e outras drogas, as igrejas pentecostais atendem a muitos casos de dependência química, sobretudo entre os estratos menos favorecidos da sociedade. Em comparação a Alcoólicos Anônimos, a abrangência desses movimentos é notadamente superior. Mas, ao contrário de A.A., que tem uma visão do alcoolismo como um problema físico, moral e espiritual, no pentecostalismo o problema do álcool e das drogas é restrito à esfera religiosa e moral, descartando as apreciações fisiológicas da medicina. Ao contrário do membro de A.A. o crente não se considera um “alcoólatra em recuperação”, mas antes alguém liberto do alcoolismo através do poder do Espírito Santo. Ele não é alguém que se considera um “doente alcoólico” para o resto da vida,

mas uma pessoa que foi curada do alcoolismo pelo sangue de Jesus Cristo.

Segundo estudo realizado em 22 Comunidades Terapêuticas religiosas no Espírito Santo constatou-se que a dependência química nessas instituições “é vista como *maldição, pecado* ou *culpa* e a via de resolução é a fé” (Silva e Garcia, 2004:248 - grifos das autoras). Nestas instituições, o tratamento é longo, durando em média de sete a nove meses. A metodologia do tratamento baseia-se no trabalho e na religião. Os encarregados do serviço buscam enfatizar o poder de Deus na resolução de todos os problemas, principalmente da dependência de álcool e drogas, que pode ser curada unicamente através de ajuda espiritual. A orientação baseia-se predominantemente na Bíblia, cuja essência é a libertação pela fé em Jesus Cristo. Em muitas instituições também é ressaltada a ligação entre o uso de drogas e o demônio, que surge como o principal indutor desta prática. Conforme o relato de um ex-interno de uma clínica pentecostal:

O problema da dependência é sempre visto pelos fiéis pentecostais não como uma doença e sim como um pecado; uma coisa externa, não como uma doença que eu trago dentro de mim. Ela se desenvolve e se manifesta através dos meus defeitos de caráter, como eles dizem. Mas isso é uma coisa de fora pra dentro, é coisa do pecado. Eu abro a guarda e o pecado entra na minha vida. O demônio está sempre à espreita. Não há nenhuma menção sobre doença, só mesmo a questão moral. É um problema única e exclusivamente moral e é dessa maneira que a doença é tratada lá. A relação do demônio com a dependência química é esta: eu me descuido dos meus princípios morais e o demônio aproveita esse relaxamento e entra com a droga ilícita, com o álcool, e a partir daí ele toma de conta e começa a infernizar a minha vida. (EF., ex-interno, julho 2005).

A partir deste depoimento, é possível perceber como a dependência química, assim como outras doenças mentais, é também interpretada como “possessão de espíritos” ou “desleixo moral”. Entre as camadas populares, geralmente desprovidas de atendimento psiquiátrico adequado, é comum o apelo às igrejas pentecostais para resolver seus problemas (ou de familiares) relacionados ao abuso de álcool e drogas, algumas vezes logrando êxito. Segundo Procópio (1999), o maior adversário dos traficantes nos morros cariocas, atualmente, não é a polícia ou o exército, mas as igrejas evangélicas, uma vez que estas conseguem enfraquecer o tráfico através da conversão dos “soldados” do tráfico em “crentes”.

Tais igrejas costumam ser respeitadas pelos traficantes e raramente sofrem depredações. Os escalões superiores do tráfico raramente passam por tais processos de

conversão, mas podem experimentar alguma queda em suas vendas a partir da adesão de pequenos distribuidores (aviões) aos cultos evangélicos. Mesmo assim, a conversão religiosa como desligamento da rede do tráfico de drogas costuma ser respeitada pelos seus componentes (Misse, 2006).

Como comentei anteriormente, existe uma forte correlação entre as drogas e a religião, pois condições similares de alteração de consciência buscadas com o uso de drogas encontram seu correspondente em estados de êxtase religioso. Ambos estão buscando um alívio para a angústia de viver, ou seja, um recurso que possa transformar a imanência em transcendência. Por isso mesmo, a religião é tão utilizada na recuperação da dependência química. Pode-se dizer que tanto o drogadicto, como o crente, estão em busca da mesma coisa, com a diferença de que o primeiro parece estar “batendo na porta errada”. Tanto as drogas, como a religião, são alguns dos paliativos para o sofrimento humano mais utilizados ao longo da história (Freud, 1997[1929]). Como recurso de *prevenção* ao abuso de drogas, a adesão a um grupo religioso costuma ser bastante útil. Vários estudos indicam que adolescentes que escolheram a religião antes das drogas, tendem a buscar mais alento para o sofrimento no primeiro recurso, evitando assim o uso de drogas com recurso de fuga (Cf. Dalgalarrondo, 2004).

Porém, entre as pessoas engajadas em grupos religiosos que entrevistei, me foi confidenciado que a simples conversão não é o bastante para debelar a dependência de álcool e drogas, pois as recaídas podem ocorrer mesmo entre líderes religiosos ex-dependentes. Isso endossa a observação de Berger e Luckmann (1985:209) ao afirmarem que “ter uma experiência de conversão não é nada demais. A coisa importante é ser capaz de conservá-la, levando-a a sério, mantendo o sentimento de plausibilidade”. A mesma regra aplica-se às reuniões de grupos de ajuda mútua como Alcoólicos Anônimos, que também utiliza preceitos espirituais em seu programa de recuperação. Em jargão próprio dessa organização, se diz que “Quem dá as costas para o A.A. fica de frente para o bar”. Dessa forma, muitos adeptos do pentecostalismo, após relaxar em sua frequência à igreja, estão também sujeitos às recaídas.

Segundo me foi confidenciado, o pentecostalismo pode ser perigoso ao reter-se à “solução mágica” da dependência química. Isso porque, na maioria das igrejas pentecostais, os preceitos seculares da medicina ou da psicologia no que se refere a este problema são menosprezados. Neste caso, Jesus Cristo seria, ao mesmo tempo, médico, psicólogo e redentor espiritual, ou seja, a *única* saída para o vício. Problemas de ordem física, psicológica e social são todos remetidos aos ditames da salvação. Tive a

oportunidade de entrevistar um teólogo que trabalhou como capelão por 5 anos em uma clínica evangélica de recuperação de dependentes químicos que atendia, em grande parte, indivíduos provenientes de comunidades pobres. Em suas próprias palavras:

Às vezes o camarada pára de usar álcool, mas ele continua sendo dependente químico e não se recupera do ponto de vista da dignidade social, da condição de ser humano. Às vezes ele está freqüentando um ambiente desse (igreja pentecostal) e está completamente anestesiado porque, no caso do pentecostalismo, é uma religião muito alheia ao social, às questões do dia-a-dia. O processo que nós chamamos de recuperação, dentro dessas comunidades acontece por uma ruptura abrupta e radical com o estilo de vida que ele levava. Então, ele vai deixar todos os amigos para trás, familiares e vai agora se dedicar aos cultos. E é uma atividade que é extremamente distante, alienante, no sentido de que ela não discute os problemas da vida. Normalmente, os pentecostais acreditam no sectarismo radical: do homem que é de Deus e do homem que é do mundo. Eles fazem essa dicotomia de forma muito mais radical do que os protestantes históricos, que geralmente têm mais escolaridade.

Eu conheço vários ex-pentecostais ou pentecostais reincidentes. Na questão das drogas, isso (os cultos) funciona muito bem até o momento em que ele tem estrutura emocional e psicológica para enfrentar os problemas da vida, como desemprego, baixo nível de escolaridade, discriminação por conta da condição anterior (de dependente químico). No momento em que ele perde essa capacidade, a condição emocional de enfrentar isso, com certeza as drogas vão ser o primeiro anestésico que ele vai procurar para segurar a dor que ele sofre. É preciso que a religião dê doses contínuas de incentivo, porque no momento em que o indivíduo passa mais tempo na comunidade ele é esquecido. E isso é comum em quase todos os grupos humanos: quando você é visitante, recém-chegado, você é extremamente bem atendido, todo mundo te dá atenção. Depois de dois meses, três meses, um ano, ninguém percebe sua ausência. Na religião, isso é muito comum. E quanto maior for a igreja, isso se intensifica ainda mais: o cara que vai a primeira vez ele levanta a mão, fica de pé e as pessoas todas vão falar com ele depois. Isso valoriza muito o indivíduo. Isso é feito nos primeiros dois, três, quatro, talvez cinco ou seis meses. Depois, ele é um membro comum, como qualquer outro. E os problemas, às vezes, ainda continuam após seis meses, porque ele ainda está sem emprego, e aí ele não é mais recebido com atenção.

Tem alguns que reincidentem uma vez só, mas tem outros que reincidentem e desencadeiam todo um processo, novamente, mais sério do que antes. Cada vez que ele cai, principalmente quando ele se envolve com a religião, o processo é mais difícil porque ele assume uma carga de culpa muito maior. Agora, o estado dele é pior do que o anterior. Para a religião, ele conheceu a verdade e se desviou. Então, como desviado, ele vive uma carga de culpa psicológica muito maior do que uma pessoa que não tem uma relação com uma divindade. É uma falha dele que vai ser vista por Deus de forma muito desagradável. Ele pode ser inclusive castigado, pode sofrer sanções porque ele não está

em comunhão com Deus. Então, toda a organização religiosa produz uma culpa sobre-humana, insuportável. Eu conheço ex-pentecostais e ex-evangélicos que não conseguem nem pisar mais na igreja porque se sentem inadequados com aquele ambiente, tão impuros que morrem de vergonha de estar no meio daquelas pessoas, as santas, né? (risos)

Então, esse tipo de carga de culpa é muito forte quando eles reincidem, o que não é raro. É porque essa estatística não é feita no meio religioso, não é feita a estatística de quem sai, só se faz de quem entra. No “relatório” não consta quantos saíram naquele ano, só consta quantos entraram. Mas, se constasse, a rotatividade seria grande. Principalmente no ambiente pentecostal, que é um ambiente onde a pessoa, às vezes, vai pela promessa de melhorar de vida, de ganhar um emprego novo, de aumentar o salário. Então, ela vai muito pela promessa. E se ela alcançou a promessa, não precisa mais ir. (JR., teólogo, junho 2006)

Em outros depoimentos e conversas informais que tive com ex-dependentes químicos que debelaram sua dependência através da religião foi comum o fato de eles mencionarem que a conversão religiosa seria apenas o início de um processo, não a “cura” total, muito embora reconheçam casos em que apenas a conversão foi suficiente para que o indivíduo abandonasse o vício. No entanto, caso o indivíduo abandone seu grupo religioso ou relaxe em seus novos princípios morais, o risco de uma recaída é iminente. Entre os pentecostais, o elo com o grupo religioso é uma garantia de não retornar à dependência, visto que estas igrejas são abstêmias, proibindo não só a dependência, mas também o uso social de álcool e outras drogas, como o tabaco. Para os pentecostais, a dependência química seria apenas mais uma manifestação do mal no mundo, ou seja, ela faz parte de uma sociedade imoral que não teme a Deus, nem considera seus ensinamentos. Em suma, para os pentecostais, na “sociedade sem fé estaria o verdadeiro responsável pelo alcoolismo, como todo o mal do mundo – o demônio” (Mariz, 1994:218).

Por mais sectária que seja a visão de mundo dos pentecostais, formulando uma crítica radical da sociedade como o lugar onde imperam as forças malignas, cabe salientar que estas igrejas ainda representam um recurso importante na recuperação de dependentes químicos provenientes das camadas menos favorecidas da sociedade. Na medida em que os dependentes pobres não dispõem de recursos para contar com atendimento médico ou psicológico especializado, essas igrejas preenchem uma lacuna que as instituições formais não alcançam. Sendo o sistema de saúde pública precário, a polícia brutal e as classes mais abastadas preconceituosas e indiferentes com esses estratos da população, a “lei do crente” revela-se como uma alternativa sedutora para os



pobres que desejam livrar-se do álcool e das drogas. No que tange à “eficácia” deste tratamento espiritual, os dados empíricos ainda são escassos ou inexistentes, restando apenas supor que os índices de recuperação talvez não devam diferenciar-se tanto dos outros tipos de tratamento.

Entre outros grupos evangélicos que propõem a recuperação da dependência pela via espiritual, o tratamento implica também a conversão religiosa e a reformulação moral e ética baseada em valores cristãos. Diferentemente dos pentecostais, os grupos protestantes históricos não condenam o consumo de álcool entre seus membros, desde que seja feito com parcimônia. Entretanto, para pessoas com problemas de dependência química, é recomendado a abstinência. A questão da continuidade do laço social entre os dependentes químicos em recuperação, como pude perceber também em A.A., parece ser um elemento central do processo de recuperação em comunidades religiosas. Sobre a recuperação da dependência química através da religião, um pastor batista (ex-dependente) sintetizou este processo:

Em muitos casos, a conversão religiosa é suficiente porque o cara descobriu uma nova maneira de viver. Então, a conversão religiosa fez ele perceber: “Eu estava destruindo a minha vida, minha família, desonrando meu Deus e agora eu quero ser fiel a Deus”. Ele agora tem temor a Deus. Não é só temor, “medo” de Deus. Ele deixa de usar porque ele teve um relacionamento com Deus que fez com que ele descobrisse outras coisas. Na minha conversão religiosa, ao cristianismo, Deus me fez ver isso tudo. Minha conversão foi o passo primordial para a minha caminhada, para minha entrega a Deus, de reconhecer que eu não podia usar drogas. A conversão, em muitos casos, é suficiente para o cara ter uma nova maneira de viver. A conversão faz com que ele perceba que estava no caminho errado.

Na conversão, ele se sentiu perdoado. Na conversão, vejo que o Senhor tem um projeto de vida para mim. Deus perdoou os meus pecados e me deu uma nova chance, uma nova vida. Ora, quem não quer ser uma nova criatura? Meu passado está apagado? Está cara!! Se diante de Deus você pediu perdão, o sangue dele te purificou de todo o pecado. Aí ele encontra uma comunidade que está disposta a caminhar com ele, entender suas “neuras”, suas “nóias”, seus traumas e dizer: “Cara, eu te amo e estou disposto a caminhar com você!”. Essa conversão é uma conversão a uma nova maneira de viver. Eu fumava e deixei, bebia e deixei. Eu deixava todo o meu dinheiro no boteco, mas agora eu não faço mais isso. A Bíblia diz que eu sou o templo do Espírito Santo de Deus, pois agora eu vou cuidar desse templo: eu vou dormir, trabalhar, contribuir para a sociedade, sendo um bom marido, um bom pai. A conversão era tudo que eu queria.

Se ele é um compulsivo, uma pessoa que tem a doença instalada nele, virão as recaídas, uma série de coisas. Mas mesmo nesse processo, a

conversão vai dar novas chances para ele encontrar em Deus o seu refúgio, para encontrar uma comunidade de pessoas que estão caminhando com ele. Ele vai estar perdoando, fazendo reparações. A vida cristã é uma vida de reparações. (NB., pastor batista, maio 2005)

Neste depoimento, é possível observar a passagem realizada entre dois mundos, das trevas para a luz, por intermédio da conversão religiosa, quando uma nova estrutura de plausibilidade transforma sua personalidade (Berger e Luckmann, 1985). Segundo a maior parte dos relatos coletados por mim sobre a relação entre o alcoolismo ou a drogadição e a religião, a dependência química é representada como uma afronta ao “Projeto de Deus” para a vida do homem. Destruindo seu corpo, sua espiritualidade, sua moral e outros aspectos, o dependente químico foge às determinações de Deus para sua vida, que seriam a família, o trabalho, a temperança, o amor ao próximo e o temor a Deus. Dessa forma, a definição de pecado da Igreja Católica como sendo uma “*palavra, ação ou desejo contrários à eterna lei do amor*”<sup>25</sup> parece aplicável a este contexto.

Em algumas instituições religiosas, alguns membros da equipe terapêutica aceitam a visão médica do problema, ou seja, a dependência química seria antes de tudo uma doença. Uma informante que administra uma instituição católica definiu a relação doença-pecado no caso da dependência de álcool e drogas nos termos de *uma doença que conduz o indivíduo a cometer atos pecaminosos*. A doença seria a causa, sendo o pecado uma consequência. Segundo uma socióloga, aluna de um curso de especialização em dependência química, a idéia de pecado também surge mais como consequência do que como causa:

Eu não acredito que usar drogas seja pecado em si. Mas as consequências deste uso, das coisas que ele pode trazer à pessoa e à sociedade na qual ela está inserida. Porque as consequências já partem para o lado da criminalidade, das agressões físicas e morais, da violência. Eu não acredito que seja pecado, mas eu já ouvi padres falando na Igreja que beber é pecado. É a parte do demônio. Na minha família, que tem casos de alcoolismo, já disseram: “Isso aí é o cão atentando!”. Já levaram o pessoal [o familiar] para o espiritismo, umbanda, igrejas evangélicas e nada mudou. Agora, não sei se é coincidência ou não, mas ele está melhorando porque entrou para uma religião que eu nem sei qual é [...]. (ED., socióloga, dezembro 2005)

---

<sup>25</sup> MEU PEQUENO CATECISMO. 4ª Ed. São Paulo: Paulus, 1998, p. 21.

O depoimento de outro aluno se refere ao corpo como espaço sagrado de Deus e que a dependência de drogas provocaria danos em algo que pertence à divindade:

Se a gente for observar o que é pregado pelos líderes religiosos, independentemente de sua denominação, a droga como pecado seria mais uma questão pessoal, de agressão ao próprio corpo. De repente, esta pessoa está agredindo alguma coisa que aquele Poder Maior pediu que você cuidasse dele. A questão do pecado é que, ao usar drogas, você está destruindo uma coisa que Deus lhe deu para que você pudesse sobreviver e pregar os valores que ele ditou na Bíblia. Se a gente seguir os preceitos da religião em si é pecado. Mas, por outro lado, a gente sabe que muitas vezes não é uma escolha do dependente usar drogas. Ele faz sem intenções de prejudicar ninguém. (DN, psicólogo, dezembro 2005)

Outra questão relevante sobre a dependência, levantada por uma terceira aluna do mesmo curso, é que muitas vezes a dependência química é vista como algo que independe do livre arbítrio. Assim, o dependente seria alguém conduzido às drogas por sua “doença” e não por sua vontade, o que o isentaria do rótulo de pecador. Além disso, existem outros problemas sociais que escapam à moralidade religiosa e também podem ocorrer dentro das próprias igrejas. Então, a dependência química:

É uma agressão a seu corpo, uma coisa que Ele lhe deu para seguir Seus preceitos. Mas eu vejo também muito a partir dos efeitos que a dependência vai causar no próximo. Isso vai fazer sua família sofrer, o teu vizinho, você pode entrar para a criminalidade por conta da droga. Eu vejo pelo aspecto do que você vai fazer para o outro, para a sociedade. Eu acho que este é o pecado. Mas o pecado é somente o abuso de substâncias e os efeitos que este abuso vai causar. No caso da bebida, o pecado é apenas o abuso. Se a dependência química é proposital ou não. Eu não acredito que seja proposital. Então, porque existem padres alcoólatras? Na comunidade onde moro, eu sou muito católica, eu vi muitos casos de meninos coroinhas de tornarem-se alcoólatras, de se sentirem incentivados por aquele ritual da Igreja. Teve casos de meninos beberem o vinho do padre. Não é proposital, eu não vejo como um pecado, é um problema social. (AD, assistente social, dezembro 2005)

No decorrer do processo de seu alcoolismo é regra os indivíduos buscarem recursos terapêuticos diversos, leigos ou religiosos. Nas salas de Alcoólicos Anônimos é comum ouvir depoimentos de como seus membros tentaram parar (ou controlar) sua maneira de beber ingressando em grupos religiosos, fazendo promessas, encomendando trabalhos de umbanda, participando de correntes de oração, buscando rezadeiras, videntes, grupos espíritas, entre outros. O *estado de aflição* característico do alcoolismo,

assim como ocorre com as crises financeiras ou sentimentais, coloca os alcoólicos muitas vezes frente a esses “serviços espirituais”. Na realidade, nunca é possível prever se um dependente químico irá recuperar-se em uma igreja ou através de grupos de ajuda mútua. Segundo um membro de A.A., que procurou a religião antes de ingressar naquele grupo, a experiência religiosa, em si, não foi capaz de deter seu alcoolismo:

Alguns anos atrás, eu passei uma fase crítica em meu alcoolismo. Tive três acidentes de carro em 06 meses, tudo por causa da bebida. Em dois deles fui hospitalizado e tive que fazer algumas cirurgias. Fiquei desesperado, em depressão, pedindo a morte. Foi aí que um primo meu me visitou com uma Bíblia e me convidou para um encontro do Shalom, um grupo católico. Naquele encontro, experimentei uma energia muito forte, acho que me converti. Mudei minha maneira de ver a vida. Então, eu pensei que estava protegido por Deus e podia voltar a beber controlado. Eu não me via como um doente alcoólico. Comecei a beber de novo aos pouquinhos, confiando em Deus, mas tudo não passou de ilusão. Alguns meses depois eu já estava de porre, procurando também outras drogas. Cheguei até a pregar a palavra de Deus embriagado pelos bares. Só quando eu me aceitei como doente, uma pessoa que não podia beber o primeiro gole, as coisas começaram a mudar. E quem me ensinou isso foi Alcoólicos Anônimos, não a religião. (LM., membro de Alcoólicos Anônimos, dezembro 2005)

Por outro lado, em sua pesquisa entre os pentecostais, Mariz (1994) observou que alguns membros de igreja já haviam procurado Alcoólicos Anônimos, mas somente após o ingresso no grupo religioso obtiveram a sobriedade. Conheci algumas pessoas que pararam de beber com a religião e não têm a mínima noção do que é ser um “doente alcoólico”. A maioria delas recorda-se da vida *antes e depois* de “conhecer” Jesus. O álcool e as drogas são uma manifestação do Mal do mundo, e não uma doença. Algumas clínicas religiosas seguem essa mesma apreciação, sobretudo aquelas que não contam com pessoas com maiores índices de escolaridade.

Em virtude de seu caráter filantrópico e de sobreviverem de escassas doações, certas clínicas religiosas não possuem profissionais especializados em seus quadros. Por isso, algumas ainda são vistas com certa desconfiança e outras são eventualmente fechadas pelo poder público. As clínicas religiosas estão entre as iniciativas pioneiras neste ramo no Brasil, diferenciando-se dos hospitais psiquiátricos e geralmente funcionam em fazendas distantes dos grandes centros urbanos. No entanto, a carência de recursos materiais e profissionais obriga muitas vezes seus administradores a improvisar os atendimentos e “terapias”, ocorrendo relutância quanto à contratação de profissionais

especializados<sup>26</sup>. Certa vez, escutei o depoimento de uma funcionária pública que, ao realizar uma visita de inspeção em uma clínica religiosa indagou sobre a presença de profissionais especializados e ouviu do responsável pelos serviços da instituição a seguinte frase: “O psicólogo daqui é a enxada!”.

A maioria dessas clínicas atende a uma clientela de baixa renda, pois em virtude de seu caráter filantrópico, as taxas de internação são irrisórias quando comparadas às das instituições particulares. Além de doações, algumas dessas Comunidades Terapêuticas podem receber recursos governamentais para suprir suas carências. Em algumas unidades, escutei queixas de ex-internos com relação à alimentação de má qualidade e alojamentos precários, a exemplo de alguns hospitais psiquiátricos da rede pública. Profissionais que trabalham em clínicas laicas geralmente discordam das metodologias de tratamento das clínicas religiosas, conforme o depoimento de um psicólogo que dirige uma instituição secular:

Tanto na religião católica, quanto na evangélica, a filosofia deles é um tratamento através da religião e do trabalho. Não funciona. O índice de recuperação é quase nada. O sujeito passa sete, oito meses até um ano e não adianta. Não adianta, a doença é comportamental. Não adianta o cara botar o sujeito para trabalhar se ele não entender que é doente, que precisa ficar atento, que ele tem uma fragilidade. Ele pode fazer mil coisas na vida, só não é legal usar droga, beber. Não é simplesmente entregar para Deus. Deus é justo, é bom, eu acredito em Deus. Sou um homem de fé. Mas Deus quer que a gente faça a nossa parte. Eles continuam nessa tecla do castigo, do pecado, da culpa. Isso não existe meu irmão, isso é uma doença. Então tem que ser tratado como uma doença. (OD, psicólogo, abril 2005)

Em muitas dessas instituições, prevalece a crença de que “Jesus resolve tudo”. Em alguns casos, também não se realizam triagens para separar pacientes internos por dependência química ou esquizofrenia. Dessa forma, podem reproduzir-se as mesmas adversidades vivenciadas pelos hospitais psiquiátricos, onde alcoolistas são internos nas mesmas alas reservadas a psicóticos ou esquizofrênicos. Muitas delas recebem alcoolistas que vivem nas ruas e drogadictos envolvidos em infrações criminais ou

---

<sup>26</sup> Essa aversão a procedimentos seculares não se restringe às clínicas que tratam dependentes químicos. Uma etnografia realizada em uma clínica que atendia pessoas portadoras de HIV/Aids na periferia de Brasília também constatou esta mesma dinâmica. No “reino da fé”, tanto a medicina como a psicologia tendem a enfrentar fortes resistências. De uma maneira geral, neste tipo de clínica religiosa predomina a autoridade do proprietário ou diretor, geralmente um líder religioso carismático e autoritário, que impõe suas regras ao restante da equipe (Cf. Pereira, 2004).

indivíduos de famílias de classe média que já tiveram seu patrimônio dilapidado em virtude do abuso de drogas de familiares.

Em minha pesquisa de campo, tive a oportunidade de visitar uma instituição católica. Na época, havia poucos internos. Como ocorre em praticamente todas as instituições, alguns estavam determinados a tratar-se e outros não. Isso ocorre com relativa frequência, pois muitos indivíduos chegam a essas instituições fugindo de dívidas com traficantes, coagidos por familiares, entre outras circunstâncias e não pela vontade de submeter-se a um tratamento baseado em abstinência.

Ao conversar com os responsáveis por essa instituição não senti um discurso “fundamentalista” sobre o tratamento da dependência química. Também constatei que, além do trabalho e das orações, os internos são assistidos por psicólogo e assistente social, embora a religião esteja no cerne do tratamento. Para evitar injustiças, é prudente ressaltar que tais clínicas diferem em crença, instalações, recursos humanos, materiais e tantas outras particularidades que é difícil dispô-las sob uma mesma categoria. De qualquer forma, a religião continua muito presente na discussão sobre álcool e drogas, principalmente por sua afinidade, visto que “a carga erótica da comida e da bebida repousa, em parte, num substrato cosmológico e religioso” (Mafessoli, 1985:137). Em outras palavras, o ato de usar substâncias psicoativas pode facilmente significar, ao mesmo tempo, sacramento e divertimento, embora nos casos de dependência essa relação finde na autodestruição.

### **3.3 As Drogas e a Lei: o paradigma do crime**

A relação entre o uso de drogas e o crime tende a processar-se em pelo menos quatro formas: (1) na posse não autorizada de *determinadas* substâncias psicoativas, consideradas ilegais; (2) no comportamento inconseqüente do usuário causado pela ingestão exagerada de substâncias psicoativas, que gera crimes e agressões; (3) na prática de delitos pelo dependente químico com o intuito de comprar drogas para sustentar sua dependência; (4) na violência associada ao narcotráfico e às operações ilegais de “lavagem de dinheiro”.

A discussão sobre drogas e crime passa necessariamente pela esfera do Direito, embora existam componentes sócio-culturais que vão além desse aspecto e devem também ser tomados em consideração. O atual modelo proibicionista, que prevê sanções penais para quem trazer consigo, guardar, ministrar, importar, exportar, oferecer

gratuitamente, comprar, receitar, estocar, transportar, cultivar, fabricar, fornecer, expor à venda e comercializar *determinadas* substâncias psicoativas exerce um impacto relevante sobre a geopolítica e a economia de muitos países. Segundo Levine (2002), o proibicionismo é hoje um *fato social*, ou seja, ele existe independentemente de nossa vontade e possui características coercitivas, uma vez que a maioria dos países hoje, no mundo, é signatária das convenções internacionais de repressão a determinadas drogas.

Para Szasz (1992:104), o processo pelo qual uma droga entra no circuito proibicionista ocorre da seguinte forma: em primeiro lugar, uma determinada substância psicoativa é encontrada em seu meio natural, estando livremente disponível. Mas, na medida em que os legisladores descobrem que esta substância não é indispensável à sobrevivência humana e que as pessoas estão dispostas a pagar por sua posse, o governo impõe uma taxa sobre o referido produto, sujeitando-o à regulação econômica. Depois, esta substância passa a ser definida como uma droga, fazendo com que seu uso seja restrito ao uso médico: o governo, com o apoio da classe médica, subordina tal droga ao controle da medicina.

Mas essa medida finda por fomentar um mercado negro a partir de indícios do “abuso” desta *droga*, ou seja, de sua “prescrição indiscriminada”. Então, o resultado é que são determinadas medidas legais mais severas para coibir tais práticas. Finalmente, para justificar a proibição total desta droga, “pesquisas médicas” descobrem que não existem “aplicações terapêuticas” para este tipo de substância, que agora passa a ser vista como uma “droga de abuso” por parte de políticos e médicos, incitando o resto da sociedade a empreender maiores esforços para banir esta droga da face da terra, ao mesmo tempo em que o tráfico ilegal torna-se mais rentável em consequência da periculosidade envolvida no comércio desta substância ilegal.

A proibição de determinadas drogas em nível mundial é fato recente, datando apenas do início do século XX. Entretanto, esse expediente já fora utilizado na Idade Média, através da Igreja Católica. Naquela época, as drogas alucinógenas eram perseguidas sob a alegação de proporcionarem prazeres “exóticos” ou “sensuais”, que iam de encontro às tradições cristãs. De uma maneira geral, somente o vinho seria tolerado. Assim, muitas das drogas que foram onipresentes nas religiões e culturas antigas seriam alvo de perseguição. O combate às religiões pagãs, que utilizavam plantas alucinógenas em seus rituais, fez do cristianismo o precursor do atual proibicionismo, pois “para o cristianismo, não se deve fugir à dor por meios artificiais, o consolo da analgesia só deve ser buscado junto a Deus [...] Contra a técnica de

descentramento, característica dos cultos pagãos, o cristianismo investirá toda a sua fúria” (Carneiro, 1994:29).

Um fato histórico que parece ter desencadeado a adoção de medidas proibicionistas em âmbito mundial foram as Guerras do Ópio (1839-1842 e 1856-1860). No início do século XIX, as companhias de comércio inglesas introduziram o ópio na China, contrariando o então débil governo chinês. A Inglaterra manifestava claros interesses na continuação da comercialização daquele produto, atendendo a seus interesses imperialistas. No entanto, depois que o hábito de consumir ópio tornou-se um “problema” em outros países, várias conferências foram organizadas na intenção de classificar essa substância como ilegal. Após a Conferência do Ópio, realizada em Haia no ano de 1912, o congresso americano aprovou, em 1914, o *Harrison Narcotic Act*, resultando numa investida de grandes proporções contra a comercialização e o uso de produtos derivados de ópio e coca.

Ocorre que, antes do *Harrison Narcotic Act*, de 200.000 a 1.000.000 de pessoas nos Estados Unidos haviam se tornado dependentes de produtos à base de ópio, entre as quais figuravam respeitados membros da sociedade. Mesmo assim, a Divisão de Narcóticos americana engajou-se numa perseguição contra usuários e médicos que anteriormente haviam prescrito, legalmente, tais drogas a seus pacientes. Em resumo, uma medida governamental, o *Harrison Narcotic Act*, foi responsável pela transformação de respeitáveis membros da sociedade em criminosos.

Um estudo estimou que, 25 anos após o *Harrison Narcotic Act*, 25.000 médicos foram detidos por posse de drogas e, desses, 3.000 cumpriram sentenças em prisões norte-americanas (Conrad e Schneider, 1980). A obsessão do governo americano em erradicar os narcóticos qualificados de ilegais, no início do século XX, chegou ao ponto de uma lei do Estado de Massachusetts determinar mais de 5 anos de prisão para qualquer pessoa que se encontrasse em um local onde algum narcótico ilegal estivesse armazenado ou apenas em companhia de um usuário daquela substância, sabendo ela ou não da presença da droga ilícita naquela situação (Clausen, 1971).

Mais adiante, a implementação do modelo proibicionista estadunidense, desta vez com relação ao álcool, seria inspirado em uma seita religiosa: o puritanismo protestante. No século XIX, um grupo de mulheres seria, em grande medida, o responsável pela introdução da Lei Seca nos Estados Unidos, que teve sua vigência entre 1919 e 1933. Em 1874, mulheres que integravam a conservadora União Feminina de Temperança Cristã (*Woman's Christian Temperance Union*) invadiam bares e



restaurantes do país portando a bandeira da proibição do álcool. Com machados e porretes, elas destruíam todas as bebidas alcoólicas que viam engarrafadas.

Em curto espaço de tempo, essas mulheres encontrariam o apoio do público masculino através da Liga Antibares (*Anti-saloon League*), fundada em 1893 por produtores rurais conservadores, liderados pelas Igrejas puritanas. Ao final do século XIX, a Associação Republicana dos Abstinentes já havia conseguido implantar leis anti-álcool em alguns Estados norte-americanos. Mas seria a eclosão da Primeira Guerra Mundial que proporcionaria o argumento decisivo que restava aos inimigos do álcool. Segundo os proibicionistas, cereais, levedo, malte e açúcar seriam alimentos básicos e não deveriam ser desperdiçados na fabricação de bebidas alcólicas em tempos de guerra. Além disso, cerveja e vinho seriam produtos típicos da Alemanha. Consumir tais bebidas seria, então, um ato pouco patriótico.

Através de um projeto apresentado no dia 8 de setembro de 1917 à Câmara norte-americana dos Representantes, que só entraria em vigor dois anos depois, começou a proibição das bebidas alcoólicas nos Estados Unidos. Mesmo a tradição liberal estadunidense não foi capaz de minar a cruzada do senador Andrew Volstead, cuja lei batizada em seu nome (*Volstead Act*) proibiu, por quase 14 anos, a fabricação, venda, transporte, importação e exportação de bebidas alcoólicas em toda a área dos Estados Unidos e dos territórios judicialmente submetidos a este país.

Como consequência, o chefe mafioso Alfonso Al Capone entraria para a história como um dos maiores criminosos de todos os tempos, fazendo fortuna com o tráfico de bebidas alcoólicas, transformando cidades como Chicago e Nova Iorque em redutos de intensa violência. Implantada com o propósito de proteger os cidadãos dos perigos gerados pelo consumo do álcool, a chamada "Lei Seca" acabou por provocar a disseminação de um mal ainda mais perigoso: o crime organizado. Além disso, a jogatina, a corrupção e a prostituição acompanhavam com frequência o consumo ilegal do álcool. Por fim, as consequências da Lei Seca representaram um “tiro pela culatra” nas intenções da promoção da abstinência dos puritanos norte-americanos.

Até ser revogada em 1933, a Lei Seca foi responsável pelo fortalecimento do crime nos Estados Unidos e pelo agigantamento das agências e da burocracia estatal. O consumo, alvo primeiro das associações abstêmias, não recuou e, ademais, os estadunidenses foram expostos a bebidas muito mais nocivas à saúde, uma vez que eram fabricadas sem cuidados mínimos de higiene e escolha de matérias primas. (Rodrigues, 2003:33-34)

No Brasil, médicos como o Dr. Afrânio Peixoto, que ocupou cargos de destaque como o de Diretor da Escola Normal do Rio de Janeiro, sendo também membro da Academia Brasileira de Letras, foi um defensor da implementação da Lei Seca em território brasileiro. O intento era aproveitar a reforma constitucional de 1925-26 para aprovar projetos de regulamentação ou proibição do uso do álcool, tendo a iniciativa norte-americana como modelo. Entretanto, o objetivo alcançado restringiu-se somente ao âmbito da regulamentação da venda de bebidas alcoólicas, não conseguindo sua proibição.

No início do século XX proliferaram, no Brasil, várias ligas antialcoólicas de caráter religioso, filantrópico e oficial, como a Liga Paulista de Higiene Mental, Liga Militar Antialcoólica, Liga Antialcoólica Operária, Liga Antialcoólica Infantil, Ligas Antialcoólicas Católicas, entre outras. Nenhuma dessas iniciativas findou no proibicionismo e a maioria desapareceu ao longo dos anos 1930, deixando, todavia, como herança, a institucionalização de políticas públicas endereçadas ao problema do alcoolismo (Matos, 2000).

Mas o alcoolismo não era a única droga que preocupava as autoridades brasileiras da época. Recentemente, Beatriz Resende (2006) conseguiu reunir uma série de textos inéditos, muitos deles destinados propositalmente ao ostracismo pelos moralistas de plantão, que revelaram um aspecto até então desconhecido para muitos pesquisadores brasileiros sobre a questão das drogas: no Brasil do início do século XX já existia nas grandes metrópoles brasileiras usuários de cocaína, haxixe, morfina, ópio e heroína. Na medida em que se acreditava que tais prazeres haviam surgido apenas após a onda de contracultura dos anos 1960, tais textos revelam aspectos intrigantes, como um samba composto em 1923 sobre a cocaína.

Tratava-se de gostos e prazeres importados de Paris, sobre os quais a condenação moralista era implacável. Entre as décadas de 1920 e 1930, no Brasil, já era possível observar muitos dos problemas sociais que hoje circundam o consumo de drogas ilícitas na atualidade: tráfico ilegal, problemas com dependência, clínicas para recuperação de viciados, prostituição associada ao vício, busca por luxúria e prazeres exóticos propiciados por essas drogas por intelectuais e artistas, enquanto entre os pobres imperava a anomia etc.

Para analisar como uma determinada substância psicoativa passa da condição legalidade para ilegalidade, e as conseqüências sociais que findam na rotulação

pejorativa dos usuários dessa substância, é interessante citar do trabalho de Becker (1978) sobre a maconha. Como foi mencionado anteriormente, a *Cannabis* não dispunha de um *status* de ilegalidade até meados do século XIX e início do XX<sup>27</sup>. Nos Estados Unidos, o hábito de fumar maconha era difundido entre os imigrantes mexicanos, que não mostravam grandes preocupações com relação a casos de dependência ou indícios de criminalidade associados à prática de fumar maconha. Entretanto, em 1937, o Congresso Norte-americano votou a Legislação de Taxação da Maconha, cujo objetivo era erradicar esta droga. A partir daí um novo grupo de desviantes seria criado nos Estados Unidos: os maconheiros.

Esta medida representou uma continuidade das mudanças legais estabelecidas pelo *Harrison Act*, que restringia ao uso médico a morfina e outros derivados do ópio, impondo aos fornecedores não licenciados de ópio impostos exorbitantes, ao mesmo tempo em que concedia a médicos, farmacêuticos, veterinários e dentistas o direito de uso dessas substâncias mediante o pagamento de uma taxa nominal. Como consequência da aprovação desta medida surgiu, atrelado ao Departamento do Tesouro Norte-americano, o Bureau Federal de Narcóticos, em 1930.

A campanha de proibição e demonização da maconha resultou, então, dessa mesma ideologia repressiva de narcóticos. No decorrer da proibição da maconha foi realizada uma intensa campanha divulgando seus malefícios em termos de comportamento agressivo, violação do autocontrole, atentado ao pudor, incitação à criminalidade, etc. As mesmas condenações morais de outrora, utilizadas na campanha de proibição do álcool foram estendidas à maconha. Como parte deste processo, vários trechos de relatórios do Bureau Federal de Narcóticos passaram a ser publicados nos veículos de comunicação de massa com o intuito de sensibilizar a opinião pública para a necessidade de empreender uma *cruzada moral* contra a maconha. Entre os anos de 1935 e 1939, o número de artigos em revistas populares sobre a maconha alcançou proporções recordes. Por exemplo, vale citar o teor de um desses artigos, publicado no *American Magazine*, no qual o próprio Comissário de Narcóticos, Harry Jacob Anslinger, narra o seguinte ocorrido:

---

<sup>27</sup> Um dado interessante sobre a proibição da maconha é que a primeira iniciativa de proibir seu uso e venda no mundo ocidental partiu da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, em 1830. Acredita-se que o uso dessa substância tenha sido introduzido no Brasil pelos escravos africanos desde a colonização, difundindo-se entre populações indígenas, habitantes de zonas rurais e segmentos urbanos populares e marginalizados (MacRae e Simões, 2000).

Uma família inteira foi assassinada por um jovem viciado (em maconha) na Flórida. Quando os funcionários chegaram na casa encontraram o jovem cambaleando num matadouro humano. Com um machado ele havia morto seu pai, sua mãe, dois irmãos e uma irmã. Parecia estar entorpecido ... Não se lembrava de haver cometido o crime múltiplo. Os funcionários o conheciam como um jovem bastante quieto e equilibrado; agora ele estava enlouquecido e causava pena. Buscaram a razão. O rapaz disse que havia adquirido o hábito de fumar algo que seus jovens amigos chamavam de ‘*muggles*’, um nome infantil para a maconha. (Anslinger *apud* Becker, 1978:103)

A partir de uma narrativa dessa natureza não é de admirar-se o pânico que começou a formar-se na sociedade americana em torno do uso de maconha, principalmente em virtude de esta mensagem ser originária de um relatório oficial do governo estadunidense. Além disso, vale observar que este artigo foi repetido em vários artigos da época que tratavam deste tema. Como consequência, nos anos subseqüentes, leis cada vez mais severas foram aprovadas para coibir o uso e a comercialização da maconha. Um aspecto importante desse processo é que os fumantes de maconha nunca foram indagados se a maconha realmente conduzia qualquer indivíduo ao crime pelo simples fato de ele utilizar esta substância. Assim, toda uma legislação foi aprovada sem a mínima consulta aos usuários. Uma droga que era utilizada por minorias éticas, sem graves consequências, fora “demonizada” pelas agências de repressão aos narcóticos.

Atualmente, a legislação proibicionista aplicada à maconha, nos Estados Unidos, tem sido alvo de duras críticas. Em enquetes recentes, 72% dos americanos não crêem que a criminalização desta substância seja uma política razoável para lidar com este hábito, até porque cerca de 100 milhões de cidadãos daquele país, entre 18 e 50 anos, já experimentaram esta droga. É óbvio que nenhuma droga é totalmente segura, mas a manutenção da criminalização de determinadas substâncias como a maconha implica um alto custo para o Estado. A polícia americana realiza, em média, 700.000 detenções ao ano por posse de maconha, sendo 87% destas por posse de pequenas quantidades. Este montante de prisões representa quase a mesma proporção das detenções por posse de cocaína, heroína, metanfetaminas, *ecstasy* e outras drogas ilícitas. As leis repressivas relacionadas ao uso de maconha, sozinhas, custam ao Estado norte-americano cerca de 10 a 15 bilhões de dólares anuais. Dessa forma, milhões de americanos têm a sua “ficha suja” na polícia com nenhuma outra condenação em sua vida, a não ser posse de maconha (Nadelmann, 2004).

No Brasil, os médicos iniciaram sua cruzada contra a maconha nos anos 1920-30, condenando a uma marginalidade ainda maior usuários negros, indígenas e

trabalhadores pobres do Norte e Nordeste. A maconha era vista como geradora de agressividade, violência, delírios, taras e loucura. Entretanto, o uso da maconha seria penalizado em lei apenas em 1934. Após a II Guerra Mundial o combate ao “maconhismo” tornou-se uma bandeira nacional, contando novamente com o apoio dos médicos psiquiatras. A partir dos anos 1950, a cruzada contra a maconha intensificou-se através de inúmeros artigos publicados na imprensa, ressaltando os danos dessa substância tanto à *saúde*, como ao *caráter* do indivíduo. A partir do anos 1960, principalmente através do movimento *hippie*, o uso de maconha começa a penetrar estratos da classe média, trazendo pavor para essas famílias.

A demonização do usuário de maconha, no Brasil, ganhou um grande impulso após o regime militar. As ações se intensificaram e o usuário desta droga passou a ser quase um problema de “segurança nacional”, vislumbrado como um indivíduo de extrema periculosidade, como o “subversivo”. Em 1976, o Brasil formula uma legislação mais abrangente, buscando elaborar uma distinção entre “traficante” e “viciado”. Embora esta legislação tenha sido elaborada no sentido de promover “avanços” nessa questão, predominava a influência do discurso médico-policial. O usuário de maconha só poderia ser visto sob dois aspectos: *criminoso* ou *doente*.

Até hoje, não é exagero afirmar que o discurso médico-policial possui hegemonia no que se relaciona ao uso de drogas. Embora as ciências sociais tenham conquistado terreno nos últimos anos, elas parecem longe de rivalizar com os poderes que emanam do Direito ou da Medicina. O motivo é óbvio: as ciências sociais não possuem uma “indústria” que possa desafiar o poder econômico e político do sistema judiciário ou da classe médica. De uma maneira geral, o discurso proibicionista apóia-se na representação do usuário de drogas em seu estágio mais avançado de dependência. A partir daí, é construído um discurso inflexível de que *todos* aqueles que experimentarem essas “drogas perigosas” irão trilhar o mesmo caminho. Assim, Becker destaca que, para compreender o comportamento desviante, é necessário ter em mente que:

[...] *os grupos sociais criam o desvio ao fazer as regras cuja infração constitui desvio e ao aplicar essas regras a pessoas particulares e rotulá-las como marginais e desviantes. Deste ponto de vista, o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma consequência da aplicação por outras pessoas de regras e sanções a um “transgressor”. O desviante é alguém a quem aquele rótulo foi aplicado com sucesso; comportamento desviante é o comportamento que as pessoas rotulam como tal. (1978:60 – grifos do autor)*

Quando uma política anti-drogas consegue dirigir seu foco para as minorias, os efeitos são deletérios. Nos Estados Unidos, na década de 1980, houve um crescimento significativo dos índices de pobreza entre os afro-americanos em decorrência de uma política econômica de favorecimento aos ricos, implementada pelos presidentes Reagan e Bush. Ao mesmo tempo, surgia o *crack* e com ele a oportunidade de *demonizar* uma nova droga, a despeito das privações enfrentadas pela população marginalizada, que tornava o problema do abuso do *crack* ainda mais agudo em face da lógica perversa da combinação droga-pobreza.

Em virtude de seu baixo custo e efeito potente, o *crack* começou a ser consumido em bairros onde residiam predominantemente minorias segregadas como afro-americanos e hispânicos. Seguindo as principais diretrizes de sua política anti-drogas, o governo americano não hesitou: o *crack* e não as distorções sociais a que foram submetidas aquelas populações seria a *única causa* de suas mazelas. Por consequência, no final da década de 1980, o Congresso americano fixou penas cem vezes mais severas pela posse do *crack* em relação à cocaína consumida pelos brancos. Como resultado, 94% dos indivíduos que foram levados aos tribunais federais por delitos associados ao *crack* eram afro-americanos (Glassner, 2003).

Desde então, as prisões por delitos ligados a drogas quase triplicaram nos Estados Unidos entre 1980 e 2000, atingindo a cifra de mais de um milhão e meio de encarceramentos, com forte direcionamento racista: cerca de 80% dos encarcerados são negros e hispânicos, sendo a maioria deles composta por pequenos traficantes, sem envolvimento anterior em atos violentos. E enquanto as taxas mensais de consumo de drogas por negros e hispânicos são de 13 e 9%, respectivamente, os brancos, por sua vez, apresentam taxas mensais de uso de em torno de 74%, embora equivalham a apenas um quinto desta população carcerária. Quanto aos grandes traficantes, apenas 11% deles estão cumprindo pena em alguma unidade prisional (Mauer e King, 2002).

O dano causado pelo abuso de drogas é maior nos bairros segregados em virtude da falta de serviços médicos e educacionais e da repressão policial orientada para brutalizar tais populações, fatos que geralmente não ocorrem nos locais freqüentados por viciados brancos. Em poucas palavras, enquanto a América Branca “curte” as drogas, a América Negra fica com a ressaca. Mais uma vez, as leis draconianas de “Guerra às Drogas” causaram efeito contrário, pois o abuso de drogas ilegais e a violência aumentaram.

No Brasil, os jovens pobres usuários de drogas experimentam situação similar. Assistidos por escolas de má qualidade, desprovidos de espaços de lazer e com escassas oportunidades no mercado de trabalho, alguns deles sentem-se atraídos pelas drogas e pelo tráfico. No Brasil, os traficantes geralmente instalam seus pontos de venda em bairros pobres e isso acaba se tornando um grande fator de atração. Não tenho aqui a intenção de afirmar que os pobres são naturalmente inclinados às drogas e ao crime, pois isso não corresponde à realidade<sup>28</sup>. Todavia, em função de sua existência precária e da proximidade dos pontos de venda de drogas, os jovens pobres se encontram muito mais vulneráveis a tais atividades, pois

O tráfico de drogas, organizado internacionalmente, mas localizado nas suas pontas nos bairros pobres das cidades, além de criar centros de conflito sangrento nessas vizinhanças pobres, além de corromper as instituições encarregadas de reprimi-lo, também reforçou a tendência a demonizar o usuário de drogas. Isso, por sua vez, facilitou o isolamento social do usuário, aumentou a sua dificuldade de conseguir tratamento médico para deixar a dependência da droga ou tratar os efeitos de seu uso indevido e o deixou nas mãos do traficante e do policial corrupto (Zaluar, 2004:74).

As políticas de combate às drogas, além de duvidosa eficácia, conseguiram engendrar um circuito de violência e corrupção sem precedentes. Entre meus informantes, principalmente ex-usuários de drogas ilícitas, foi praticamente consensual a opinião de que um usuário de drogas ilícitas de classe média-alta, em comparação a outro proveniente de família pobre, recebe tratamento diferenciado por parte das autoridades. Como relataram meus informantes, se um “boyzinho” é flagrado com drogas ilícitas, geralmente cocaína, os policiais costumam pedir propina ameaçando “manchar” o nome de sua família. Mas no caso de um jovem proveniente das classes populares, a abordagem policial caracteriza-se pela violência e tortura nas delegacias de polícia.

Vale recordar que nem todos os policiais se engajam nessas práticas, embora seja possível inferir que a extorsão e a violência se constituam hoje em quase uma regra nos casos de detenção por porte de drogas ilícitas no Brasil. Em pesquisa realizada com quadrilhas na Cidade de Deus, Zaluar (2004) constatou, na unanimidade dos

---

<sup>28</sup> Em pesquisa em bairros carentes do Rio de Janeiro e São Paulo, Alba Zaluar (2004:71) constatou que o percentual de pessoas pobres que se engajam na carreira criminosa corresponde a apenas 1% da população das áreas mais carentes. No entanto, a autora ressalta que a violência provocada por jovens ciminosos “se espalha como mancha de óleo pelo resto da sociedade e tem trazido um enorme sofrimento a toda a população dos principais centros urbanos do país”.

depoimentos coletados entre os jovens, que a extorsão e o terror eram práticas habituais dos policiais ao lidar com traficantes e pequenos ladrões.

O ponto central dessa discussão é que proibicionismo confere aos policiais um poder imenso sobre a vida dos usuários de substâncias ilícitas, mesmo que a legislação atual tenha atenuado essa questão. Somando a este poder o interesse da mídia em divulgar manchetes sensacionalistas, o recurso da extorsão pode ser aplicado sob qualquer pretexto. Dessa forma, instaura-se um circuito de cinismo e estigmatização. Não é à toa que Gilberto Velho (1994) classifica o *drogado* e o *subversivo* como as principais *categorias de acusação* no Brasil. Mas após a queda da ditadura militar, a categoria *drogado* assumiu um lugar privilegiado de execração pública. Isso faz com que *qualquer* usuário de drogas ilícitas seja classificado como violento, louco, devasso, perigoso, doente mental, entre outros rótulos.

O termo “droga”, principalmente designado para referir-se às substâncias ilícitas, conduz a uma representação moral da substância que, por sua vez, é automaticamente transferida a seus usuários. Essa é uma questão central para se compreender a estigmatização jurídico-policial das drogas ilícitas: *o status de ilegalidade da substância é projetado na personalidade do usuário*. Se a maconha é uma droga ilegal, quem a fuma torna-se um contraventor. Assim, na sociedade, cria-se uma associação direta do tipo: usuário de maconha (maconheiro) = criminoso e por outro lado, entre o público leigo, há certo consenso de que as substâncias lícitas são inofensivas ou menos danosas que as ilícitas.

Paradoxalmente, poucas pessoas sabem que a instauração, em nível mundial, da proibição de determinadas substâncias está atrelada a interesses econômicos específicos da política externa norte-americana que propiciaram a ratificação das normas estabelecidas na Convenção Única de Viena (ONU), de 1961, sendo ampliadas mediante convenções subseqüentes (1971, 1988), atingindo cerca de 150 países. Estes tratados, por fim, conseguiram sedimentaram as atuais normas internacionais sobre a proibição de drogas. O proibicionismo hoje é uma categoria *naturalizada* no imaginário social. Ninguém pergunta como ou porque ele existe. Algumas drogas devem ser lícitas, outras não, e esse axioma é então visto como uma espécie de “ordem natural” das coisas. Contudo, nos “bastidores” dessa cena, ocorreram muitos conchaves, conforme Rodrigues:



A disputa, em linhas gerais, estava em torno da seguinte questão: os Estados industrializados (EUA e países da Europa ocidental) exigiam maior rigidez no controle de opiáceos, maconha e cocaína e pouca regulação para os psicoativos sintéticos (barbitúricos e anfetaminas) produzidos em suas indústrias farmacêuticas, ao passo que os países menos desenvolvidos, produtores principalmente de ópio bruto e folhas de coca, defendiam sua posição e, em caso de proibição total dos psicoativos, a inclusão também das drogas sintéticas na lei internacional. O impulso proibicionista parecia dirigir-se para os psicoativos tradicionais, e não para as novas drogas devidamente patenteadas e que ocupariam o espaço a ser deixado pelas substâncias perseguidas. (2003:37)

Em termos similares, MacRae e Simões destacam:

Desde então, a política proibicionista mundial capitaneada pelos EUA em relação aos psicoativos levou à criação de poderosos grupos interessados na perpetuação dessa ‘guerra às drogas’, tais como os especialistas em repressão, os traficantes e setores do establishment da saúde, que vêem aí uma oportunidade de aumentar seu campo de influência e ação, e a indústria farmacêutica que lucra com a substituição do uso de psicoativos ilícitos por remédios de sua produção. (2000: 121)

Dessa forma, fica esclarecido que a classificação de determinadas drogas como lícitas ou ilícitas não depende somente de seu “potencial farmacológico de destruição”, como tenta convencer o discurso dominante, sob hegemonia do governo norte-americano, pois esta classificação também está atrelada a outros interesses de natureza econômica e política. Denunciar a execração do usuário de drogas tornadas ilícitas não implica fazer apologia ao uso de quaisquer substâncias, como erroneamente argumentam os cruzados morais. Trata-se, antes de tudo, de avaliar as implicações sociológicas deste fenômeno, tradicionalmente circunscrito às apreciações médicas, jurídicas e morais.

No século XVII, em alguns países, o uso de tabaco e café era considerado séria infração, sendo imputadas, pela legislação vigente, pena de morte e mutilações a seus usuários (Macrae, 1997). Nos Estados Unidos da época da Lei Seca, período em que ocorreu um intenso fortalecimento do crime organizado em virtude da proibição do consumo de bebidas alcoólicas, algumas pessoas injetavam álcool metílico adulterado nas veias porque não podiam desfrutar legalmente de um copo de vinho ou de uma cerveja gelada (Marks, 1997). E no início do século XX, maconha e cocaína podiam ser adquiridas legalmente nas farmácias brasileiras, conforme ilustração a seguir:



**Asthma**  
**Catarrhos**  
**Insomnia**

**CIGARROS INDIOS, Cannabis Indica**  
*De GRIMAULT e Cia*

A dificuldade em respirar, a roncadura, os flatos, a aspiração sibilante acabam quasi logo, produz-se uma expectoração abundantissima quasi sempre em pouco tempo, torna-se mais facil, a respiração, mais branda a tosse e um dormir reparatorio afasta todos os symptomas assustadores que se tinham manifestado.



O exito das pastilhas de

**COCAINA MIDY**

é devido  
á sua real efficacia,  
ao seu gosto agradavel,  
ao seu pequeno volume

*Laryngites, Anginas, Tosses violentas e nervosas*

5 milligr. Chlorhydr. de Cocaina  
5 centigr. Chlorato de Potassa  
5 centigr. Bibor. de Soda  
(10 a 12 pastilhas por dia).

Uma colherinha de algebeira vae justa e cada fração.

Avosmas: Pharm MIDY, 140, Faub' Saint-Honoré, PARIS

Fonte: Mansur e Carlini, 2004.

Nos anos 1980, o incremento das políticas norte-americanas de combate às drogas no governo de Ronald Reagan findou por surtir os efeitos desejados para a indústria farmacêutica: durante a primeira década da “guerra contra as drogas” nos Estados Unidos, mais notadamente entre 1987 e 1997, o número de pessoas que tomavam substâncias psicoativas legais como antidepressivos, estimulantes ou estabilizadores do humor simplesmente triplicou (Kennedy, 2003). Isso tudo evidencia o caráter ambíguo da classificação das drogas entre lícitas e ilícitas. Além do mais, como já foi salientado, o proibicionismo, em praticamente todo o mundo, centrou seu foco nas “classes perigosas” como jovens pobres, negros, imigrantes etc. O encarceramento maçico dessas populações deserdadas do mercado encontrou na guerra contras as drogas uma excelente justificativa para a intensificação das detenções.

Por toda a Europa, a política de luta contra a droga serve de biombo para “uma guerra contra os componentes da população percebidos como os menos úteis e potencialmente mais perigosos”, “sem-emprego”, “sem documento”, mendigos, vagabundos e outros marginais. Na França, o número de condenações por posse ou tráfico de drogas explode de 4.000 em 1984 para cerca de 24.000 em 1994 e a duração das penas infligidas por esse motivo dobra no período (de 9 para 20 meses em média). (Wacquant, 2001:114-115)

Mas, raramente, os problemas associados às drogas conseguem resolver-se através da repressão, pois o grande capital do narcotráfico continua sendo “lavado” em “respeitáveis” instituições bancárias, onde este mesmo dinheiro é administrado por “respeitáveis membros da sociedade”. Dessa forma, o mercado de drogas ilícitas é continuamente estimulado por uma série de atividades “lícitas” que lhe dão suporte como: imobiliárias, agências de câmbio, agiotagem, casas de entretenimento, estações turísticas etc (Beinstein, 2001). Uma das provas mais contundentes do fracasso das políticas anti-drogas é o fato de que, não obstante os bilhões de dólares gastos em equipamento e treinamento de forças especiais, as polícias no mundo conseguem apreender somente de 5 a 10% da produção mundial de drogas ilícitas (Maierovitch, 2005).

Ao mesmo tempo, na medida em que aumentam os orçamentos governamentais de combate às drogas, os crimes relacionados ao narcotráfico atingem níveis preocupantes: a invasão do comércio ilegal de cocaína no Brasil fez com que os homicídios por 100 mil habitantes aumentassem de 8,67 em 1970 para 59 em 1990. Em São Paulo, após o incremento da venda ilegal de cocaína, os homicídios cresceram 465% entre 1980 e 1998, enquanto o total de óbitos naturais na mesma época subiu apenas 19% (Teixeira, 2002).

Em síntese, existe uma relação positiva entre violência, crime e abuso de substâncias, tanto no que tange aos delitos associados ao narcotráfico, como também os casos de violência doméstica, estupro, acidentes automobilísticos, entre outros. Mas tal violência não se restringe às drogas ilícitas, como é geralmente divulgado pela mídia. Os crimes mais brutais cometidos por causa de drogas ilícitas costumam estar mais relacionados a disputas por pontos de venda de drogas, do que a outros fatores (Zaluar, 2004). Conversando informalmente com policiais, estes me revelaram que o abuso de álcool excede em muito as ocorrências policiais causadas por uso de maconha. Praticamente nenhum deles observou crimes violentos decorrentes *apenas* do uso de maconha, embora a mistura desta substância com álcool e outras drogas propicie

práticas criminosas. Mas o sistema penal brasileiro não parece ser a solução para o problema do dependente químico, conforme o relato de um policial militar:

O dependente químico não chega a ser um criminoso, mas a dependência química pode torná-lo um criminoso. Uma pessoa enche a cara por aí, pega um carro, atropela e mata uma pessoa, isso é muito comum hoje em dia. Na parte das drogas, ele se torna um criminoso quando não tem recursos financeiros próprio para suprir a necessidade de consumir a droga, aí ele parte para atos ilícitos como roubar, furtar ou se desfazer de bens familiares, daquilo que ele tem em casa. Quanto à Instituição penitenciária recuperar, ela não recupera não, faz é torná-lo mais criminoso. O estado não tem interesse de recuperar ninguém, aquele IPPS é uma verdadeira escola de formação de ladrões. O pessoal passa 24 horas do dia sem fazer nada, no Ceará é assim. Ociosidade total, ele passa o dia inteiro pensando em fugir ou planejando alguma coisa. É 24 horas só pensando em besteira, em fugir, em matar. (MG., policial, dezembro 2005)

Segundo o relato acima, as tendências ao crime parecem mais associadas à necessidade do dependente químico de furtar para comprar drogas. Neste caso, ao ser aplicada a sanção penal e encaminhamento a uma unidade prisional, o problema tende a agravar-se. Situação semelhante ocorre em unidades que recebem menores infratores, para onde são encaminhados adolescentes provenientes de famílias pobres que cometem furtos para sustentar seu vício. Segundo uma assistente social que trabalha em uma dessas unidades, este tipo de dependente químico não é visto como um doente, mas como um criminoso:

Na minha experiência profissional, ela [a dependência química] está dentro desta percepção [crime]. Mas a gente não vê como crime e sim como uma consequência deste uso. Os adolescentes têm aquele desejo de usar e não tem dinheiro. Assim, eles começam a roubar ou vender objetos de casa para suprir a falta da droga. Isso é interpretado não como uma doença, mas como uma infração que eles cometem porque isso implica em prejuízo para a sociedade. No centro da cidade, você vê eles cheirando cola e, quando você passa, ele lhe encara e lhe rouba. Mas essa é uma questão de saúde pública e as instituições não têm programas voltados para a dependência química. (RJ. Assistente social, dezembro 2005)

Praticamente todos os policiais que entrevistei são céticos com relação à atual capacidade de reinserção social do sistema penal brasileiro. A mistura explosiva da pobreza, ineficiência do Estado e dependência química engendra um quadro desalentador sobre como o poder policial enfrenta a questão das drogas no Brasil. Um

policial federal, comentando sobre a possibilidade de o Sistema Penal recuperar o dependente químico, e também com relação à pobreza como “incentivo” ao tráfico de drogas, coloca essa questão em termos paradoxais:

Não, eu não creio na recuperação pelo sistema penitenciário, eu sou um descrente absoluto. O sistema penitenciário não recupera. Ocorre que, quando se prende alguém com alguma determinada quantidade de droga, a polícia tem que apresentar à sociedade a droga, essa droga não pode ser apresentada como invisível. Afinal, ela estava com quem? O judiciário é que tem que fazer a parte dele. Eu particularmente não me sinto muito à vontade prendendo uma pessoa que é viciada. Na minha carreira, eu só prendi duas pessoas que eram viciadas, independente dessas situações de apreensões de mulas no aeroporto. A gente convive com essa história e passa ao Judiciário para que ele decida. Não é a polícia que joga o cara no sistema penal, a polícia trabalha com materialidade. Se eu prendo uma pessoa com um quilo ou dois quilos de cocaína, a pessoa chega pra mim e diz: “Olha, eu sou viciado, não me prenda”. Então eu digo: “Eu sinto muito”. “Doutor eu achei essa droga na calçada”. Para o polícia, isso é humanamente impossível, não existe profissionalismo porque você tem que apresentar a droga e com quem estava. O argumento da pessoa que é viciada para o policial não convence, o policial vai ter que prender.

Eu me comovo com a situação de um viciado quando prendo. Eu já prendi um cidadão com cinco quilos de cocaína vindo de Tabatinga, no aeroporto de Manaus. Ele trazia o filhinho dele e disse: “Olha, eu não sou viciado, mas fiz isso porque estava necessitado. Se você for na minha casa agora, vai ver a situação de miséria”. E realmente eu fui à casa dele, nós fomos fazer um mandado de busca para saber se ele estava sendo usado, ou era realmente um traficante. Eu fiquei comovido com a situação dele, porque a casa não tinha uma cama; era ele, a mulher e dois filhos, numa miséria total e absoluta. Mas eu tenho que apresentar à Justiça aquele cidadão e aquela materialidade que é o crime. Se eu deixar de apresentar, quem responde pelo crime sou eu. (SB, policial, maio 2006)

É também relevante desmistificar o discurso do combate às drogas, que tenta muitas vezes atribuir *tudo* de negativo que ocorre na sociedade às drogas, encobrendo muitos dos conflitos estruturais das grandes metrópoles brasileiras que coexistem com o problema das drogas como a pobreza, a carência de serviços educacionais e médicos, as desigualdades e a exclusão social, entre outros. E ainda existe outro paradoxo: ninguém pode dizer exatamente o que surge primeiro: a droga ou a pobreza. Isso porque uma pessoa pobre pode ser estimulada a traficar por causa de sua necessidade material e, por outro lado, um dependente químico pode chegar ao tráfico por não conseguir se inserir no mercado de trabalho em virtude dos efeitos negativos de sua dependência de drogas.

Mas no que diz respeito à prática de furtos para comprar drogas, essa conduta pode ser verificada entre *alguns* dependentes químicos de variadas classes sociais. Entretanto, indivíduos de classe média-alta tendem a furtar objetos em casa, enquanto aqueles provenientes de classes mais baixas aventuram-se a furtar de pessoas estranhas por não possuírem bens domésticos de grande valor para trocar por drogas, daí resultando nas detenções. Certa vez, em uma reunião de Narcóticos Anônimos, escutei de um membro: “Eu não fui um “boyzinho” que roubava do meu pai para usar droga. Eu ia para a rua roubar, eu topava qualquer parada!” – afirmava em tom enfático.

Contudo, o ato de roubar para comprar drogas não é uma característica que possa ser aplicada indiscriminadamente, pois conheci muitas pessoas que sustentavam seu vício com recursos próprios. Essas ocorrências não dependem do uso de substâncias em si, mas também de outros fatores como o grupo social ao qual está mais integrado, de sua condição socioeconômica e do grau de severidade da dependência. Com relação ao aumento da atividade criminosa relacionada ao tráfico de drogas ilícitas, o policial federal anteriormente citado relatou que esta atividade intensificou-se em Fortaleza nas últimas décadas:

Quando eu iniciei, há 21 anos, praticamente as mulas não existiam, se falar em um quilo, dois quilos de cocaína, ou mesmo até de maconha, ponto de LSD, era muito difícil. Hoje não, a droga ficou globalizada, se alguém pretende usar cocaína produzida na América do Sul, ele encomenda num dia, no dia seguinte essa droga já está na Europa, pronta para ser usada, comercializada, por causa justamente da globalização. Um vôo que sai oito horas da noite de Fortaleza está sete horas da manhã em Lisboa, as onze ele está em Amsterdã. Esse mesmo vôo faz uma conexão em Lisboa, onze horas da manhã ele está em Amsterdã, que é um dos maiores centros de consumo e comercialização de droga no mundo. Então o cenário mudou justamente por causa dessas facilidades, transporte rápido, a droga passou a ser “express”, você encomenda e amanhã já está disponível na Europa e também nos Estados Unidos, nos grandes centros consumidores. (SB, policial, maio 2006)

Outra questão proeminente está relacionada aos crimes cometidos por influência de bebidas alcoólicas, ou seja, de uma droga legal. Em grande medida, o alcoolismo é responsável por muitos atos violentos, principalmente nas grandes metrópoles. Um estudo realizado a partir da análise de processos de homicídios em Curitiba constatou que, na hora da ocorrência do crime, 58,9% dos autores estavam sob o efeito de álcool, enquanto 53,6% das vítimas também haviam ingerido bebidas alcoólicas. Ao

considerarem-se os processos como unidade de análise, observou-se que, em 76,2% dos 130 processos analisados, tanto a vítima como os autores estavam sob efeito de álcool no momento da ocorrência (Duarte e Carlini-Cotrim, 2000). O abuso de álcool também está presente entre 30 a 70% dos casos de estupro, 50% de todos os homicídios, 30% dos suicídios e na grande maioria dos acidentes automobilísticos (Baltieri, 2004).

Cotidianamente, os jornais de notícias divulgam crimes associados ao abuso de álcool. São crimes “corriqueiros” na maioria das grandes cidades e ocorrem geralmente na proximidade de bares, e por motivos fúteis. Uma discussão irrelevante, após alguns tragos, pode tornar-se assunto “sério” e findar em assassinato. Atualmente, alguns municípios brasileiros estão adotando medidas de para prevenir tais delitos, como proibir a venda de bebidas alcoólicas após determinados horários<sup>29</sup>. O álcool, as drogas ilegais, podem assumir o papel de *mediador* ou *causa* de atos violentos.

No entanto, os crimes associados ao alcoolismo não podem ser analisados pela ótica puramente farmacológica, ou seja, de que os efeitos da substância, por si mesmos, possam necessariamente conduzir o indivíduo ao crime, até porque muitos indivíduos bebem para relaxar e confraternizar-se, não para cometer atos violentos. Existe uma gama de fatores como: condição socioeconômica, dívidas e pobreza, antecedentes familiares de abuso físico/sexual ou negligência por parte dos pais, crenças e valores adquiridos etc., que tendem a contribuir para a incidência de tais delitos. Por isso, nas periferias das grandes cidades, onde o alcoolismo está conjugado à pobreza e à desagregação familiar, estes crimes costumam ser mais freqüentes.

No que tange às drogas ilícitas, ocorrem situações similares. Entre dependentes químicos pobres, e mesmo entre alguns de classes mais abastadas, a compulsão pela droga, aliada à falta de recursos financeiros para adquiri-la, geralmente propicia a ocorrência de delitos. Por outro lado, a repressão e o encarceramento como medida punitiva por parte do Estado raramente alcança o efeito desejado, embora tais ações sejam necessárias para evitar que se instale um ciclo de impunidade que pode ser ainda pior. Entretanto, o encarceramento pode provocar a piora da re-socialização dos indivíduos envolvidos nessas práticas. O depoimento de um dependente químico, ex-presidiário, que ao vingar a morte do irmão caiu nas malhas do sistema penal brasileiro, revela as condições sob as quais o problema das drogas é tratado em regimes de encarceramento:

---

<sup>29</sup> No município de Diadema/SP, o fechamento de bares da periferia antes das altas horas da madrugada conseguiu reduzir a incidência de crimes em 50% (Laranjeira, 2006).

Com 72 horas me apresentei, fui preso. Passei 27 dias na delegacia, no 2º Distrito, depois desci para o presídio Olavo Oliveira, onde passei dois anos e três meses. De lá, meu advogado me soltou com *habeas corpus*. 24 horas depois, fui retornado para a cadeia, para o IPPS. Lá no IPPS foi o meu fundo de poço. Foi onde eu conheci o *crack*. Eu já era maior de idade. Me aprofundei no *crack*. Achei a droga barata, mais barata do que a cocaína. Com a cocaína, eu estava gastando cinquenta reais por semana, só usava dia de sexta-feira, mas não estava mais me drogando. Foi logo que eu conheci o *crack*. Troquei uma droga por outra. Lá na cadeia, eles tratavam o problema das drogas como uma sem-vergonhice, não como doença. Isso porque droga lá não faltava, porque se faltasse a cadeia caía, caía “as banda”. A própria polícia bota droga lá dentro, os próprios policiais. Lá dentro tem tudo, tem mais droga do que aqui fora. (MG, membro de Narcóticos Anônimos, dezembro 2005)

O problema com o encarceramento do dependente químico é que esse processo tende a conduzi-lo a uma marginalização ainda maior. Do mesmo modo como alguns pacientes psiquiátricos não conseguem retornar a uma vida produtiva para além dos muros do hospital mental, o mesmo pode ocorrer ao dependente químico. Por outro lado, a justiça não pode deixar de aplicar uma penalidade com base em um diagnóstico de dependência de drogas. Para o direito, o fato de o indivíduo ser usuário de álcool e drogas não o isenta de culpa, pelo contrário, esse “detalhe” constitui para ele um agravante. Além disso, como me foi confidenciado pelos policiais entrevistados, existe uma demanda por parte da população para uma punição mais severa de traficantes e usuários de drogas.

De qualquer forma, poucos interlocutores se atrevem a mencionar que o proibicionismo também pode tornar-se uma faca de dois gumes, refutando a tese de que com a legalização de todas as drogas a violência associada ao narcotráfico desapareceria. Qualquer debate hoje no Brasil sobre a legalização das drogas é considerado uma afronta à sociedade como um todo. Ao serem noticiadas incessantemente pela mídia, as cenas sobre a violência do narcotráfico nas favelas oferecem constante motivação para os cruzados anti-drogas angariar um forte apoio popular para continuar sua “Guerra às Drogas”, a despeito dos prejuízos que essa guerra possa causar à população inocente.

Políticos como Fernando Gabeira, ao tentar convencer o Congresso Nacional a reformar a legislação sobre a maconha sofreu dura execração pública. Portanto, a proibição das drogas não se perpetua apenas em virtude da força de um decreto, mas



porque encontra na opinião pública um forte apoio. De uma maneira geral, o usuário de drogas é visto como sustentáculo da violência associada ao tráfico. Poucas pessoas compreendem que o tráfico ilegal só existe por causa desse proibicionismo farmacológico; o raciocínio inverso quase nunca é feito.

As menções críticas ao proibicionismo no Brasil costumam restringir-se aos círculos acadêmicos, embora algumas publicações encontradas em bancas de revista já tenham conseguido levantar essa questão de forma imparcial. Mas como a maioria da população simplesmente não as lê, a estigmatização tende a alastrar-se. A maior fonte de informação da população brasileira, a mídia televisionada, pactua amplamente com a cruzada anti-drogas e por isso existe pouca esperança de que este quadro mude em breve espaço de tempo. Contudo, a controvérsia continua na medida em que os efeitos das políticas proibicionistas se revelam cada vez mais ambíguos. Para Escotado (1997:35) “é tão difícil encontrar um prelado, um general, um banqueiro ou um estadista que seja hostil ao proibicionismo quanto um único jurista, sociólogo ou escritor que o apóie”.

O Brasil é um país pobre em leitores de imprensa escrita e menos ainda de títulos acadêmicos. Por isso, qualquer político mais experiente não arriscará falar sobre descriminalização ou legalização das drogas em termos mais “técnicos”, pois essa atitude poderá comprometer seriamente sua carreira política. O proibicionismo hoje detém um poder imenso sobre a produção de representações específicas sobre esse problema que parece longe de sofrer qualquer contestação. Nunca é tarde para lembrar que a manutenção da proibição de drogas e prometer medidas cada vez mais repressivas para combater este “flagelo” é um discurso bastante rentável em termos eleitorais, mesmo quando os estudos apontam para um decréscimo do consumo (Glassner, 2003).

Entretanto, muitas fontes na Internet vêm denunciando incoerências das políticas proibicionistas<sup>30</sup>. O proibicionismo é acusado de promover o crime organizado, as gangues de rua, prostituição, corrupção policial etc. Um relatório da *Transform Drug Policy Foundation* (2006), uma fundação independente sediada no Reino Unido, traz indicadores relevantes sobre as conseqüências das políticas proibicionistas na atualidade. Uma dessas conseqüências é que as drogas tornaram-se mais baratas. Na última década, os preços da cocaína na Europa ocidental caíram 45%, ao passo que a

---

<sup>30</sup> Entre os endereços na Internet sobre essa questão, vale destacar o site do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos: <http://www.neip.info>, que possui links para vários sites internacionais sobre as conseqüências do Proibicionismo.

heroína experimentou uma queda de 60%. Além disso, os usuários problemáticos aumentaram no Reino Unido: em 1971 eles representavam 6.000 a 15.000 indivíduos, enquanto hoje eles são estimados entre 161.000 a 266.000. Além disso, cerca de dois milhões de pessoas estão hoje encarceradas no mundo em virtude de problemas com drogas, representando um enorme custo para os governos.

Na realidade, existe pouca diferença entre um bebedor social e alguém que fuma um cigarro de maconha, somente o fato de que o segundo está usando uma substância ilegal. Quando um médico receita, legalmente, Ritalina para “apaziguar” uma criança hiperativa<sup>31</sup> ou um tranqüilizante para uma dona de casa “estressada”, o intuito é quase o mesmo daquela pessoa que busca relaxamento através da *Cannabis*. Entretanto, a condenação moral e penal que recai sobre os usuários de drogas ilícitas faz com que sua estigmatização seja bem maior, propiciando seu engajamento em “subculturas” relacionadas a delitos que coexistem no universo segregado da venda ilegal de drogas. A criminalização de determinadas substâncias cria marginalidade em torno delas, ou seja, a figura do *drogado* é uma construção social das políticas oficiais de enfrentamento do consumo de drogas específicas.

Toda vez que alguém buscar drogas ilegais será sempre submetido a constrangimentos, embora a maioria dos médicos hoje não hesite em receitar psicotrópicos para crises existenciais. Trata-se de duas formas de medicalizar o mal-estar: uma legal, outra ilegal. A primeira implica adaptação, a outra em exclusão, por mais semelhantes que sejam os seus efeitos farmacológicos. A criminalização do uso de determinadas drogas deveria assentar-se na premissa de que elas são decididamente mais perigosas que o álcool, o tabaco, ou certos psicotrópicos que chegam a induzir o suicídio. Mas enquanto isso não ocorre todo um ciclo de exclusão social continua a acompanhar os usuários de drogas ilegais, procedimento que dificulta mais ainda a sua reinserção social. Conforme acentua Clausen:

De uma maneira geral, encarceramento, educação forçada e tratamento compulsório não parecem ser meios apropriados de lidar com a alienação que geralmente acompanha o uso de drogas; nem são respostas apropriadas para o uso recreacional que não interfere nas atividades habituais de um indivíduo produtivo. A partir do momento em que o usuário de drogas é isolado, rejeitado, e punido, ele tende a tornar-se mais alienado e desviante. (1971: 224-225)

---

<sup>31</sup> A propósito, em 1997, o conglomerado farmacêutico Eli Lilly comercializou uma versão do antidepressivo Prozac com sabor de menta, indicado especialmente para crianças (Horgan, 2002).

A história da proibição das drogas parece longe de encerrar-se. Com a legalização das mesmas, poderia também ocorrer um fenômeno inusitado: grandes corporações internacionais poderiam pretender produzir e comercializar tais substâncias, concentrando capital e influência política, como ocorre hoje com os grandes conglomerados farmacêuticos e com a indústria internacional de bebidas alcoólicas<sup>32</sup>. Em poucas palavras, não existem respostas simples para a questão da criminalização das drogas, embora a continuidade das políticas de repressão legal aos narcóticos seja um fracasso histórico, conforme acentua Escotado:

Quando o mate, por razões teológicas, foi proibido no Paraguai, seu consumo entre a população nativa e entre os espanhóis atingiu proporções nunca vistas nem antes nem depois. Quando certas pomadas e poções passaram a ser prova de tratos com Satanás, usando como ponte a voluptuosidade, cerca de trezentos mil europeus (num continente que na época contava aproximadamente com três milhões) acabaram sendo condenados à fogueira como bruxos, sem que três séculos de Inquisição os fizessem emendar-se. Quando Murad III e Murad IV decretaram penas de esquartejamento para quem tivesse relação com o fumo, o comércio deste bem na Ásia Menor experimentou um vigoroso impulso. Tampouco funcionou na Rússia a proibição do café, embora vários czares tenham punido seu uso e comércio com mutilação de nariz e de orelhas, assim como não funcionara dois séculos antes no Egito, onde se arrancavam os dentes do bebedor. (1997:38-39)

Caso qualquer parlamentar ousasse redigir hoje um projeto de lei anti-proibicionista, ele despertaria, ao mesmo tempo, a repulsa de traficantes, líderes religiosos, familiares de dependentes químicos e autoridades corruptas. Isso porque, a despeito das nítidas diferenças entre tais grupos, todos, de uma forma ou de outra, apóiam a manutenção do Proibicionismo. Que tipo de causa poderia reunir pessoas com interesses tão antagônicos? Mais uma vez, mergulha-se no território da ambigüidade. As pessoas amam e odeiam as drogas. Algumas drogas devem ser perseguidas, outras autorizadas. O problema é que ninguém realmente pode prever quais os efeitos do Proibicionismo em longo prazo. Em virtude da extrema ambigüidade dessa questão, ela só pode ser tratada por uma espécie de “sociologia de dois lados”. Qualquer postura unilateral em um assunto desta natureza será sempre perigosa.

---

<sup>32</sup> A título de ilustração, no lançamento da cerveja Nova Schin, cuja campanha durou pouco mais de 30 dias, foram gastos 100 milhões de reais na promoção da nova marca, enquanto o orçamento anual da Secretaria Nacional Antidrogas foi de 10 milhões de reais (Laranjeira, 2006).

Se na época dos movimentos de *contracultura* o uso de drogas ilícitas objetivava uma crítica à sociedade de consumo, hoje o narcotráfico se encontra plenamente inserido na lógica do capitalismo globalizado, além de alicerçar-se no sentimento de vazio utópico e na exacerbação do efêmero característicos da pós-modernidade. Por isso, infere-se que um exercício de imaginação sociológica também seja indispensável à apreciação deste tema.

As substâncias psicoativas ilícitas movimentaram, em 2004, um opulento comércio global, estimado em 322 bilhões de dólares anuais (UNODC, 2005). Por outro lado, as indústrias de substâncias lícitas como o álcool e o tabaco faturaram, juntas, 744 bilhões de dólares no mesmo período (Luz, 2005). Estes dados, por si mesmo, revelam que as substâncias legais movimentam somas superiores às ilegais, o que constringe a ideologia do discurso dominante de que as drogas ilícitas causam maiores danos em termos de saúde pública. A propósito, no ano de 2000, o tabaco e o álcool contribuíram com 4,1% e 4,0%, respectivamente, para a carga de doenças, enquanto as drogas ilícitas representaram apenas 0,8% deste percentual. (OMS, 2004). Daí não é difícil verificar que o “problema das drogas” é intrinsecamente ideológico, impossível de ser reduzido a uma simples questão de “determinismo farmacológico”.

Em matéria de saúde pública, o alcoolismo ocupa uma posição privilegiada no que tange aos problemas relacionados ao abuso de drogas, visto que cerca de 90% das internações psiquiátricas por abuso de substâncias no Brasil devem-se ao consumo nocivo de álcool (Noto *et. al.*, 2001). Os interesses comerciais, a permissividade do uso de álcool por menores de idade, a qualquer hora e em qualquer lugar e a agressividade da propaganda televisiva incitando ao consumo fazem com que o álcool seja atualmente responsável por metade das internações psiquiátricas masculinas no Brasil (Laranjeira, 2004). Neste sentido, o Brasil também acompanha uma tendência mundial de incremento do alcoolismo nos países menos desenvolvidos e ex-União Soviética, enquanto nos países desenvolvidos essas taxas declinaram nos últimos 20 anos (OMS, 2004).

O tabaco, por sua vez, mata cerca de 200 mil pessoas por ano no Brasil e é considerado pela Organização Mundial da Saúde o principal problema de saúde pública em muitos países (Bordin, Figlie e Laranjeira, 2004). Compreendo, assim, que alguns critérios utilizados para decretar a legalidade ou ilegalidade de tais substâncias estão condicionados a padrões culturais e influências socioeconômicas que extrapolam os danos objetivos causados pelo seu uso. Assim, se determinadas substâncias são

condenadas socialmente enquanto outras desfrutam de tolerância apesar dos danos por elas causados é porque interesses econômicos como aqueles relacionados à indústria de bebidas alcoólicas ou aos conglomerados farmacêuticos predominam. A tolerância quanto a qualquer tipo de “desvio” costuma sempre partir do mais forte para o mais fraco. Neste caso, os usuários de drogas ilegais, na condição de marginalizados, sequer podem expressar suas opiniões em defesa de um uso moderado dessas substâncias.

Além do fato de determinadas substâncias serem colocadas como alvo da repressão policial, este *status* de ilegalidade propicia elegê-las como a incorporação do Mal da Sociedade. É claro que os psicotrópicos também são inspecionados por organismos médicos específicos. Entretanto, seus malefícios não encontram a mesma divulgação daqueles associados às drogas ilegais. Muitos antidepressivos já causaram sérios problemas de saúde mental, como a indução ao suicídio, mas essas informações geralmente ficam restritas às publicações científicas. A guerra contra as drogas ilícitas, ao contrário, é aberta e deve ser divulgada em todos os meios de comunicação.

Averiguar as contradições da relação lícito x ilícito nessa questão é uma tarefa impossível de esgotar-se neste trabalho. Mas é interessante notar que, de um ponto de vista histórico, as drogas costumam continuamente transitar através de uma zona ambígua que se situa entre esses “dois mundos”. Aliás, nunca é tarde para lembrar que o ilícito só pode existir com a cooperação do “lícito”. De maneira geral, o maior montante do dinheiro do tráfico de drogas não fica nas favelas. Caso assim o fosse, a Colômbia seria uma espécie de Suíça latino-americana e as favelas do Rio de Janeiro condomínios de luxo. Na realidade, as populações pobres que estão na “linha de frente” do tráfico não trabalham para si, mas para enriquecer outros agentes que certamente não residem nessas “áreas de risco”.

É comum ouvir através dos noticiários que o tráfico de drogas está agora seduzindo jovens indefesos de classe média, enquanto jovens pobres morrem à míngua nas periferias das grandes cidades. Mas, na maioria das vezes, a linguagem utilizada é a do “poder sobrenatural” das drogas *em si mesmas*, como se essas substâncias fossem capazes de entrar involuntariamente no corpo humano. Por outro lado, eventos como as ações dos integrantes da facção criminosa PCC (Primeiro Comando da Capital), incendiando ônibus, atacando delegacias de polícia, agências bancárias e amedrontando a população comprovam a atual dimensão dos efeitos colaterais da “Guerra às Drogas”. Paradoxalmente, estes incidentes ocorrem quando o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime, em seu relatório anual sobre drogas, “comemora” a vitória das

políticas de repressão aos narcóticos. Segundo declaração de seu diretor executivo, o italiano Dr. Antonio Maria da Costa:

*As drogas estão em todo lugar, dizem pais amedrontados. O problema das drogas está fora de controle, lamenta a mídia. Legalizem as drogas para reduzir o crime, dizem alguns comentaristas. Essa exasperação é compreensível nas comunidades onde as drogas ilícitas causam crime, doença, violência e morte. Entretanto, as estatísticas mundiais apontam para outra realidade: a repressão às drogas está funcionando e o problema mundial das drogas está sendo contido. Isto é verdade quando visualizamos essa questão em longo prazo ou mesmo a partir do que ocorreu nos últimos anos. A humanidade entrou no século XXI com níveis mais baixos de cultivo e dependência de drogas que há 100 anos atrás (UNODC, 2006:1 – grifos do autor).*

O tom positivo deste relatório das Nações Unidas pretende ser um marco na questão do controle mundial das substâncias psicoativas ilegais. Isso porque, nos relatórios precedentes, o tom era geralmente de preocupação com o atual estado de proliferação das drogas, incitando as agências governamentais especializadas a tomar posições cada vez mais ostensivas. Segundo este documento, os problemas que motivaram a promulgação da Convenção Internacional do Ópio, em 1912, - embrião do proibicionismo contemporâneo -, estão sendo finalmente solucionados. “A produção de ópio é hoje 80 por cento menor em um mundo três vezes maior.” (Ibid.: 7).

Segundo as Nações Unidas, a Guerra às Drogas finalmente apresenta resultados positivos, embora muitos países ainda estejam enfrentando sérios problemas. Mas uma droga ainda representa um estorvo às pretensões da ONU: a maconha. Enquanto os cultivos de coca e papoula diminuem, a *Cannabis* continua a ser consumida por um considerável número de pessoas, cerca de 162 milhões de pessoas no mundo todo (o total de usuários de drogas ilícitas chega a 200 milhões). E pior: segundo a ONU, novas variedades de maconha estão sendo produzidas agora com uma capacidade de viciar equivalente a drogas como a heroína. De qualquer forma, apenas 4,9% da população mundial é usuária de drogas ilícitas, entre os quais estão 0,6% de usuários problemáticos (UNODC, 2006).

Dados estatísticos de agências oficiais, apesar de se pretenderem confiáveis, serão sempre uma *estimativa*, pois é extremamente difícil monitorar atividades ilícitas. Além disso, é importante reconhecer que se trata sempre de uma versão “oficial” dos fatos. Talvez uma pergunta mais pertinente fosse: se uma substância como a maconha é

capaz de produzir 162 milhões de transgressores no mundo, será que não existe incoerência nesta proibição? Se os atos violentos associados ao uso de substâncias psicoativas estão muito mais relacionados ao uso de álcool do que a qualquer outra substância ilegal (Chalub e Telles, 2006), porque persiste a proibição da maconha?

Um fator constante no que tange aos dados epidemiológicos sobre drogas é a constante volatilidade da diversidade do consumo dessas substâncias. A cada novo levantamento, os usuários aumentam o uso de determinada substância, enquanto diminuem o de outra. Algum tempo depois, a substância desprezada anos atrás retoma o seu lugar de destaque nas estatísticas. Neste ínterim, novas drogas são fabricadas para confundir ainda mais os epidemiologistas. Por isso, parece que qualquer política sobre drogas estará fadada a sofrer dos mesmos acessos esquizofrênicos que acompanham o uso abusivo de tais substâncias. Nos anos 1960-70 prevalecia o pânico em torno da maconha, enquanto nas décadas de 1980 este medo é transferido à cocaína (uma droga que ressuscitou dos anos 1920) e ao crack, para depois, nos anos 1990, instalar-se a preocupação em torno do ecstasy, somente para citar alguns exemplos. Enquanto isso, o álcool e o tabaco continuavam a causar mais danos do que todas as outras substâncias juntas.

O fato é que tais relatórios, publicados anualmente, quase sempre revelam a ascensão de algum tipo de droga e o declínio de outra. Após algum período, uma nova droga chega ao mercado e causa um grande alvoroço. Mas logo depois a “epidemia” droga parece estar sob controle, quando outra lhe toma o lugar. Além disso, os dados epidemiológicos sobre drogas são produzidos num ritmo tão intenso que se assemelham à divulgação incessante dos índices das bolsas de valores. Mas enquanto os epidemiologistas se esforçam em aprimorar suas aferições, a ambivalência persiste. Por exemplo, na medida em que as Nações Unidas “comemoram” a redução do uso de drogas ilícitas, autores como Moisés Naím retratam justamente o oposto:

Ainda falamos em “cartéis”, mas o negócio das drogas está hoje muito mais distante das operações criminosas pesadamente organizadas do passado, operando de forma mais ágil e menos rastreável. E os negócios vão bem. Houve uma rápida e feroz expansão do cultivo da papoula, matéria prima da heroína, no Afeganistão após a guerra que expulsou o Talibã, e passou-se a produzi-la em locais onde era previamente desconhecida, como na Colômbia. Enquanto isso, metanfetaminas e “drogas de festa” como quetamina e ecstasy surgiram no mercado. O volume de apreensões de drogas em todo o mundo praticamente dobrou entre 1990 e 2002, sem qualquer evidência de queda no consumo. (2006:19)

Como Naím sugere, o comércio de drogas ilícitas não pode ser mais ser aferido em termos da identificação de grandes organizações criminosas, mas pode antes constituir-se em uma atividade profissional paralela de muitas pessoas em dificuldades econômicas ou similares. Nas casas de prostituição é comum algumas prostitutas apresentarem traficantes aos seus clientes, ocorrendo também o inverso. Enfim, a relação entre o uso de drogas e o crime é extremamente complexa. O “mundo do desvio” costuma reservar sempre novos desafios. Como bem expressou Becker (1993:178 – grifos meus), “*o estudo do desvio é uma atividade perigosa, coalhada de armadilhas e contratempos*”. A maioria das pessoas busca nas drogas lícitas e ilícitas divertimento ou um meio de aliviar temporariamente suas dores. São raros os que delas fazem uso para cometer crimes e praticamente ninguém está interessado em tornar-se um dependente químico. Rotular qualquer usuário de drogas como um potencial criminoso é insistir em uma mistificação. Por isso, a temática das drogas produz, ao mesmo tempo, fascínio e medo.

Mas antes de proceder a uma análise da dependência química como doença, vale citar o depoimento de um ex-policia que transitou entre mundos aparentemente opostos (lícito x ilícito), mas que se entrecruzam de forma notadamente ambígua:

Comecei a usar drogas com 21 anos, usando maconha, e isso se estendeu durante seis anos. Durante esse tempo eu conseguia trabalhar, conseguia ter mais ou menos um envolvimento familiar e por muitas vezes vivia mais fora de casa do que dentro. Depois passei para o álcool e psicotrópicos. Nessa fase eu estava trabalhando pra polícia civil e pude ter uma experiência dentro dela onde o usuário de drogas era visto não como um dependente químico, mas como um marginal, principalmente os que tinham menos dinheiro. As pessoas que tinham poder aquisitivo maior, a intenção sempre era de conseguir alguma coisa de dinheiro por trás, alguma propina.

O que mais acontecia comigo, na rota, era que eu dirigia a viatura e já conhecia os traficantes. Quando eu chegava, já chegava olhando onde estava o traficante. Eu sabia que ele estava ali passando ou traficando drogas, tanto para pessoas locais quanto para pessoas que vinham buscar de fora. Só que quando nós descíamos da viatura pra dar a batida, eu ia direto ao traficante e dava aquela geral, dava um chute nele, um tapa, mandava ele ir embora, só pra liberar ele, o intuito era esse. Passavam-se uns dias, ele me encontrava e sempre falava: “Doutor, aqui!” [a droga]. Então, eu parava. Quando estava na viatura eu não parava, mas no meu transporte particular eu parava e ele [o traficante] chegava, me dava droga e dinheiro.

Meu envolvimento pesado maior era com assaltante, com pedófilos, essas coisas. Com esse tipo de pessoas eu até usava minha própria adicção, pra mim não tinha perdão. Cheguei até, muitas vezes, a tomar muito álcool e



psicotrópico pra poder agüentar as sessões de tortura. Eu já espanquei pessoalmente um pai, como se chama, um duzentão, na gría, um estuprador que estava preso dentro do xadrez. Eu espanquei muito ele, revoltado porque estuprou a própria filha de cinco anos. Então, eu usava muita droga pra poder agir com violência. Com o decorrer do tempo, eu saí da polícia. Na época da polícia eu cheguei a cheirar cocaína, mas foi já perto de sair.

Eu passei por todos os tipos de internações – psiquiatria, Doze Passos, religiosa. A única instituição de que não tirei proveito foi a psiquiatria. Pelo contrário, me fez definhar, eu me sentia um inutilizado, olhando pra um bando de pessoas desequilibradas mentalmente. Eu dizia pra mim mesmo: meu Deus, onde é que eu estou? Eu não sou louco ... Mas muitas vezes cheguei a questionar se eu não era mesmo louco.

Quando estava na rua, fui até uma favela. As últimas roupas que eu tinha troquei por droga. Uma certa madrugada, eu liguei para o traficante e, chorando, disse para ele que eu não tinha mais pra onde ir. Era um traficante de quem eu comprava há seis anos, e ele disse que ia me ajudar. Eram umas quatro horas da manhã. Ele disse que não ia deixar eu entrar drogado na casa dele. Então, eu fiquei numa pracinha dentro da favela. Começou a chover, eu chorava muito. Para mim foi a primeira vez que eu senti o peso de Deus, porque eu me senti forçado a ajoelhar. Eu me ajoelhei e chorei muito, mas me senti confortado no final, aliviado. Fiquei debaixo de uma coberta na calçada de uma casa até oito horas da manhã do outro dia.

Cheguei lá no traficante e ele disse pra mim: “Olha, você me deu muito dinheiro durante esses seis anos. Essa casa aqui, eu posso dizer que comprei só com seu dinheiro. Eu lhe dou casa e comida, mas se você usar droga aqui eu lhe expulso!”. E assim cheguei a ficar dentro da casa dele. Nos cinco primeiros dias ele disse que eu ia era olhar para a droga que eu tinha usado antes e tinha me deixado assim. Ele disse que eu tinha me internado demais, que isso não adiantava, que eu ia deixar era desse jeito. Eu tinha medo, mas não usava, porque eu sabia que eu ia para o meio da rua. E eu passei cinco dias olhando uma mulher ensacar a droga pra vender. Eu transpirava e me tremia. A partir do sexto dia eu olhava pra droga e não sentia mais nada ... (RC., interno de clínica de recuperação, janeiro 2006)

Compreender como um ex-policial acaba por adentrar um processo de degeneração desta natureza não é difícil: assim como outros profissionais vistos como pertencendo a “grupos de risco” para a dependência química<sup>33</sup>, os policiais estão entre aqueles mais vulneráveis à dependência de drogas. O contato cotidiano com essas substâncias, o desprezo da população pela sua atividade, a oferta constante de subornos

---

<sup>33</sup> É difícil afirmar que uma profissão específica leve o indivíduo a tornar-se um dependente químico. Entretanto, existem algumas categorias profissionais que parecem mais vulneráveis que outras. Através de minha experiência como pesquisador verifiquei, por exemplo, que os bancários representam um grupo especificamente vulnerável ao alcoolismo. No entanto, muitas outras ocupações como faxineiros, garçons, mecânicos de automóveis, mestres cervejeiros, entre outras, são particularmente vulneráveis ao alcoolismo. A maioria dos alcoolistas nessas profissões são homens e o problema tende a agravar-se quando estes enfrentam uma situação de desemprego. É paradoxal também notar que, na medida em que o uso de drogas é geralmente associado à “vagabundagem”, cerca de 70% dos usuários de drogas estão empregados (Vaissman, 2004).

e drogas por parte de traficantes, o fascínio da autoridade e a violência, as jornadas de trabalho exaustivas e estressantes e os baixos salários, entre outros aspectos, podem induzir muitos policiais a entrar no universo da dependência de álcool e drogas.

Por outro lado, biológica e psicologicamente, um policial é igual a qualquer outro indivíduo e por isso não é nenhuma surpresa encontrar dependentes químicos nesta instituição. Mas embora este depoimento seja particularmente dramático e o uso de drogas do entrevistado não tenha ocorrido em função de sua entrada na polícia, fica claro que a condição de policial facilitou seu acesso às drogas.

No decorrer dessa pesquisa, tive a oportunidade de conhecer policiais de todas as corporações (civis, militares e federais). Com alguns deles, consegui obter certa confiança para escutar suas infundáveis histórias sobre apreensões de drogas. Alguns só me fizeram determinadas confidências porque se tratava de conversa informal, sem gravação. Conheci um ex-traficante em Alcoólicos Anônimos que me prometeu conceder uma entrevista sobre suas antigas transações e seu “relacionamento” com a polícia, mas ele depois se recusou a atender minhas chamadas ao celular. Conheci um informante que se constituía em uma fonte valiosa de informações neste sentido. Falei sobre este encontro com meu orientador e ele me indagou se eu ainda tinha algum amor pela minha vida, temendo pelas conseqüências pessoais de publicar um depoimento que poderia comprometer minha própria integridade física.

Todos esses encontros me deixaram profundamente estimulado a proceder a uma análise mais acurada dessas determinações, mas o temor por represálias me fez recuar. A relação entre as drogas e o crime, principalmente no que tange à repressão de determinados narcóticos é hoje, no mínimo, esquizofrênica. Da mesma maneira que o tráfico amplia seu poder, aumenta a corrupção e a demanda por novos recursos financeiros (estatais) para combater a “ameaça” que se camufla cada vez mais. Quando mais dinheiro é gasto na repressão, surge mais violência, mais usuários problemáticos, aumenta a corrupção nas forças policiais e mais jovens pobres são assassinados.

Os Estados Unidos congregam as maiores e mais bem equipadas agências de combate às drogas, na mesma medida em que ainda são o país com o maior número de usuários de tais substâncias (Naím, 2006). Assim como uma “boca de fumo” no Brasil pode situar-se a poucos metros de uma delegacia de polícia, nos EUA os escritórios das agências anti-drogas situam-se também a poucos quarteirões de inúmeros pontos de venda de drogas, nos violentos guetos de Washington. Quando uma política repressiva obtém êxito, os preços das drogas sobem. Então, o controle por novas fontes para obter

esta droga produz mais violência e criminalidade, além daquela gerada por viciados que são obrigados a conseguir mais dinheiro para comprar sua droga de preferência.

Algumas vozes clamam pela substituição das atuais políticas proibicionistas por uma estratégia mais racional de enfrentamento desta questão, incluindo a legalização de todas as drogas. Personalidades como o Prêmio Nobel em economia Milton Friedman, ou o Senador brasileiro Jefferson Peres, defendem a legalização das drogas. Até mesmo a revista conservadora *The Economist* publicou, em 2001, um artigo favorável a essa questão (Andi, 2005: 29-46). O proibicionismo criou o narcotráfico, alimentando um círculo vicioso de violência, corrupção e extorsão que permanece até os dias atuais. Não obstante, a sociedade ainda é profundamente intolerante com as drogas ilícitas, o que impossibilita qualquer discussão racional sobre esse tema, que acabou se transformando em tabu.

O fato é que o fim da proibição às drogas acabaria com uma economia ilícita que movimenta bilhões de dólares em todo o mundo, o que poderia representar um forte golpe na economia de muitos países e mesmo entre instituições bancárias “respeitáveis” de muitos países desenvolvidos. Se falar sobre a legalização do aborto é tarefa extremamente indigesta, tentar promover um debate sobre a legalização das drogas transforma-se em um caso de polícia<sup>34</sup>. Enquanto isso, no Rio de Janeiro, cerca de 500 áreas de tráfico comercializam, em média, 3.000 “papelotes” de cocaína por dia, podendo este número dobrar nos finais de semana (Misse, 2006). Mesmo assim, a proibição às drogas continua com as suas conseqüências, entre as quais persiste a representação do usuário de drogas ilícitas como um criminoso.

---

<sup>34</sup> Uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro pelo Instituto GPP, em março de 2007, revelou que 67% dos cariocas discordam da proposta de descriminalizar o uso de drogas ilícitas, idéia defendida pelo governador Sérgio Cabral. Para 82% dos entrevistados, a violência aumentaria com a legalização das drogas, mesmo aquelas consideradas leves, como a maconha. Estes dados revelam que a Proibição não se sustenta apenas pela “força da Lei” mas, sobretudo, porque a população continua acreditando que a contínua repressão a determinados narcóticos é capaz de minimizar os danos por eles causados. (Cf. Correio Braziliense. *Rio é contra legalização das drogas*, 20/03/2007. Disponível em: <http://www.gabeira.com>. Acesso em 15/05/2007).

### 3.4 A dependência química como doença: a medicalização do desvio

Segundo o Dicionário Aurélio *doença* significa uma “denominação genérica de qualquer desvio do estado normal”, ou ainda, um “conjunto de sinais e/ou sintomas que têm uma só causa; moléstia”. Em seu sentido figurativo, *doença* também pode ser entendida como uma “mania, vício ou defeito” (Ferreira, 1999:701). Em outras palavras, o termo *doença* corresponde a um *desvio* da condição “normal” de funcionamento de um determinado organismo, sendo esta apreciação passível de aplicar-se tanto às enfermidades causadas por bactérias, como às doenças mentais. De uma maneira geral, a concepção moderna de *doença* remete à *teoria do germe*, desenvolvida no final do século XIX, segundo a qual existe um agente específico identificável para cada moléstia. E para se restabelecer a saúde do corpo é necessário que os doentes sejam isolados e tratados.

O grego clássico foi a fonte em que a medicina buscou os principais elementos para construir sua terminologia. No entanto, para designar estados mórbidos, prevalecem as terminologias de origem latina. A palavra *doença* procede do latim, *dolentia*, que significa sentir ou causar dor. Enfermidade provém de (*in*)*firmus* e denota a idéia de debilidade, falta de firmeza, fraqueza. Moléstia é proveniente de palavra latina de mesma grafia, *moléstia*, e significa enfado, incômodo, inquietação. No que tange às terminologias em inglês, “a experiência subjetiva, os sofrimentos e dores seriam a *illness*; a alteração biofísica, a *disease*; os fenômenos sócio-culturais, a *sickness*” (Pereira, 2004:166).

“Beber inicia num ato de liberdade, caminha para o hábito e, finalmente, afunda na necessidade”. Foi com esta célebre frase que Benjamin Rush<sup>35</sup>, psiquiatra norte-americano e signatário da Declaração de Independência dos Estados Unidos, deu início, no século XVIII, à conceituação do alcoolismo como uma *doença*, nos termos de uma *disease*. Entretanto, para Rush o alcoolismo, embora considerado nos termos de uma alteração biofísica, não seria uma “doença” como as outras: o alcoolismo seria uma “doença odiosa” (White, 1998). Dessa forma, o alcoolismo atrairia para si as mesmas representações endereçadas a outras doenças conhecidas como “flagelos da

---

<sup>35</sup> Este psiquiatra, um entusiasta do encarceramento psiquiátrico é o autor da seguinte frase: “A humanidade, constituída de criaturas feitas para a imortalidade, é digna de todos os nossos cuidados. Vejamo-las como pacientes num hospital. Quanto mais resistem aos nossos esforços, mais necessitam dos nossos serviços”. Como consequência, Rush manteve seu próprio filho recluso por 27 anos em seu próprio hospital, onde foi definhando aos poucos, a não ser por alguns breves períodos de remissão (Szasz, 1986:132-133).

humanidade”, como a lepra, a sífilis, a tuberculose, etc. Assim como no caso dessas outras moléstias não bastava somente buscar a cura biológica, mas seria necessário desenvolver meios cada vez mais eficazes visando ao controle social destas doenças, lançando mão de estratégias de prevenção e isolamento dos doentes para evitar-se o contágio, ao mesmo tempo em que se propunha um tratamento moral para os membros.

No decorrer do século XX, a formalização do alcoolismo como doença nos manuais de medicina foi resultante do engajamento político das seguintes instituições estadunidenses: Alcoólicos Anônimos, *Yale Research Center of Alcohol Studies*, *National Council on Alcoholism* e *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism*. Sem esta militância política, que reuniu membros de A.A., psiquiatras, assistentes sociais e outros em favor desta causa, talvez o alcoolismo nunca tivesse se tornado uma “doença”. Dessa forma, começa a introduzir-se uma noção do alcoolista como uma “vítima” do alcoolismo, em detrimento das apreciações que se apoiavam no livre-arbítrio do indivíduo ao ingerir bebidas alcoólicas, que insistiam na conotação moral do problema. No prefácio do livro básico de Alcoólicos Anônimos, o Dr. William D. Silkworth, médico que tratou de Bill Wilson, co-fundador de AA, expõe sua opinião sobre o alcoolismo como uma doença:

Não concordo com aqueles que acreditam ser o alcoolismo um problema unicamente de controle mental. Tenho tratado de vários homens que, por exemplo, trabalharam durante meses num problema ou transação de negócios que deveria ser resolvida em determinada data, que lhes seria favorável. Um ou dois dias antes dessa data, eles tomavam uma bebida e, então, o fenômeno da compulsão tornava-se mais forte do que quaisquer outros interesses e o compromisso importante não era cumprido. Esses homens não estavam bebendo por fuga, bebiam para satisfazer uma compulsão acima de seu controle mental.

Há várias situações que se originam no problema da compulsão e leva os homens a sacrificarem suas vidas, em vez de continuar lutando [...] Trata-se, freqüentemente, de pessoas de pessoas capazes, inteligentes e cordiais. Todos estes, e muitos outros, possuem um sintoma em comum: não podem começar a beber sem desenvolver o fenômeno da compulsão. Este fenômeno, como já sugerimos, pode ser a manifestação de uma alergia que diferencia tais pessoas e as coloca numa categoria especial. (Alcoólicos Anônimos, 1994:21-22)

Segundo o médico apenas citado, o alcoolismo seria uma doença primária, inerente ao indivíduo, cujo principal sintoma seria uma compulsão incontrolável pela bebida alcoólica. Silkworth não descartava a influência de outros problemas psicológicos na etiologia do alcoolismo, mas o que lhe interessava era compreender como pessoas

“normais” modificavam radicalmente seu comportamento a partir do contato com o álcool. Tratava-se aqui de compreender como essa compulsão se manifestava sem qualquer outra causa a não ser o próprio contato com a substância. Até hoje, essa noção de “alergia” ao álcool é fundamental para Alcoólicos Anônimos e seus membros. Segundo AA, o alcoolismo não é um problema moral ou criminal, mas trata-se uma “doença compulsiva, progressiva e incurável” que se desenvolve através dos anos e apresenta conseqüências fatais, encontrando na abstinência de álcool sua única forma de tratamento. O problema não está na bebida alcoólica em si, mas em certos indivíduos que não podem consumi-la sem ocasionar problemas.

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu o alcoolismo como um item da Classificação Internacional de Doenças (CID), diferenciando-o da intoxicação alcoólica ou das psicoses alcoólicas. Mais adiante, em 1956, a Associação Médica Americana reconheceu formalmente o alcoolismo como doença. Entretanto, foi somente a partir da publicação do trabalho clássico de Jellinek *The disease concept of alcoholism*, em 1960, que o modelo de doença do alcoolismo seria sedimentado, tendo como seu principal sintoma a *perda de controle* do indivíduo sobre seu consumo de álcool. Trata-se, assim, de uma “doença” com fortes matizes comportamentais e diversos sintomas<sup>36</sup>. Por fim, o alcoolismo foi incorporado pela OMS à Classificação Internacional das Doenças em 1967 (CID-8), a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde. Neste sentido, é impossível negar que a “doença do alcoolismo” foi, antes de tudo, conseqüência de uma articulação política.

É possível fazer uma analogia do conceito de Jellinek com o diabetes, da mesma forma como já havia pensado o Dr. Silkworth. Se um diabético possui uma “alergia” natural ao açúcar, o mesmo ocorre ao alcoolista. Trata-se, então, de uma espécie de predisposição orgânica que impossibilita o indivíduo de consumir bebidas alcoólicas seguramente. O princípio é que este consumo tende a aumentar com o decorrer do tempo, visto que a pessoa precisará de cada vez maiores quantidades da substância para saciar sua vontade (tolerância), vindo, ao final do processo, a perder completamente o controle da situação. Neste sentido, o modelo de doença do alcoolismo ultrapassa o território da moralidade e transforma-se em um “distúrbio clínico”. Tal apreciação do

---

<sup>36</sup> Para Jellinek, o alcoolismo iniciava-se com o consumo de bebidas alcoólicas para alívio de tensões (*fase inicial*), caminhando para outro estágio que seria uma espécie de consolidação de um hábito de beber pesadamente (*fase crucial*), incluindo episódios de amnésia alcoólica e outros problemas decorrentes desse uso abusivo para então findar na total dependência do álcool (*fase crônica*). (Cf. Conrad e Schneider, 1980:90-94)

problema do alcoolismo representou um marco na abordagem deste tema pela comunidade médica. Então, pode-se dizer que, no caso do alcoolismo, o desvio foi *medicalizado*, passando a pertencer a uma representação clínica, mesmo considerando as implicações legais que poderiam resultar do ato de beber demasiadamente. Segundo Conrad e Schneider:

Desconsiderando as responsabilidades de ordem legal implicadas nas condutas desviantes associadas ao ato de beber, esta primeira concepção de adição ao álcool [de Jellinek] foi consistente com uma tendência em desenvolvimento segundo a qual os grupos de malfeitores e desviantes seriam re-definidos, de intencionais ou viciosos para impotentes e doentes. Embora tais indivíduos ainda fossem encarcerados e punidos em nome do alegado bem-estar da comunidade, eles eram cada vez mais definidos como vítimas de enfermidades e doenças, sendo submetidos a tratamento e terapia. Isso é uma parte do que foi denominado de “despojamento” do sistema de justiça criminal e das categorias tradicionais de infratores, para o nascimento do “estado terapêutico”. (1980:81)

Mas, segundo Room (2003), a idéia da dependência de álcool e drogas como uma *perda de controle* do indivíduo sobre sua própria vida também está ancorada nos padrões culturais das modernas sociedades industriais. O conceito de adição (*addiction*), então, corresponde a uma construção social que nasceu num período da história norte-americana quando, em virtude da industrialização, do enfraquecimento dos laços tradicionais e da intensa mobilidade social nas grandes metrópoles foi requerido dos indivíduos um controle cada vez mais intenso sobre suas vidas, na medida em que tinham que lutar contra as forças desagregadoras do capitalismo.

Então, quando alguma coisa não ocorria de forma satisfatória, colocava-se logo a culpa na intoxicação por alguma droga, construindo um nexos causal que não é característico de qualquer cultura. Como comentei anteriormente, nem todas as culturas fazem uma vinculação direta entre intoxicação por psicoativos e crime.

Analisando as campanhas antialcoólicas brasileiras do mesmo período, influenciadas pelos modelos norte-americanos, Matos (2000) verifica que estas eram prioritariamente endereçadas às classes trabalhadoras, promovendo uma colaboração entre a eugenia e o combate ao alcoolismo. O alcoolismo era visto como hereditário, como um vírus que se difundia entre os “mal-adaptados”, geralmente representados pelos indivíduos provenientes dos extratos subalternos da sociedade. O objetivo era “domesticar” os operários com vistas ao seu desempenho como trabalhadores ordeiros e

exemplares chefes de família, seguindo os ideais de “ordem e progresso” apregoados na bandeira nacional. Estabeleceu-se um forte relacionamento entre a medicina e o Estado. Então, na medida em que a Medicina objetivava a higiene das coisas, dos espaços públicos e da fisiologia humana, o mesmo discurso deveria ser estendido à esfera da moralidade e das condutas sociais.

O discurso, ao pontuar como o alcoólatra perdia a dignidade, como o álcool imbecilizava os homens, levando-os à bancarrota, à animalização, à perda do sentimento ético, à indisciplina, transformando os homens em “feras”, apregoava o homem digno, disciplinado, racional e reto, adepto da perfeição moral, da cultura, do sentimento ético e da ordem, construtor do progresso pelo trabalho e disciplina. (Matos, 2000:61)

A classificação médica, em consonância com a lógica normativa do Estado moderno, legitima-se ao nomear e classificar os comportamentos desviantes, bem como ao elaborar estratégias de intervenção em termos de adoção de medidas de saúde pública. As nomenclaturas psiquiátricas são, sobretudo, conceitos construídos pelo “poder médico” para designar determinados estados de aflição como desolação, nervosismo, frustração, raiva etc., podendo muitos deles levar o indivíduo a tornar-se incapaz de “funcionar socialmente”, como ocorre nos casos de alcoolismo crônico. Segundo a atual Classificação Internacional das Doenças (CID - 10), da Organização Mundial da Saúde (OMS) a dependência química é diagnosticada conforme os critérios do quadro a seguir:



**Quadro 1 - Critérios de Dependência de Substâncias – CID 10**

- Presença de três ou mais dos seguintes sintomas em qualquer momento durante o ano anterior:

- 1) Um desejo forte ou compulsivo para consumir a substância;
- 2) Dificuldades para controlar o comportamento de consumo de substância em termos de início, fim ou níveis de consumo;
- 3) Estado de abstinência fisiológica quando o consumo é suspenso ou reduzido, evidenciado por: síndrome de abstinência característica; ou consumo da mesma substância (ou outra muito semelhante) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- 4) Evidência de tolerância, segundo a qual há a necessidade de doses crescentes da substância psicoativa para obterem-se os efeitos produzidos anteriormente com doses inferiores;
- 5) Abandono progressivo de outros prazeres ou interesses devido ao consumo de substâncias psicoativas, aumento do tempo empregado em conseguir ou consumir a substância ou recuperar-se dos seus efeitos;
- 6) Persistência no consumo de substâncias apesar de provas evidentes de conseqüências manifestadamente prejudiciais, tais como lesões hepáticas causadas por consumo excessivo de álcool, humor deprimido conseqüente a um grande consumo de substâncias, ou perturbação das funções cognitivas relacionadas com a substância. Devem fazer-se esforços para determinar se o consumidor estava realmente, ou poderia estar, consciente da natureza e da gravidade do dano.

Fonte: OMS, 2004:14.

No decorrer de minha pesquisa, verificando vários casos de abuso de tais substâncias, sinto-me desconfortável para endossar a tese de que tais sintomas não passem de uma “construção social”<sup>37</sup>. Por outro lado, é comum escutar em um grupo de Alcoólicos Anônimos um membro falar de seu problema como uma doença, ao mesmo tempo em que condena moralmente alguém que ainda não “reconheceu seu alcoolismo” promove desordens e reluta em buscar tratamento. Outros se dizem vitimados pela doença do alcoolismo no sentido médico, ao mesmo tempo em que se referem ao alcoolismo como uma “doença demoníaca”. Em seu depoimento, um membro de A.A. brada que ele era apenas um doente e não sabia, mas que sua “doença” o tornou um criminoso. Por mais que A.A. insista na representação do alcoolismo como uma doença, as representações ligadas ao pecado ou ao crime não esvanecem.

Nesta trama ambivalente, os diagnósticos psiquiátricos tentam nomear e classificar aquilo que parece escapar à racionalidade descritiva, impondo uma linguagem específica que exclui algumas categorias, enquanto inclui outras. Trata-se de uma tarefa difícil e por isso mesmo os manuais de psiquiatria são atualizados periodicamente, comumente gerando perplexidades e questionamentos entre os próprios especialistas. Segundo Zygmunt Bauman:

A ambivalência é um subproduto do trabalho de classificação e convida a um maior esforço classificatório. Embora nascida do impulso de nomear/classificar, a ambivalência só pode ser combatida com uma nomeação ainda mais exata [...] a redução da ambivalência é uma questão de descobrir e aplicar a *tecnologia* adequada – uma questão *administrativa*. (1999:11 – grifos do autor)

Portanto, a concepção do alcoolismo como “doença”, apesar de sua acepção biológica, sugere sempre algo mais. Muitos indivíduos também relatam que seu alcoolismo agravou-se após a perda de um emprego ou devido a uma desilusão amorosa. Por isso, é comum ouvir entre os membros de A.A. que o alcoolismo é uma “doença enigmática”. Dessa forma, as noções do alcoolismo como *pecado*, *crime* e *doença* se amalgamam numa teia de significados (Geertz, 1989). Para exemplificar esta

---

<sup>37</sup> Neste sentido, Cusson (1995:421) observa que as construções sociais sobre os “comportamentos desviantes” retratam também situações objetivas, pois “o desvio não é uma construção social completamente fantasiosa. A maioria das vezes, os juízos geradores de desvios são reações a atos lesivos de outrem, que perturbam gravemente os que estão próximos do desviante ou que afetam seriamente o próprio desviante. Existe de fato um “dado” anterior ao “elaborado” [...] A violação não é apenas uma infração ao Código Penal, é também um atentado que deixa graves seqüelas. A narcomania não é apenas o consumo de uma droga ilícita, é também a absorção de um veneno com efeitos devastadores ao narcômano.”

miscelânea de significados, segue abaixo um discurso escrito que me foi cedido por um membro de Alcoólicos Anônimos por ocasião da comemoração do seu aniversário de três meses de sobriedade:

Eu havia perdido meu amor próprio, minha auto-estima, meu coração, minha alma, a confiança e admiração dos que me são mais queridos. “O álcool me deu asas para voar e depois tirou meu céu”.

Quando olhava no espelho, eu não reconhecia mais a pessoa que me olhava de volta. Vi que era totalmente impotente perante o álcool e não tinha mais o domínio sobre minha vida. Queria mais do que tudo parar de beber e não conseguia. Parei várias vezes por períodos variados: dias, semanas e até meses, mas sempre voltava a beber e os porres eram cada vez piores. Quando jurava não mais beber, acreditava nisso do fundo do meu coração, mas simplesmente não conseguia. Tinha apagamentos [amnésia alcoólica] e, no dia seguinte, a vergonha de não lembrar o que havia feito era muito grande. Passei a beber escondido, jurava que não havia bebido, mesmo quando não conseguia mais falar sem enrolar a língua. Às vezes, me tremia todo com a falta física do álcool. O medo, a vergonha... Minha vida era uma mentira e eu não via. Também não encontrava uma saída.

O último porre foi o meu *fundo de poço*. Em total estado de apagamento fui internado em um hospital psiquiátrico, no qual passei 15 dias com crises de alucinação, depressão, pânico e outras mazelas. A crise de abstinência causada pela dependência do álcool é horrível, aterrorizante. Passado o período de desintoxicação fui, por livre vontade, me internar numa clínica para recuperação de dependentes químicos. Ainda relutante com o que ouvia dentro da clínica, como a programação para a minha recuperação, aceitei finalmente o fato de que era impotente perante o álcool. Parado de beber, hoje enfrento e supero qualquer obstáculo com a ajuda de meu Poder Superior, Deus. Afinal, esta aceitação não é o fim do caminho, o destino final. Isto representa o começo de um novo viver. Aos poucos, minha vida começou a mudar, aprendi a ter calma, realizar primeiro as primeiras coisas e viver só por hoje, pois isso é tudo que eu tenho. Hoje sou feliz, livre, em paz comigo mesmo. Grato primeiramente a Deus, meus pais, meus tios e todos que me ajudaram direta ou indiretamente a sair dessa.

Tive a graça de conhecer uma sala de Alcoólicos Anônimos (A.A.) e agradeço ao meu padrinho por este feito. Assim que entrei percebi que ali era o meu lugar. Encontrei pessoas que sabiam o que eu tinha passado e o que eu sentia naquele momento, haviam passado por problemas e situações iguais ou piores. Alcoolismo é uma doença. Não sou eu quem diz, é a própria Organização Mundial da Saúde (OMS). Saber que eu tenho um problema que não é de ordem moral, nem falta de força de vontade, me foi um grande alívio. Quando já membro de Alcoólicos Anônimos, entreguei-me ao grupo como se minha vida dependesse disso e, na verdade, ela depende.

Perdi muitas coisas: respeito, bens materiais, saúde, empregos, que hoje venho reconquistando, readquirindo e cultivando novamente. Perdi a presença de uma pessoa que me é muito cara, que eu amo muito e que, por conta de meu alcoolismo, irresponsabilidades e insanidades, não me quis mais. O álcool destrói até mesmo o verdadeiro amor. Aprendi que não posso mudar pessoas e situações, só posso mudar a mim mesmo e minhas atitudes. Tento mudar um pouco a cada dia e me tornar a pessoa que Deus quer que eu seja. O Programa de A.A. é um programa de mudança de vida e felizmente este programa pede progresso e não a perfeição.

Deus fez por mim o que eu não poderia fazer sozinho. Hoje não preciso mais beber para anestesiá-los meus sentimentos. Estou apenas no começo do caminho e tenho ainda muito a aprender. Espero que com fé e prática eu possa me tornar um homem melhor. Hoje tento ter uma atitude de gratidão e lembrar a cada dia das bênçãos que recebi. Sou grato a Deus por me mostrar o caminho e a todos pelo milagre de uma nova vida. Não quero nunca esquecer o que recebi, até porque é difícil beber com o coração cheio de gratidão. (RF, membro de Alcoólicos Anônimos, julho 2005).

Termos como *fundo do poço*, *impotência perante o álcool* e *apagamento* (amnésia alcoólica) são típicos jargões da literatura A.A., bem como o reconhecimento da ambigüidade do consumo do álcool expresso na frase: “*O álcool me deu asas para voar e depois tirou meu céu*”. A menção à Organização Mundial da Saúde (OMS), que diagnostica o alcoolismo como doença e não como uma falha moral<sup>38</sup>, também é referência comum em quase todos os depoimentos em A.A..

Sintomas físicos das crises de abstinência como *alucinações*, *pânico* e *depressão* também são relatados por alguns membros. Além disso, os sentimentos de *vergonha*, *medo* e práticas de *insanidade*, bem como a *falência moral*, *financeira*, *afetiva* e *espiritual* são utilizados para demonstrar uma perda de controle sobre a própria vida e o conseqüente prejuízo resultante. Vale destacar que, para Alcoólicos Anônimos, o alcoolismo não se restringe à sua dimensão fisiológica, pois se trata de uma doença que envolve o corpo, a mente e o espírito. Por fim, é destacada, neste depoimento, a solidariedade de seu padrinho ao levá-lo para uma sala de A.A., ação pautada nos mecanismos da dádiva que perpassa toda a filosofia dos grupos de ajuda mútua (Godbout, 1999; Mota, 2004).

Mas se o alcoolismo é uma doença, então o alcoolista não deveria ser condenado por seu comportamento? Isso remete a um aspecto relevante que se verifica em quase

---

<sup>38</sup> Segundo a Organização Mundial da Saúde, “a farmacodependência não é uma falta de vontade nem de força de caráter, mas um transtorno médico que pode afetar qualquer ser humano. A dependência é um transtorno crônico e recorrente, ocorrendo muitas vezes com outras afecções físicas e mentais”. (OMS, 2004:33).

todos os depoimentos de membros de Alcoólicos Anônimos e diz respeito ao dia em que, através deste grupo, eles tiveram conhecimento de que eles eram pessoas “doentes”, refutando os antigos rótulos pejorativos. Também não é raro escutar que, ao buscarem ajuda junto a médicos ou psicólogos, nenhum deles lhes havia informado que o alcoolismo seria uma doença. Entretanto, ao considerar-se um doente, o indivíduo também incorpora o *papel do enfermo* e pode assumir uma posição passiva frente a seu problema. Alguns membros de AA argumentam que já *nasceram* alcoólatras e por isso não se sentem culpados por atos cometidos no passado, pois viviam sob a influência de uma doença que até então desconheciam e assim não podiam controlar sua maneira de beber até o dia em que conheceram Alcoólicos Anônimos.

No Novo Código Civil Brasileiro, em seu artigo 4º, Da Personalidade e da Capacidade, os alcoolistas e dependentes de drogas são considerados “*incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de exercer*”, juntamente com os maiores de dezesseis anos e menores de dezoito, excepcionais e doentes mentais. Trata-se aqui de relações tensas entre o Direito e a Medicina no que tange ao julgamento da sanidade mental nos termos da criminologia, quando os papéis do médico e do juiz se confundem nos tribunais. Isso porque essas disciplinas acabam por criar áreas limítrofes quando se dispõe a averiguar se, no ato de cometer o crime, o indivíduo pode ser considerado um agente racional ou alguém que age sob a influência de “delírios” ou “instintos incontroláveis”. (Foucault, 2001).

Considerando as conversas que tive com familiares de alcoolistas e também as suas partilhas em grupos, raramente a família partilha do ponto de vista de que o alcoolismo seja “apenas” uma doença. Os prejuízos financeiros e emocionais que o alcoolista causa aos familiares, expostos muitas vezes há anos de convivência com o problema, geralmente os impede de assimilar o alcoolismo apenas em sua dimensão clínica, relegando os aspectos morais, principalmente quando este hábito estava associado a problemas como infidelidade conjugal ou violência doméstica.

É importante ressaltar que a dependência química quase nunca afeta somente o próprio dependente, mas antes desenvolve várias relações causais que envolvem a família, autoridades policiais, amigos, etc. Muitas vezes argumenta-se que a proibição de certas drogas está no âmbito dos “crimes sem vítimas”, como no caso da obrigatoriedade do uso de cinto de segurança. Creio que esta interpretação do problema seja simplista demais. Qualquer pessoa que conviveu com algum caso de drogadição ou alcoolismo em sua família saberá bem ao que estou me referindo.

Mas na medida em que um comportamento desviante é codificado como uma “doença”, então o problema sai da alçada da moralidade para adentrar no mundo dos “especialistas” em saúde mental. Isto implica também em formular políticas que tenham como objetivo lidar com essas “doenças”, através de instituições de pesquisa, clínicas e hospitais especializados. Ora, nestes termos, também dá-se o início a uma série de articulações políticas sobre o montante de verbas a serem destinadas ao enfrentamento dessa questão, qual o pessoal competente a contratar, se a prioridade deve ser da iniciativa privada, da filantropia ou do Estado. Por isso mesmo, é impossível dissociar tais fenômenos de sua dimensão de fato social total, suas implicações extrapolam um diagnóstico médico, quando este ocorre<sup>39</sup>.

A discussão sobre a medicalização do comportamento desviante tende a efetuar-se em arenas políticas altamente disputadas, insuflando debates aguerridos. Na ex-União Soviética, por exemplo, a psiquiatria foi utilizada pelo regime para submeter opositores a tratamentos psiquiátricos involuntários. Na época, os dissidentes políticos soviéticos eram diagnosticados como portadores de doenças mentais como “paranóia com desilusões contra-revolucionárias” ou “reformismo maníaco” (Conrad e Schneider, 1980). Se o regime utilizava constantemente sua propaganda para representar aquela sociedade como perfeita, um indivíduo inadaptado àquela realidade seria considerado um “doente mental”.

De uma maneira geral, Conrad e Schneider (1980) argumentam que existem dois lados que devem ser considerados no que tange à medicalização dos desvios: um *positivo* e outro *negativo*. O lado positivo da medicalização do desvio seria o fato dos comportamentos serem agora tratados através dos sistemas de saúde, ao invés de se constituírem apenas em uma matéria do Direito Penal. Em grande medida, isso se apóia na observação de que o encarceramento de dependentes químicos em penitenciárias, por exemplo, geralmente tende a agravar seu problema.

Atualmente, a legislação brasileira sobre drogas parece seguir esta tendência, distinguindo com maior ênfase a figura do usuário da do traficante. Neste caso, o usuário de drogas é tratado como um *doente*, ao passo que o traficante é considerado um *criminoso*. Como consequência, as penalidades sobre os usuários foram abrandadas,

---

<sup>39</sup> Segundo me foi confidenciado, os diagnósticos de alcoolismo não ocorrem na mesma frequência em que esta patologia se manifesta. No caso dos atestados de óbito, é raro verificar o alcoolismo como *causa mortis*. Na maioria das vezes, os médicos colocam como causa do falecimento alguma disfunção orgânica causada pelo uso abusivo de álcool, omitindo a causa desta disfunção para não “manchar” o atestado de óbito.

enquanto os traficantes tiveram seus anos de reclusão aumentados. Entretanto, qualquer pessoa que oferecer drogas ilícitas a terceiros (amigos ou desconhecidos), mesmo que gratuitamente, ainda deverá responder pelo crime de oferecimento de drogas para uso compartilhado (Freitas Júnior, 2006).

O lado negativo da medicalização do desvio, segundo Conrad e Schneider (1980), seria a *despolitização* dos aspectos sociais dos desvios. Na medida em que tudo o que represente sintoma de “desarmonia social” passa a ser rotulado como uma doença, os fenômenos sociais que estão diretamente relacionados a esses problemas passam a ser ignorados. Essas teses apóiam-se no fato de que os problemas de saúde mental atingem pessoas de diversos estratos sociais e por isso não podem ser considerados como consequência de problemas sociais como extrema desigualdade, desemprego ou pobreza. Assim, o biológico se impõe sobre o social: o problema está no indivíduo, não na sociedade.

Todavia, essa concepção “biológica” da realidade social ignora que serviços clínicos, instalações e medicamentos psiquiátricos mais modernos são geralmente mais acessíveis a pessoas de um melhor poder aquisitivo. Além disso, cabe também indagar se a “estrutura social” que legitima tais posicionamentos é realmente capaz de fornecer aos indivíduos um meio ambiente propício ao bom desenvolvimento de sua saúde mental. Neste sentido, Platino ressalta que:

O comportamento autodestrutivo dos milhões de viciados que compõe a massa dos toxicômanos é, sem dúvida, irracional; como também são irracionais as formas de organização social e econômica, hoje hegemônicas, que condenam a maior parte da humanidade à miséria em meio a uma sempre crescente riqueza e ainda ameaçam o futuro de todos, destruindo nosso habitat em nome do progresso econômico. Torna-se, assim necessário, nesta questão, como em todos os assuntos centrais da nossa contemporaneidade, interrogar-nos sobre as características fundamentais da civilização moderna e do paradigma que sustenta a construção desta civilização. (2003:133)

A psiquiatria também surge como legitimadora de uma nova ordem de sentido que anteriormente pertencia à religião. Mas, segundo Szasz (1992), embora as visões teocráticas e terapêuticas sejam antagônicas em seus métodos e procedimentos de cura, elas são similares em muitos aspectos e partilham um objetivo comum: a produção de uma visão de mundo totalizante sobre os comportamentos desviantes, conforme pode ser verificado na tabela a seguir:

**Tabela 2 - Estado Teocrático x Estado Terapêutico**

	<b>Estado Teocrático</b>	<b>Estado Terapêutico</b>
Ideologia dominante	Religiosa / Cristã	Científica / Médica
Valor dominante	Graça	Saúde
Intérpretes, justificadores, incentivadores e proibidores de determinadas condutas e seus objetivos ostensivos.	Padres Clérigos Freiras Salvar almas	Médicos Clínicos Enfermeiras Curar corpos e mentes
Heróis	Santos	Terapeutas heróicos
Heréticos	Bruxas	Curandeiros
Cerimônias e rituais	Batismo Santa Eucaristia Confissão, penitência Santas Ordenações Santo Matrimônio  Milagres Exorcismo Extrema Unção	Atestado médico de nascimento Psicofarmacologia Psicoterapia Diploma de médico Psiquiatria como especialidade médica Transplantes Eletrochoque, lobotomia Atestado de óbito
Panacéias	Fé Esperança Caridade Água benta	Conhecimento científico Pesquisa científica Tratamento compulsório Drogas terapêuticas
Patogenias	Satanás  Blasfêmia  Poção da bruxa Judeus e envenenadores	Cientistas Cristãos ou outros que desafiam a autoridade da medicina Rejeição da ciência médica e do tratamento médico “Drogas perigosas” Drogadictos e aliciadores
Objetos proibidos	A Bíblia Sagrada em idioma “vulgar” “Livros perigosos” (Index dos livros proibidos)	Drogas no livre mercado  “Drogas perigosas” (Index de drogas proibidas)
Conduta anti-profissional	Vender indulgências demais Questionar a infalibilidade da Santa Igreja	Passar receitas demais de “drogas perigosas” Questionar a infalibilidade da medicina moderna
Agência de sanção social	Inquisição	Psiquiatria institucional
Objetivo da sanção social	Conversão religiosa forçada	Mudança de personalidade forçada pela psiquiatria
Domínio a ser alcançado ou esfera de influência	O mundo	O mundo

Fonte: Szasz, 1992.



Em *A Doença como Metáfora*, Susan Sontag (2002) revela aspectos metafóricos das doenças que extrapolam suas particularidades biológicas e aponta diversos olhares sobre a realidade social. Seu objeto é a interpretação das “doenças críticas”, mais particularmente a tuberculose e o câncer. Todavia, no decorrer do texto a autora também menciona a lepra, a peste bubônica, a depressão e a sífilis, dispostas na categoria de “doenças misteriosas”. As doenças de múltiplas causas, como ocorre com a dependência química, são particularmente sujeitas às interpretações moralistas ou supersticiosas, sobretudo quando suas causas são ignoradas e os tratamentos em voga revelam-se pouco eficazes. Sontag também observa que, na medicina moderna, praticamente toda forma de desvio social tende a ser transformado em uma doença.

Dependendo das idiossincrasias de quem a interpreta, uma doença pode ser vista como resultado da ira de Deus ou mesmo romantizada, bem como considerada como produto da vontade do indivíduo, como se ele próprio decidisse padecer daquela enfermidade. No decorrer de sua obra, a autora demonstra o quão danoso pode ser para um doente ser julgado de um ponto de vista moral. Nesse caso, seu sofrimento é aumentado injusta e desnecessariamente. Contudo, a maioria desses preconceitos tende a diminuir na medida em que a ciência propicia um melhor entendimento físico da doença. Mesmo assim, Sontag insiste que os avanços na medicina não são suficientes para fazer desaparecer o estigma dos portadores das doenças críticas, visto que a maioria dos mitos permanece arraigada tanto no senso comum, como entre alguns setores da comunidade científica.

Enquanto a tuberculose era vista na literatura do século XIX como uma doença da pobreza e da privação, o câncer era concebido como uma doença da classe média, uma doença ligada à afluência, ao excesso. Acredita-se que a tuberculose seria relativamente indolor, enquanto o câncer é invariavelmente muito doloroso. O tuberculoso moribundo era retratado como mais bonito e mais nobre. Por outro lado, a pessoa que morria de câncer era descrita como destituída de toda a capacidade de transcendência e humilhada pelo medo e pela agonia. No entanto, sobre essas descrições da literatura do século XIX, Sontag observa:

Naturalmente, muitos tuberculosos morreram em meio a terríveis dores e há gente que morre de câncer sentindo pouca ou nenhuma dor até o fim. Tanto o pobre, como o rico contraem tuberculose e câncer. E nem todos os tuberculosos tosse. Mas a mitologia permanece. (2002: 24)

Outro ponto interessante é um hábito arraigado de interpretar essas doenças a partir de traços de personalidade daqueles que as contraem e tais interpretações encontram-se tanto no senso comum, como também na literatura médica. De qualquer maneira, tanto o câncer como a tuberculose continuaram a ser concebidos como “doenças da paixão”, relacionando-se tanto ao desatino como à repressão das emoções, variando essas interpretações no decorrer da história. A primeira doença que suscitou o horror declarado da sociedade foi a lepra, tornando-se então um símbolo de decadência.

Tal postura tornou-se comum nas doenças epidêmicas, proporcionando uma estigmatização moral do doente, além de se constituir em símbolo de desordem social. De pestilência (peste bubônica) veio “pestilento”, cujo sentido figurado, de acordo com o *Oxford English Dictionary* do século XVI, é “injurioso à religião, à moral ou à tranquilidade pública” e “pestilencial”, significava “moralmente nocivo e pernicioso”. Os sentimentos relacionados com o mal são projetados numa doença e depois, esta mesma doença (enriquecida desses significados), é novamente projetada no mundo. Daí percebe-se que a “linguagem da doença” está fortemente ancorada nos padrões culturais e no *ethos* societal que deles emana.

Atualmente, existe uma notória expansão no que tange à medicalização dos comportamentos desviantes, muitas vezes desprezando os aspectos sociais e as distinções subjetivas e culturais do “doente”. A primeira versão do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), publicada pela Associação Americana de Psiquiatria, em 1952, descrevia apenas 60 categorias de comportamento anormal. O DSM IV, publicado em 1994, já lista 382 diagnósticos possíveis, além de outros 28 “flutuantes”, totalizando, assim, 410 “rótulos” de distúrbios psiquiátricos possíveis. (Ratey e Johnson, 1997). Assim, considerando a atual quantidade de distúrbios psiquiátricos catalogados, creio que a possibilidade de qualquer indivíduo sair hoje do consultório de um psiquiatra sem um diagnóstico psiquiátrico é bastante remota.

Esta medicalização do desvio também pode ser vista como consequência da atual definição de *saúde* utilizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que seria não apenas a ausência de doença, mas como também uma situação de *perfeito bem-estar físico, mental e social*. Mas surge aqui uma pergunta: como caracterizar esta perfeição? Trata-se aqui de um indivíduo dotado de uma total perfeição física e moral, sem qualquer tipo de angústia existencial? Tal definição parece, no mínimo, irreal. Paradoxalmente, médicos americanos criaram recentemente uma nova entidade nosológica denominada “síndrome da felicidade” e até lhe deram um código no CID. O

principal sintoma desta nova “síndrome” seria um estado de espírito de felicidade constante, que deve ser considerado patológico porque é incompatível com as incertezas e angústias inerentes à condição humana (Segre e Ferraz, 1997).

No Japão, uma nova síndrome conhecida como *hikikomori* atinge jovens japoneses que moram com os pais e recusam-se a sair de casa. Trata-se da *síndrome de reclusão social*. O jovem abandona trabalho, estudos, amigos e outras atividades sociais para passar o dia inteiro recluso em seu quarto jogando no computador ou navegando na Internet, podendo este distúrbio estender-se por anos a fio. O *hikikomori* ameaça tirar do mercado de trabalho japonês cerca de um milhão de jovens em idade produtiva. A intensa pressão para o êxito escolar está entre uma das principais causas do alastramento deste fenômeno (Parry, 2004). Mas cabe novamente uma pergunta: às conseqüências da exacerbação das pressões sociais sobre determinados indivíduos pode se dar o nome de doença? Como aferir cientificamente o grau de felicidade de uma pessoa? Afinal, quem define o que é felicidade?

Em síntese, os conceitos médicos surgem como alternativa simbólica na sociedade moderna para denominar fenômenos antes qualificados como punição dos deuses, falha de caráter, pecaminosidade, possessão de espíritos ou demônios etc. Os diagnósticos psiquiátricos, via de regra, seguem critérios positivistas, seguindo os modelos da física ou da matemática e na medida em que tais “distúrbios” são quantificáveis e mensuráveis, e esta apreciação da realidade encontra boa aceitação em na sociedade moderna (Moscovici, 2003).

Mas as classificações psiquiátricas não conseguem dissuadir influência da cultura. Sob uma perspectiva transcultural, a própria OMS reconhece que é praticamente impossível determinar o que seja saúde mental<sup>40</sup>. Ocorre que, em uma determinada cultura, um mesmo comportamento pode ser considerado “normal” e noutra, “patológico”. Existem também entidades nosológicas ligadas à cultura como o *calundu*, a *caruara*, o *banzo*, o *mal-olhado* e outras que intrigam os conceitos médicos de “saúde mental” e por isso mesmo só podem ser tratadas através das metodologias da psiquiatria transcultural ou da etnopsiquiatria (Dalgalarrondo, Santos e Oda, 2003).

---

<sup>40</sup> Contraditoriamente, esta mesma instituição argumenta que a partir das modernas classificações médicas, as “doenças mentais podem agora ser diagnosticadas de forma tão confiante e precisa como a maioria das doenças físicas. Elas situam-se na mesma ordem de doenças como diabetes, hipertensão e doença coronária” (WHO, 2001:22).

Além do mais, alguns comportamentos anti-sociais podem ser camuflados pela própria coletividade, como ocorre nas modernas sociedades capitalistas, em que muitas vezes a busca do poder, prestígio e posses é vista como absolutamente normal, embora possa conduzir o indivíduo a condutas patológicas. Como bem observa Capra sobre o perfil psicológico de muitos indivíduos “racionais” que ocupam posições de poder nas sociedades modernas:

Uma pessoa que age exclusivamente segundo a maneira cartesiana pode estar livre de sintomas manifestos, mas não pode ser considerada mentalmente saudável. Alguns indivíduos levam tipicamente uma vida egocêntrica, competitiva, orientada para determinadas metas. Excessivamente preocupados com o seu passado e o futuro, estão propensos a ter uma consciência limitada do presente e, assim, uma capacidade limitada para se satisfazer com as atividades da vida ordinária cotidiana. Concentram-se na manipulação do mundo externo e medem seu padrão de vida pela quantidade de bens materiais, ao passo que se tornam cada vez mais alienados de seu mundo interior e incapazes de apreciar o processo da vida. Para as pessoas cuja existência é dominada por esse tipo de experiência, nenhum nível de riqueza trará satisfação genuína; são, por isso, invadidas por um sentimento de insignificância, futilidade e até de absurdo, que nenhum êxito externo poderá dissipar. Os sintomas dessa loucura cultural preponderam em todas as nossas instituições acadêmicas, empresariais e políticas, sendo a corrida das armas nucleares talvez a mais psicótica de suas manifestações. (1995:371-372)

Em grande medida, existem muitos comentários anedóticos que dizem que os verdadeiros “doentes mentais” estão soltos nas ruas, no mundo dos negócios e na política. Nunca é tarde lembrar que os maiores crimes contra a humanidade foram perpetrados por membros “respeitáveis” da sociedade, sendo o holocausto um dos exemplos mais extremo desta tendência. Assim, não é difícil notar que a tendência normalizadora dos atuais diagnósticos psiquiátricos não ocorre no terreno da neutralidade. Os atuais rótulos psiquiátricos são convenientes para a indústria de psicofármacos, reduzindo problemas de cunho existencial e social a uma mera descrição objetivada de sintomas. Daí resulta a enxurrada de psicotrópicos receitados em todo o mundo<sup>41</sup>.

---

<sup>41</sup> Somente no ano de 2001 foram consumidas 33,7 bilhões de doses de tranqüilizantes no mundo (CEBRID, 2003). Nos Estados Unidos, as vendas de antipsicóticos e antidepressivos aumentaram 40 vezes, saltando de 500 milhões de dólares em 1986, para 20 bilhões de dólares em 2004. Verificando o aumento dos casos de doença mental e o consumo desses medicamentos, parece que tais drogas estão fomentando as patologias, ao invés de curá-las. Desde o lançamento do antidepressivo Prozac, em 1987, o número de indivíduos incapacitados por doença mental nos EUA também aumentou em 2,4 milhões (Whitaker, 2005).

Trata-se agora de medicalizar um homem que não possui mais esperança de ver atenuados os problemas sociais, ao mesmo tempo em que padece de uma profunda inquietação ao tentar sobreviver às metas competitivas das modernas economias de mercado. Neste sentido, “o *capitalismo médico* impõe, assim, um modelo de saber técnico especializado sobre as doenças, o qual obedece a dois padrões: de um lado, uma rígida divisão disciplinar do campo científico e, de outro, uma compreensão utilitário-econômica do corpo humano, que dispensa as dimensões imagéticas, afetivas e emocionais” (Martins, 2003:147 – grifos do autor).

A medicalização das angústias existenciais e sociais também começa a substituir a psicoterapia, em virtude de seus aparentes resultados imediatos. O ansiolítico acalma, o antidepressivo estimula: a pílula substitui a palavra e o sentimento. Os medicamentos psiquiátricos possuem efeito rápido e calam os sintomas, sem questionar o significado existencial da angústia. Mas isso não interessa ao homem deprimido de hoje, pois não lhe resta sequer tempo para refletir sobre suas mazelas psíquicas, ele busca agora “paliativos eficazes” que podem ser comprados legalmente. Por isso, cada vez mais pessoas procuram nos medicamentos psiquiátricos (as drogas legais) a *panacea* para abafar suas dores psíquicas e não parecer um “fracassado” diante das exigências do capitalismo neoliberal. Segundo Roudinesco:

Entre o medo da desordem e a valorização de uma competitividade baseada unicamente no sucesso material, muitos são os sujeitos que preferem entregar-se voluntariamente a substâncias a falar de seus sofrimentos íntimos. O poder dos remédios do espírito, portanto, é o sintoma de uma modernidade que tende a abolir no homem não apenas o desejo de liberdade, mas também a própria idéia de enfrentar a prova dele. O silêncio passa a ser então preferível á linguagem, fonte de angústia e vergonha. (2000:30)

Dessa forma, essa modalidade de dependência química lícita emerge como uma “patologia” que reflete um estado de desamparo utópico e cobrança cada vez mais intensa de metas pecuniárias. Não se trata apenas do alcoolismo ou abuso de drogas ilícitas, como normalmente se pensa. Essas drogas podem ser associadas ao desvio, não é possível refutar que aqui se trata de uma paradoxal “dependência química normalizadora” que tem como objetivo o tratamento das “doenças da alma”. Se a angústia e o estresse esfacelam os nervos recomendam-se os ansiolíticos. Caso as forças psíquicas estejam em letargia, faz-se necessário usar antidepressivos e, se a insônia torna impossível o dia seguinte, receita-se um hipnótico. Dessa forma, um tipo de

dependência química “silenciosa” que se serve da estrutura médica para difundir-se em amplos segmentos populacionais, driblando o estigma do bêbado ou do drogado. E os próprios médicos que receitam toda essa parafernália de novos medicamentos psicotrópicos eles parecem tão doentes quanto seus próprios pacientes. Conforme Roudinesco:

Uma pesquisa recente, publicada pelo jornal *Le Monde*, mostra que inúmeros clínicos franceses, sobretudo os que cuidam de emergências, não estão em melhores condições do que seus pacientes. Inquietos, insatisfeitos, atormentados pelos laboratórios e impotentes para curar, ou, pelo menos, para escutar uma dor psíquica que os transcende cotidianamente, parecem não ter outra solução senão atender à demanda maciça de psicotrópicos. Quem se atreveria a culpá-los? (2000:30-31)

Mas para as ciências sociais, a compreensão do alcoolismo (assim como qualquer outra nomenclatura médica) não pode restringir-se ao entendimento como simples “patologia psiquiátrica”, visto que as *normas sociais* vigentes possuem grande influência na construção social dos rótulos aplicados aos sujeitos que padecem de tais “doenças”. No caso do alcoolismo, esta dinâmica está profundamente inserida numa esfera de significação proveniente da relação entre o uso do álcool e a cultura. Como observa Vaillant, “um comerciante de vinhos Bourdeaux que bebe um litro e meio de vinho por dia pode parecer bastante normal para sua esposa francesa, mas será considerado um bêbado para seu genro israelita” (1999:30).

Então, o comportamento desviante não é somente restrito a um determinado período histórico, mas também é relativo a grupos sociais e espaços específicos. Alguém que chega sóbrio a um bar onde todos estão “altos”, será visto como um “desviante” naquele contexto. O desvio é também *situacional*. Ao indagar um policial se um usuário de substâncias ilegais considera-se um contraventor, ele respondeu:

Não, pois pelo fato dele conviver com outros dependentes químicos, eles acham tudo normal. Muitas das vezes, eles até argumentam, em face de um crime, que o cometeram porque estavam naquele momento drogados. Eles usam esse artifício como se fosse minorar a ação que eles praticaram. (CA., policial, maio 2005).

Dessa forma, fica evidenciado o caráter ambíguo, tanto da noção de doença, como de outros aspectos ligados ao abuso de drogas, o que indica que nesta matéria é infrutífero buscar terreno neutro. Além do mais, não obstante os problemas morais que

permeiam constantemente esta questão, a eficácia dos procedimentos para o tratamento da dependência química é muito pequena, o que, por sua vez, provoca repulsa, desconfiança e antipatias mútuas por parte de muitos profissionais de saúde. E, paradoxalmente, este tema está ausente da grade curricular da maioria das faculdades de medicina, embora constitua problema de saúde pública de grandes dimensões (Cruz, 2003). Em suma, tudo indica que a variedade de representações sociais endereçadas à dependência química dificulta sua apreensão como uma simples “doença”. Segundo o relato de um psicólogo:

É uma doença que é difícil levar esta informação para a comunidade, porque já se tem esse preconceito cultural, de que se trata de uma falta de caráter. Mas a gente sabe que não é bem isso, que pode vir de questões físicas, genéticas, familiares ou sociais e que não está muito ligada à questão do caráter ou da índole da pessoa. É uma doença que vem aumentando, até mesmo como fruto das circunstâncias que vivemos hoje, das pressões, cobrança de resultados, do capital, as pessoas estão precisando de uma válvula de escape e infelizmente estão usando o álcool ou drogas como mecanismo para suprir estas necessidades. (DN, psicólogo, dezembro 2005)

Como foi possível observar no conteúdo de alguns depoimentos, é possível constatar que as fronteiras entre as diferentes representações não podem ser tomadas como *fixas*. Na maior parte dos discursos verificados em minha inserção no campo, constatei que predomina o modelo de *doença* da dependência química. Entretanto, isso não significa que as interpretações morais ou religiosas não sejam consideradas como partes integrantes desta “doença”. O que predomina, então, é um emaranhado de interpretações que comportam significados cuja complexidade resulta na articulação de diversas representações.

De qualquer forma, como foi acentuado anteriormente qualificar um determinado desvio social em termos médicos pode apresentar resultados positivos. Buscar meios clínicos de tratar a dependência química é mais prudente que o encarceramento em instituições penitenciárias. Além do mais, quando a dependência química passa a ser considerada uma doença, é possível pleitear verbas para pesquisas e instituições de tratamento, pressionar os planos de saúde para cobrir os custos de internação, formular políticas públicas de saúde etc., o que seria inviável se o problema estivesse restrito à esfera da moralidade.

Mas também é necessário não perder de vista que o comportamento do alcoolista ou do drogadicto também causa uma série de danos que se estendem a seus familiares e

à comunidade. Aliás, a legislação brasileira reconhece a embriaguez como um ato intencional e previsível e não como uma doença da qual o indivíduo seja “vítima” e não possa ser responsabilizado por suas ações. Nos tribunais, aplica-se a teoria da *actio libera in causa*, ou seja, *a ação é livre em sua origem* (Rodrigues, 1996 - grifos meus). O ato cometido em estado de embriaguez não é isento de culpabilidade, sendo o consumo de álcool um agravante no julgamento do caso. Antes de começar a beber, o sujeito deveria estar ciente das possíveis conseqüências, uma vez que ele iniciou o consumo de álcool espontaneamente.

As únicas formas de o indivíduo eximir-se do ato delituoso praticado em estado de embriaguez seria sua possibilidade de provar que ele foi “forçado” a ingerir álcool (*embriaguez por força maior*) ou alguém misturou alguma substância psicoativa ou bebida mais forte à sua dose sem o seu consentimento, caracterizando-se assim em *embriaguez fortuita*. Em outras palavras, o indivíduo que tenta argumentar que estava em estado de embriaguez na ocasião do delito e por isso não consegue recordar-se do ocorrido ou argumentar que é um “doente alcoólico”, nada conseguirá perante a lei, a não ser em casos de incapacitação crônica. Além disso, a responsabilidade criminal é também agravada, se o agente faz uso da bebida com a intenção de facilitar a prática do delito.

No senso comum, parece que poucas pessoas se conformam com o rótulo de *doença* aplicado ao abuso de álcool e drogas. Assim, tratando-se da dependência química, os processos clínicos de intervenção geralmente esbarram no rol dos aspectos emotivos e criminais que constroem a eficácia dos procedimentos terapêuticos. Preconceitos, questões de gênero e ressentimentos profundamente arraigados inquietam os poucos profissionais que trabalham com a dependência química e por isso, o diálogo com as ciências sociais torna-se fecundo. Ao indagar a um psicólogo que trabalha nesta área sobre o “processo de convencimento” dos familiares de um dependente químico sobre a avaliação clínica de seu problema:

Isso não é fácil. Até porque nós vivemos numa região do Brasil muito machista e preconceituosa. Então, o pai, ele não admite que produziu uma “peça com defeito”. É muito comum você chegar numa sala de espera de uma clínica para crianças especiais ou portadores de deficiência física e ver um pai. Normalmente, você vê nove mães e um pai. Geralmente quando o pai vê que o filho nasceu defeituoso ele se separa da mulher e de preferência vai morar em outro estado. Porque cada vez que ele olha para aquele filho ele pensa: eu não fiz uma coisa dessas, malfeita. O mesmo se aplica à dependência química. Ele vai



olhar para aquele filho e vai pensar no risco de que o filho pode ser preso, que vai sair nos jornais. Ele pensa pelo lado da sociedade, de ver seu status abalado, da cobrança, inclusive da própria família dele, dos irmãos, dos primos. Esse lado é muito difícil. Quando a dependente é uma mulher, complica mais ainda. Por conta do nosso preconceito, do nosso machismo. A mulher vai muito mais rápido para a prostituição. Para você tratar uma mulher é difícil. É mais fácil você tratar cinco homens do que uma mulher. Isso sem nenhum preconceito, porque eu tenho o maior carinho pelas mulheres. E sou um cara que brigo por isso. As mulheres precisam tanto quanto os homens, ou mais ainda, de tratamento. (OD, psicólogo, abril 2005).

A dependência química é fruto de uma relação ambígua entre *prazer* e *dor* que escapa aos reducionismos positivistas e encontra resistências ao classificar-se apenas como uma doença. A presença do consumo abusivo da substância pode provocar extremo sofrimento e até morte, mas sua ausência também é fonte de desprazer para muitos que as utilizam. Também me foi confidenciado por profissionais da área que se trata de um ramo de atividade que parece financeiramente pouco atraente. Na maior parte das interações com profissionais da área, muitos deles me confidenciaram que continuam trabalhando com dependentes químicos “por amor”, pois reconhecem a baixa eficácia dos diversos procedimentos terapêuticos, além dos baixos salários, principalmente nos órgãos públicos.

De qualquer maneira, me foi confidenciado que a recuperação nunca pode ser vista como um *evento*, mas como um *processo*. Isto quer dizer que, muitas vezes, várias recaídas ocorrerão até que o dependente consiga abstinência. Conforme o relato de uma aluna, funcionária de uma clínica de recuperação de dependentes químicos:

Eu vejo como uma doença tríplice e incurável. Incurável mesmo. Até hoje eu não vi nenhum estudo ou informação de alguém que se curou tomando alguma medicação. Não existe esse beber controlado, não existe. Eu também não vejo como escolha. Numa família, tem vários indivíduos que não bebem, e porque só um bebe? (FL, assistente social, dezembro 2005)

Por outro lado, outra profissional questiona a noção da dependência química como uma doença de origem biológica que reduz a responsabilidade do sujeito quanto ao ato de beber ou usar drogas:

Eu acredito que há uma predisposição biológica, como a gente já estudou. E também existe a questão da escolha. No meu caso, eu escolho beber ou não. Às vezes eu tomo dois copinhos e por muito tempo não tenho vontade de beber nada. Às vezes, dá vontade de

beber mais ... Eu acredito muito neste fator biológico. Isso porque meu corpo não aceita determinadas quantidades de bebida. E também a questão da escolha, de escolher entre beber ou não. É uma doença que envolve vários fatores, o biológico, o psicológico e principalmente o social. (AD, assistente social, dezembro 2005)

Outra entrevistada expõe, novamente, as contradições entre o papel do doente e a questão do livre arbítrio:

Eu particularmente vejo como uma doença multifatorial. Existe a parte biológica, mas até quando existe a escolha? Eu acho que existe a escolha do ato de beber, mas ninguém quer tornar-se um dependente, ou seja, ficar doente. É uma doença silenciosa, que a pessoa só vai saber que tem quando ele usar, se ela não provar em bebida jamais saberá que é um alcoólatra. Uma pessoa que bebe e não manifesta a doença. A pessoa pode nascer alcoólatra e nunca saber, mas tem também o lado social: as festas, a maioria das comemorações são regadas a bebidas alcoólicas e outras drogas. A sociedade vai incentivando, mas ela só vai saber se ela é doente a partir do momento em que ela vai gostando da coisa. Eu antes bebia três caipirinhas. Hoje, eu bebo apenas uma e o pessoal fica dizendo que estou ficando velha. Então, eu acho que não tenho esta propensão, meu organismo não está apto a esta doença. É uma questão social e biológica. (ED, socióloga, dezembro 2005)

Por fim, quando a dependência química está associada a delitos praticados para conseguir a droga, a medicalização do desvio torna-se ainda mais problemática:

No meu próprio trabalho com menores infratores, meus colegas vêm as coisas assim: ele fez aquilo porque quis e não porque é uma doença. Eles não têm este entendimento, de doença. É tanto que a gente está tentando levar grupos de Narcóticos Anônimos para dentro da Instituição para ampliar este conhecimento. Porque a visão é que ele fez porque quis, o adolescente está lá porque é um drogado, é um viciado. É como a sociedade ainda vê o problema. Eu acho que a sociedade não está mobilizada no sentido de reconhecer que a dependência química é uma doença. Nos depoimentos de colegas de trabalho, a gente vê este preconceito, de que o adolescente faz porque quer, porque ele é um drogado, um viciado. (RJ, assistente social, dez. 2005)

Em poucas palavras, observa-se o quanto à noção da dependência química como uma *doença*, apesar de todo o amparo normativo, revela-se frágil, sobretudo em virtude das conseqüências que esta “patologia” acarreta. Além do mais, a inquietação acerca deste fenômeno também tende a aumentar na proporção em que, nas modernas sociedades capitalistas, o *princípio do prazer* que, segundo Freud (1997 [1929]), decide

o propósito da vida, é exacerbado continuamente pelo apelo ao consumismo. Aliás, Freud já considerava as drogas o meio mais eficaz para lidar com o sofrimento humano, embora ele considerasse esta prática uma estratégia grosseira. Daí surge uma nova pergunta: Será que a dependência química não é nem pecado, nem doença, tampouco um crime, mas somente um recurso humano, dentre tantos outros, para amortizar o sofrimento?

Para um dos críticos dos atuais modelos de intervenção terapêutica<sup>42</sup>, Staton Peele (1989), o problema do tratamento da dependência química não reside no indivíduo, mas na forma como a “indústria do tratamento” conduz tais procedimentos e manipula os pacientes através do medo. Trata-se de um procedimento que inculca nos indivíduos a idéia de que eles não podem se livrar de um comportamento autodestrutivo sem o auxílio de um grupo de terapeutas. Assim, a equipe da clínica doutrina os pacientes forçando-os a acreditar que eles possuem uma *doença incurável* e que suas vidas estão *fora de controle*. Caso estes refutem a aceitar tais normas, lhes é dito que estão sob influência da *doença*, que se manifesta sob o sintoma da *negação*.

Segundo Peele, os terapeutas assumem o controle de uma situação que poderia ser resolvida pelo próprio indivíduo. Assim, os casos de pessoas que conseguiram superar o vício através de suas próprias forças são geralmente desconsiderados não somente pelo *establishment* terapêutico, mas também por boa parte da grande imprensa. Praticamente todas as histórias de recuperação de dependência química publicadas em revistas e tablóides norte-americanos, geralmente envolvendo celebridades do *show business*, citam clínicas ou terapeutas especializados como coadjuvantes neste processo.

Seguindo à risca a classificação oficial de Síndrome de Dependência da OMS, uma senhora de meia-idade dependente de Lexotan<sup>®</sup>, cuja caixa de comprimidos encontra-se ao lado da imagem de Nossa Senhora, está *tecnicamente* na mesma categoria de um homem jovem que acaba de realizar um assalto à mão armada para comprar *crack*. Essa é a função de um conceito médico: uniformizar, normalizar, tornar acessível à compreensão de um fato reduzindo-o à sua esfera físico-biológica. O código constante no CID (Classificação Internacional das Doenças) atribuído à doença pela Organização Mundial da Saúde será compreensível tanto para um médico no Brasil,

---

<sup>42</sup> Peele (1989) refere-se mais especificamente aos 12 Passos de Alcoólicos Anônimos, modelo dominante de reabilitação da dependência química, utilizado nas clínicas de reabilitação sobre a insígnia de Modelo Minnesota.

como para seu colega no Japão. A doença perde, então, a sua linguagem simbólica, ela é transformada numa nomenclatura.

Todavia, tais diagnósticos não são simples de serem realizados. O comportamento anormal necessita de uma norma que o defina como tal e esta só poderá vir da sociedade ou de um grupo específico. Em atendimentos psiquiátricos destinados às populações de baixa renda, o psiquiatra pode dispor de apenas alguns minutos para efetuar seu diagnóstico, aplicando um rótulo ao paciente que pode comprometer todo o seu futuro. Nos diagnósticos de alcoolismo, o paciente pode manipular o médico de tal forma que este nunca perceberá qualquer sintoma, a não ser nos casos mais avançados de intoxicação. Por outro lado, se o próprio médico for um alcoolista, ele dificilmente irá rotular seu paciente, visto que, para ele, o ato de consumir grandes quantidades de bebidas alcoólicas é um ato “normal”. Escutei inúmeras histórias de membros de Alcoólicos Anônimos a esse respeito.

Além do mais, um jovem pobre que comercializa cocaína na favela para sustentar seu vício, permanentemente exposto a perigos em função de sua atividade, pode consumir a mesma quantidade de um grande executivo viciado na mesma substância, mas a diferença entre um caso e outro é incontestável. Daí me vem à mente uma antiga anedota: rico correndo é “atleta”, pobre correndo é “ladrão”. Dessa forma, Souza observa que

[...] a antropologia médica tem procurado demonstrar que a aflição, a doença, o corpo são realidades profundamente imersas em domínios culturais e contextos sociais particulares. Qualquer que seja sua natureza, seu substrato biológico ou psicológico, a doença se integra à experiência humana como uma realidade construída significativamente [...] Tentar conferir uma ordem à ameaça de desordem que acompanha a enfermidade é um processo que se desenrola em um mundo compartilhado com outros, composto de uma pluralidade de vozes com as quais se dialoga, negocia, debate, para produzir definições e modos de manejar a doença. (1999:89)

A Síndrome de Dependência não pode ser avaliada como categoria fora de seu contexto social, e isso se aplica tanto ao processo da “doença”, quanto à forma de tratamento recebida pelo paciente. O universo simbólico dos grupos de ajuda mútua é notadamente diverso das clínicas especializadas, que por sua vez são diversas dos hospitais psiquiátricos, o mesmo ocorrendo com instituições religiosas ou delegacias de polícia. Mas mesmo considerando as diferenças inerentes a essas instâncias de normalização, o “cliente” será sempre o mesmo: o dependente químico. De acordo com

a história de vida e os recursos disponíveis para lidar com o uso problemático de drogas, este sujeito geralmente tende a gravitar entre algumas dessas instituições em algum período de sua vida, como pude constatar através de inúmeros relatos e depoimentos que escutei ao longo desta pesquisa de campo. Neste sentido, Goffman confere um pequeno exemplo desta dinâmica:

[...] um alcoólatra é enviado para o hospital de doentes mentais porque a cadeia está muito cheia, um viciado em tóxicos é internado porque se recusa a aceitar tratamento existente fora do hospital; uma jovem adolescente rebelde é internada porque já não pode ser controlada em casa e ameaça ter um caso com um companheiro inadequado; e assim por diante. (2003:117)

Evitando embrenhar-me em um relativismo que conduza à incomensurabilidade, gostaria de observar que os sintomas de uma patologia psiquiátrica também podem revelar muito sobre o contexto social. Se a Organização Mundial da Saúde afirma que depressão irá aumentar no mundo nas próximas décadas (WHO, 2001), isso leva a supor que a sociedade será cada vez mais povoada de pessoas irritadiças, com pouca empatia e desalentadas, visto que esses são alguns dos sintomas de depressão. Assim, é provável que a interação social fique cada vez mais hostil em decorrência da propagação desses “quadros clínicos”. Considero este um raciocínio útil para tentar relacionar a Sociologia com a Psiquiatria em termos interdisciplinares.

No caso dos grupos de Alcoólicos Anônimos, constatei que o *modelo de doença* do alcoolismo geralmente produz um impacto positivo no processo de recuperação de seus membros. Quando é revelado ao alcoolista que seu problema não está vinculado a uma debilidade moral, mas antes constitui uma “doença”, isso representa para ele um grande alívio, o que é enfatizado em praticamente todos os depoimentos. Ser “diagnosticado” como “doente alcoólatra” em oposição à “cachaceiro”, “bêbado” ou “vagabundo” é preferível aos antigos rótulos estigmatizantes. Como bem descreve Campos:

A entrada no grupo de AA introduz o ex-bebedor numa ordem de significados que permite a (re) construção de sua identidade. Os membros de AA reconhecem-se agora como “doentes alcoólicos em recuperação”, em oposição à imagem do “bêbado” e do “cachaceiro” dos tempos do alcoolismo ativo. Como consequência, o alcoólico adquire um status de doente, com uma positividade não encontrada na representação do “bêbado” e do “cachaceiro”: “*meu nome é C., um ex-bêbado e hoje um doente alcoólico em recuperação*”. A oposição

bêbado/doente alcoólico assinala a passagem de uma posição estritamente moral e estigmatizante para uma concepção da “doença” mais próxima do modelo biomédico, mas que é (re) significada no interior de A.A., assumindo uma dimensão propriamente “físico-moral”. (2004: 1383, grifo do autor).

Dessa forma, ser incluído na trama que Ivan Illich denominou de “medicalização das categorias sociais”, não se revela prejudicial para aquele que deseja recuperar-se do seu alcoolismo em Alcoólicos Anônimos ou da dependência de drogas ilícitas em Narcóticos Anônimos, o mesmo aplicando-se a pacientes de Comunidades Terapêuticas. Esta *aceitação* do status de doente é condição *sine qua non* para a maioria das decisões dos indivíduos de ingressar nestes grupos. Isto confirma a tese de que, segundo Illich (1981:75), “numa sociedade mórbida, prevalece à idéia de que a má saúde definida e diagnosticada é infinitamente preferível a qualquer outra forma de etiquetagem negativa”.

De qualquer maneira, a interpretação da dependência química como uma doença, mesmo entre a classe médica, está longe de ser consensual. Transformar um problema que é mais avaliado como uma questão *moral* em uma questão de ordem *médica* não é um empreendimento fácil. No que concerne à Sociologia da Saúde, é necessário perceber que enquadrar um desvio social na esfera de um problema médico também resulta na tomada de decisões políticas que tenham como objetivo fazer algo pelas pessoas que sofrem da doença em questão (Nunes, 1999). Neste sentido específico, a dependência química poderia hoje considerar-se uma doença, considerando o grande número de instituições que estabelecem políticas para lidar com este problema em nível local, nacional e internacional.

Além do mais, a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde é um instrumento *formal* que serve como legitimador das práticas institucionais de saúde pública em nível mundial. Mas é necessário considerar que processo político pelo qual as designações do desvio passam de criminais para médicas numa espécie de “transição moral” implica em um esforço coletivo de vários agentes comprometidos com esta causa. Portanto, este processo não é apenas um resultado do “progresso da medicina”, uma vez que adquire um caráter político irrefutável. Trata-se de um processo designado por Gusfield (1999) como uma “passagem moral”, de caráter político e simbólico, cujo principal objetivo seria reduzir as penalidades criminais sobre os desviantes, agora que estes passam a ser considerados doentes. No entanto, é bom recordar que essa “passagem” não ocorre sem fortes resistências.

### 3.5 Drogas e Estigmas

Os gregos criaram o termo *stigma* para designar sinais no corpo feitos com cortes ou fogo que denunciavam que o portador era um escravo, um criminoso ou um traidor. O estigma procurava anunciar que o indivíduo possuía algo de mau e que era prudente afastar-se daquela pessoa. Tratava-se de uma pessoa ritualmente poluída, com quem deveria ser evitada qualquer aproximação, sobretudo em locais públicos. (Goffman, 1988) Assim, o estigma representa não só a “diferença”, mas também algo que as pessoas “normais” devem temer. Estigmas podem variar da cor da pele de uma pessoa a suas crenças religiosas, nacionalidade, orientação sexual etc. Praticamente toda sociedade cria seus estigmatizados e sobre eles pesa a cristalização de estereótipos imbuídos do poder da condenação moral.

Considerando o caso de um usuário de drogas ilícitas, essa regra aplica-se com força total. Em primeiro lugar, é necessário recordar que hoje o proibicionismo é um *fato social*, ou seja, ele existe independentemente da vontade da maioria das pessoas. Talvez nenhuma iniciativa de política externa estadunidense tenha obtido tanto êxito como a proibição da manufatura, comercialização e uso de determinadas substâncias psicoativas em nível mundial. Em 1948, a recém criada Organização das Nações Unidas estabeleceu como uma de suas prioridades apoiar a proibição de determinadas substâncias, sendo esta iniciativa depois reforçada através de vários tratados internacionais, ratificados por governos democráticos ou totalitários, teocráticos ou laicos, capitalistas ou socialistas, que se consolidaram sobretudo após a Convenção Única de 1961.

Dessa forma, a condenação de determinadas drogas e seus usuários passou a constituir-se um movimento simbólico de grandes proporções, unindo setores governamentais, mídia, líderes religiosos, autoridades médicas, professores, etc. O usuário de drogas ilícitas tornou-se um “desviante global”, uma vez que praticamente todos os países do mundo são signatários dos tratados anti-drogas. Talvez nenhuma outra ideologia tenha obtido tanto consenso em nível mundial como a repressão a determinados tipos de narcóticos.

A partir daí, as interpretações reducionistas sobre as drogas, ou seja, teses como a *demonização* das drogas, o *mito do maconheiro*<sup>43</sup> e a edificação de uma “sociedade livre de drogas” ganharam grande espaço no imaginário, na mesma proporção em que a violência associada ao tráfico ilegal de tais substâncias se exacerbava. Veiculadas em tom altamente emocional pelos meios de comunicação de massa, tais representações são também apreciadas por satisfazer a necessidade de designar um *inimigo comum* da sociedade e nele projetar suas contradições, como ocorre atualmente com a “guerra contra o terrorismo”. Portanto, quando alguém classifica uma pessoa de *drogado* é fácil constatar que “estamos sempre lidando com categorias de acusação totalizadoras que atacam a identidade dos acusados de forma radical” (Velho, 1994:60). E também existem os estigmas conjugados, passíveis de dupla condenação. A título de ilustração, basta conferir uma declaração proferida no VII Congresso Brasileiro de Farmacologia, em 1978, sobre duas condutas estigmatizadas: o uso de maconha e o homossexualismo.

A maquiagem e o homossexualismo. Que tal uma combinação de homossexual e viciado em maquiagem (maquiagano)? Algo terrível! Verdade? Indigno, sujo e baixo! Desafortunadamente, muitos homossexuais são grandes consumidores de narcóticos e de maquiagem. E sob sua ação cometem os mais atrozes atentados contra o indivíduo e a integridade de seu sexo, sem que existam barreiras de idade, hora e lugar. A maquiagem, com seus efeitos embriagantes e narcóticos, permite-lhes levar sua ação junto a adolescentes, aos quais incitam a fumar a planta e, uma vez viciados na erva, obrigam a ser seus concubinos. O adolescente maquiagado e estimulado ao homossexualismo começa a se vestir escandalosamente e a usar roupas impróprias ao seu sexo. (*apud* Mansur e Carlini, 2004:84-85)

Eis um exemplo sobre como mensagens moralistas, reforçadas por alguns setores da sociedade, penetram até mesmo nas instâncias “acadêmicas”. Neste caso, a maquiagem seria capaz de mudar a orientação sexual do indivíduo através de seus efeitos. Além disso, os homossexuais se utilizariam desta “planta maléfica” para seduzir adolescentes indefesos e coibi-los a praticar sexo com eles.

Não é a primeira vez que essas histórias invadem o imaginário social. Nos Estados Unidos, no início do século XX, os cruzados anti-drogas divulgaram que os negros haviam adquirido o hábito de usar cocaína para estuprar mulheres brancas. Dessa

---

<sup>43</sup> Esta representação rotula *qualquer* usuário de maquiagem como um indivíduo de alta periculosidade, uma ameaça aos ideais de harmonia social que norteiam a sociedade. Além de ser um desajustado social, o “maquiagano” tem como principal objetivo na vida o aliciamento de novos candidatos ao vício, ofertando-lhes gratuitamente a droga em saídas de escolas ou becos escuros. (Cf. Bucher, 1996)



forma, em vários estados do sul dos Estados Unidos, muitos xerifes começaram a aumentar o calibre de suas pistolas para caçar negros “enlouquecidos pela cocaína” em busca de mulheres brancas para estuprar (Reinarman e Levine, 1997).

Em se tratando de negros ou homossexuais, quando determinadas minorias são alvo das cruzadas anti-drogas, a estigmatização é potencializada a partir da conexão com uma droga ilegal. Nunca é tarde para lembrar que, em ambos os casos, não existem evidências de que homossexuais consumissem mais maconha que os heterossexuais, como também de que os negros estadunidenses se constituíssem em usuários mais assíduos de cocaína que a população branca.

A condenação social ao abuso de álcool e drogas também ocorre em virtude de esta conduta entrar em choque com o fato de que, em suas atividades diárias, a maioria das pessoas deve estar sóbria para garantir sua sobrevivência através de trabalho disciplinado. Em uma sociedade obcecada pela noção de eficácia instrumental, através do controle das variáveis de tempo e espaço, divisão e racionalização do trabalho visando a acumulação, o indivíduo intoxicado - principalmente tratando-se de um hábito regular – será rotulado como desviante<sup>44</sup>. Neste caso, a intoxicação crônica por substâncias inscreve-se neste rol de comportamentos “indesejáveis” que conduzem a um processo de rotulação negativa.

Segundo relato de uma psicóloga, Conselheira em Dependência Química<sup>45</sup>, a estigmatização dos dependentes químicos é fato que se confunde com a omissão por parte de muitos profissionais de saúde:

A estigmatização existe tanto no meio acadêmico, como na sociedade em geral e também a omissão com relação ao problema. Na faculdade não se fala sobre esse problema. É como se ele não existisse. Não se comenta quase nada sobre dependência química. Mesmo na Psicologia, não se comenta. Fala-se pouquíssimo sobre alcoolismo, mas é uma coisa “pingada” durante todo o curso. A classe média/alta é a que tem um discurso mais moralista com relação à dependência química. O pessoal vê com pavor, como se fosse o próprio demônio. Até o fato de não se comentar o assunto, isso já é sintomático.

---

<sup>44</sup> Então cabe aqui destacar a definição de desvio em Cusson, como um “conjunto de comportamentos e de situações que os membros de um grupo consideram não conforme as suas expectativas, normas ou valores e que, por isso, correm o risco de suscitar condenação e sanções de sua parte (1995:414).”

<sup>45</sup> O Conselheiro em Dependência Química foi uma função desenvolvida, sobretudo a partir da experiência dos grupos de ajuda mútua na recuperação de dependentes químicos. Trata-se de uma pessoa que já vivenciou o problema em sua vida pessoal e, após alguns anos sem utilizar substâncias psicoativas, passa a trabalhar nas clínicas especializadas.

Eles [os dependentes químicos] introjetam este estigma e se consideram o “monstro” que envenenou a sociedade. A auto-estima deles é baixíssima. Eles não se acham merecedores de nada, o discurso é este: “Realmente, eu não presto!”. A maneira como eles chegam na clínica é assim. Até a gente esclarecer que a dependência química é uma doença... Eles chegam com o estigma de drogado, maconheiro, de que não prestam. Eles introjetam isso. (MA, psicóloga, julho 2005)

Segundo este depoimento, é possível verificar que o estigma é *introjetado* pelo dependente químico. O sujeito se identifica como o “portador do mal” para a sociedade em que vive, ou seja, um ente maligno que “infecta” o meio social. O mais revelador é que esta estigmatização também se reflete junto aos profissionais de saúde, que geralmente recusam tratar esse tipo de “paciente”. Durante minha pesquisa, escutei de várias pessoas que esta rejeição é comum, tanto entre os médicos, como por parte de alguns psicanalistas. Em resumo, o dependente químico é geralmente visto como um caso “sem futuro”. Segundo Goffman (1988), os alcoolistas estariam na categoria de desviantes *desacreditáveis*, ou seja, de tipos de indivíduos que são sempre vistos com desconfiança, embora os sinais de seu desvio não sejam imediatamente perceptíveis como no caso de pessoas com problemas físicos como cegueira ou mutilação.

Mas é importante não perder de vista o fato de que o desvio é sempre atribuído por outrem, ou seja, não pode haver um desviante sem que exista alguém para aplicar-lhe um rótulo: a introjeção de um determinado rótulo e de todas as classificações pejorativas a ele associadas é uma consequência da interação social. Trata-se aqui de pessoas que “vivenciam afetivamente sua inferioridade *de poder* como um sinal de inferioridade *humana*”. (Elias e Scotson, 2000:28 – grifos dos autores). Conforme depoimento de uma auxiliar de enfermagem de um hospital psiquiátrico sobre seus pacientes:

Todos [os alcoolistas] eles vêm depressivos, agressivos, envergonhados, se sentindo desclassificados e desqualificados para qualquer tipo de coisa. O mesmo quadro é o mesmo quadro do drogado. Ele já entra rejeitado, não assina a folha do primeiro atendimento. Às vezes ele diz assim: “Olhe eu sou drogueiro, eu tomo tudo, eu fumo tudo, eu roubo tudo, você tome cuidado comigo que eu sou da pesada!”. Ele já entra querendo te afastar. (LD, auxiliar de enfermagem, junho 2006)

A condição de ilegalidade de uma substância potencializa seu efeito condenatório em relação aos dependentes de drogas lícitas. Os usuários de drogas

ilegais são quase sempre vistos como criminosos ou cúmplices. Atualmente, boa parte do discurso veiculado pelos meios de comunicação de massa e campanhas anti-drogas acusa os usuários de drogas ilícitas de serem os principais responsáveis pelo atual poder do narcotráfico e, por consequência, por toda e qualquer forma de violência praticada contra a população civil nos grandes centros urbanos. Em poucas palavras, o usuário de drogas ilícitas é considerado o *principal financiador* do crime no Brasil (Melo e Miranda, 2004), discurso este reforçado, sobretudo, após o lançamento do filme *Tropa de Elite*.

Sobre a existência de preconceito entre usuários de drogas lícitas com relação aos usuários de ilícitas internos para tratamento, um psicólogo coordenador de uma Comunidade Terapêutica observa:

Existe muito preconceito, muito mesmo. O alcoolista principalmente. Ele acha que a pessoa que usa drogas ilícitas é totalmente diferente dele. O pior é que a família vem com a mesma conversa. Mas OD., eu vou misturar meu filho com essa gente que cheira cocaína, fuma maconha, ele não vai sair da clínica muito pior? É muito comum ouvir essa história. Eu hoje tenho três casos desses no Instituto, de rapazes que são alcoolistas e que os pais ficam super preocupados, como se o filho deles fosse melhor que os outros, quando na verdade não é. Eles falam: tem gente aí que já foi presa, que já roubou, essas coisas... Isso acontece sempre. (OD, psicólogo, abril 2005).

A forma como é consumida a substância também é passível de condenação ou elogios. A sociedade estima o “bom bebedor”, ou seja, aquela pessoa que consegue beber (mesmo grandes quantidades) e, ao mesmo tempo, ter um “comportamento adequado”, pagar suas contas, manter seu trabalho, família etc. Mas, paradoxalmente, o mesmo contexto social que incentiva o consumo de álcool através de campanhas publicitárias de refinada sofisticação, assim como através dos rituais de afirmação social que valorizam essa prática, condenam o alcoolista à exclusão social. Enquanto está na fase de um “bom bebedor”, o futuro alcoolista é geralmente bem aceito no meio social que frequenta. Mas quando este consumo transgride as normas de sociabilidade do bar e da comunidade, a situação toma um novo rumo. É bastante comum ouvir nos depoimentos de alcoolistas em recuperação como eles foram rejeitados pelos companheiros de copo e donos de bares quando sua maneira de beber começou a decretar sua “falência social”. Não é à toa que, em Alcoólicos Anônimos, se diz que o alcoolismo *é a doença que todos escondem*.

Mas o poder econômico e conseqüente *lobby* dos fabricantes de bebidas alcoólicas é tão forte que parece inibir as políticas de controle do alcoolismo, o tipo de dependência química que mais causa problema de saúde pública e outros prejuízos no Brasil (Noto *et. al.*, 2001. Além do mais, o modelo de doença, segundo o qual o problema do alcoolismo não está no incremento da oferta de álcool e na ausência de políticas públicas consistentes, mas unicamente na constituição biológica do indivíduo, faz com que as indústrias fabricantes de bebidas alcoólicas “lavem suas mãos” no que tange aos danos causados pelo consumo abusivo dessa substância. Dessa forma,

A sociedade incentiva o uso do álcool como algo que promove o bem-estar e a interação social, mas quando o sujeito se torna dependente esta mesma sociedade particulariza o uso e culpabiliza o sujeito. Ele e somente ele será responsabilizado pelas conseqüências da dependência em sua vida pessoal e na sociedade, de tal modo que os fatores individuais são ressaltados na dependência. O alcoolismo passará a ser visto como responsabilidade do indivíduo e não mais da sociedade, vendo-o como pessoa-problema que precisa ser afastada da sociedade, colocando-o em instituições para tratamento, inclusive a colocação em hospitais psiquiátricos, agravando assim, os preconceitos acerca dos alcoolistas. (Maciel e Barros, 2003:335)

No caso das bebidas alcoólicas, ao contrário das drogas ilícitas, não parece haver qualquer condenação, a menos que o indivíduo quebre as regras do “beber controlado”. Durante o tempo em que venho desenvolvendo esta pesquisa, praticamente todas as ocasiões em que falo de alcoolismo logo percebo os semblantes de riso por parte da platéia, mas quando o assunto são as drogas ilícitas, muitas vezes a condenação é quase unânime. E considerando que a fofoca, assim como os gestos, pode falar mais que mil palavras, sou levado a inferir que a estigmatização que pesa sobre os dependentes de álcool parece bem mais moral do que criminal.

Pode-se também dizer que no consumo de qualquer substância existe uma relação entre *estabelecidos* e *outsiders* (Elias e Scotson, 2000). Um usuário ocasional obedece às normas sociais de consumo, mantém sob controle a maioria dos impulsos ou comportamentos anti-sociais que possam comprometer seu papel social, ao passo que um usuário pesado terá mais dificuldades em agir conforme as normas por muito tempo. A cocaína ou a bebida alcoólica do usuário ocasional ou do dependente são as mesmas, mas as maneiras como tais indivíduos interagem com essas substâncias altera profundamente sua relação com a interação social.

Embora o discurso dominante negue o fato de que possam existir usuários ocasionais de drogas ilegais, visto que todo usuário de drogas ilícitas é logo rotulado de *viciado*, é interessante notar que os usuários de drogas ilícitas problemáticos ainda se constituam uma minoria (UNODC, 2006). Contraditoriamente, para muitas pessoas, alguém que fuma um baseado em seus momentos de folga é um *viciado*, mas quem se embriaga todos os finais de semana é apenas um boêmio. Neste caso, percebe-se que as representações sobre as drogas são muito mais provenientes de crenças arraigadas no imaginário popular do que realmente da percepção de uma realidade “objetiva”.

Outro estigma projetado sobre a personalidade do dependente químico provém também da noção de que qualquer uso de drogas é passível de ser controlado unicamente através da força de vontade, ou seja, o vício é uma *opção*. Daí se evidencia uma nova controvérsia entre a moralidade e a biologia, pois durante toda minha pesquisa não conheci nenhum usuário que havia optado deliberadamente por tornar-se um dependente. Na realidade, praticamente todos eles queriam realmente conseguir controlar seu uso de álcool ou drogas, ou seja, ser um “usuário social” de substâncias psicoativas.

No senso comum o dependente químico enquadra-se, geralmente, na categoria de pessoa de “personalidade fraca”, justamente porque ele não consegue usar tais substâncias de forma racional. Em conseqüência, os usuários problemáticos são vistos como anômicos, tanto pelos usuários ocasionais, como também pelos traficantes que, ao contrário do que se pensa, muitas vezes não fazem sequer questão de tê-los como clientes (Zaluar, 2004).

Parece existir um padrão normativo no uso de substâncias psicoativas que representa uma espécie de “código moral do êxtase” que, como qualquer outra informação relativa a este tema, pode também revelar-se ambivalente. Com efeito, é comum ouvir fofocas depreciativas no ambiente de trabalho quando alguém que se embriaga e dá vexame em alguma festinha da firma. Dizer que os brasileiros são tolerantes com a intoxicação alcoólica é uma meia-verdade.

Mas aqueles indivíduos que conseguem beber moderadamente ou mesmo ficar “altos” sem comprometer sua posição social, por outro lado, são normalmente alvo de *fofocas elogiosas*, como no caso do “profissional competente” que bebe seu litro de *Scotch* todos os sábados com os amigos ao redor da piscina. Beber grandes quantidades de álcool sem comprometer o desempenho social é um sinal de bravura, digno de admiração em muitas culturas (Room, 2003).

Na realidade, uma pessoa que consegue usar qualquer substância psicoativa e mantém este uso sob controle detém uma posição de poder em relação aos usuários problemáticos, pois “*um grupo só pode estigmatizar outro com eficácia quando está bem instalado em posições de poder das quais o grupo estigmatizado é excluído*” (Elias e Scotson, 2000:23 – grifos meus). Dessa maneira, na medida em que qualquer grupo social “conquista” o privilégio de estigmatizar uma minoria, este processo de estigmatização não é nada mais do que a afirmação de sua posição de poder.

A título de exemplificação, segundo dados da Organização Mundial da Saúde, 48% da população mundial adulta consome álcool, enquanto os 52% restantes é abstinência. Os índices de consumo mais baixos são verificados na população muçulmana, enquanto os europeus continuam com um alto consumo *per capita*, embora se registre menos casos de alcoolismo em relação a países como o Brasil (Anderson, 2005). Os europeus, apesar de consumirem mais álcool que os brasileiros parecem fazê-lo dentro das normas, ou seja, não desprezam o prazer, mas sucumbem menos ao vício. E isso pode implicar em uma relação simbólica de poder e controle, que abrange tanto o corpo, como a cultura e o aprendizado social inerente a essas práticas.

Em uma pesquisa com usuários de maconha, Becker (1999) observou que entre eles existe todo um aprendizado social que é transmitido aos iniciantes sobre como disfarçar os efeitos dessa droga para não suscitar suspeita por parte de não usuários. Todo este “treinamento” consiste em aparentar estar em consonância com as normas socialmente aceitas de comportamento, ao mesmo tempo em que se usufrui o efeito da substância. O “bom” usuário de maconha é aquele que consegue transitar no ambiente dos não usuários e manter seu desvio em segredo, evitando a estigmatização.

Durante minha pesquisa, ouvi muitos depoimentos sobre como alguns indivíduos foram segregados em sua família após ser descoberto que ele consumia drogas ilícitas. Às vezes, um familiar encontra drogas entre seus pertences e daí “espalha” a notícia para o resto da família. A partir deste momento o indivíduo será tratado com base no estigma relacionado à substância, ou seja, ele passa a ser um *drogado*. No caso das bebidas alcoólicas, a situação pode ser diferente. Em muitas famílias, os próprios pais são os que iniciam os filhos nos prazeres de um “bom copo”. Dessa forma, é imprescindível ao sociólogo averiguar as contingências sociais e históricas implicadas na estigmatização dos usuários de determinadas substâncias. A título de exemplificação, cito Cotrim:

No fim do século XIX, nos Estados Unidos, se a pessoa tomasse dois copos de cerveja todo fim de semana e viesse a se separar da mulher, a explicação seria: só podia abandonar a mulher, ele tomava dois copos de cerveja no fim de semana! Naquele momento e naquele país, havia um grande preconceito contra as pessoas que tomavam bebida alcoólica, mesmo que em doses moderadas.

Se a mesma pessoa não tomasse cerveja, mas gostasse de usar cocaína de vez em quando, e num acesso de raiva batesse em um colega de trabalho e abandonasse o emprego, dificilmente o mesmo raciocínio seria feito. É que naquela época a cocaína era considerada um tônico contra o cansaço e usada como um anestésico local, sendo vendida em farmácias para qualquer pessoa que quisesse adquiri-la. (1997: 15)

A *demonização* das drogas raramente se baseia em dados epidemiológicos consistentes. E é justamente por causa das disparidades entre dados epidemiológicos e da profusão dos discursos sensacionalistas que muitos programas de prevenção estão fadados ao fracasso. Acontece também que quase tudo o que é transmitido através da mídia geralmente passa a ser considerado medida padrão em relação a informações sobre drogas. Um estudo realizado no Brasil com mais de 1.700 artigos na imprensa brasileira de grande circulação sobre drogas, entre 1960 e 1989, constatou a seguinte proporção: 66% dos artigos eram sobre drogas ilícitas, 23% sobre tabaco e apenas 11% sobre alcoolismo. Além disso, as descrições de comportamentos associados aos efeitos das substâncias revelaram-se contraditórios: enquanto nos Estados Unidos a maconha era condenada por causar apatia nos jovens, no Brasil esse uso era denunciado como causador de subversão (Carlini-Cotrim *et. al.*, 1995).

Outra pesquisa realizada posteriormente, entre agosto de 2002 e julho de 2003, constatou que a questão das drogas continua a ser percebida pela grande imprensa basicamente como um “problema moral” ou “um caso de polícia”. Em 32,2% das matérias, os usuários são retratados como pessoas violentas e, em 25,5%. Mas enquanto 17,3% dos usuários são vistos como vítimas de violência, 49% foram retratados como agressores. E em apenas 5,9% das matérias são enfocadas formas de uso de drogas não-patológicas. Em outras palavras, o simples uso de drogas conduz à violência, não importando a quantidade, forma de uso, tipo de substância ou personalidade do usuário. A novidade é que o alcoolismo começou a ganhar destaque na imprensa. No entanto, 89% dos textos não se propõem a elaborar uma contextualização sociológica mais detalhada, apresentando uma perspectiva sócio-histórica ou antropológica do uso de drogas. Segundo o relatório em questão:

Na cobertura da imprensa, a Droga está diretamente associada à violência. E também esta mesma cobertura que retrata somente as infrações que foram cometidas pelo usuário de drogas, omitindo o fato de que ele também tem seus direitos violados, em diversos momentos, pela família, pelo Estado e/ou pela sociedade. Isso acaba gerando uma visão reducionista da questão em que se exige do usuário de drogas uma postura ética, sem a preocupação de garantir-lhe a observância de seus direitos mínimos. (Andi, 2005:17)

Para uma análise sócio-antropológica da questão das drogas é necessário o estudo das representações e estigmas envolvidos neste tema, pois essas representações são cotidianamente utilizadas para transformar o não-familiar em familiar, para nomear, classificar, rotular e tornar “inteligível” um fenômeno social ou comportamento. Neste sentido, é útil pensar sobre a questão da “produção” e do “consumo” de representações.

No processo de construção social de estereótipos e estigmas não está em questão somente o “fato em si”, mas sobretudo as representações associadas a ele. Por isso, “os cruzados anti-drogas e aterrorizadores das drogas popularizam imagens das “drogas” como altamente contagiosas, um mal invasor. Palavras como *praga*, *epidemia*, *flagelo*, e *pestilência* são utilizadas para descrever substâncias psicoativas, uso de drogas, bem como usuários moderados ou recreativos” (Levine, 2002: 169-170 – grifos do autor).

E quando essas representações são internalizadas pela opinião pública, tudo pode ocorrer. Em 1985, Jânio Quadros voltou ao cenário político brasileiro candidatando-se à prefeitura de São Paulo, pelo PTB. Seu principal adversário era o então senador Fernando Henrique Cardoso, do PMDB. Em uma entrevista, Fernando Henrique confidenciou ter tido contato com maconha nos anos 1960. Valendo-se desse depoimento e utilizando seu característico tom moralista, Jânio Quadros aproveitou um programa de televisão para alertar a população que Fernando Henrique, caso eleito, poderia colocar maconha na merenda escolar das crianças. Pouco tempo depois, Fernando Henrique Cardoso foi abordado por uma eleitora aos prantos, pedindo-lhe que “pelo amor de Deus” não colocasse maconha na merenda escolar das crianças de São Paulo. Como consequência, Jânio Quadros acabou sendo eleito prefeito de São Paulo (Cardoso, 2006).

Com a divulgação intensa de reportagens sobre a violência do narcotráfico, esta tendência tende a aumentar cada vez mais, em uma guerra sem vencidos ou vencedores, cujo desfecho ainda está distante de qualquer prognóstico, a não ser na estigmatização cada vez maior dos policiais, vistos como corruptos e dos usuários, concebidos como violentos e irrecuperáveis. Dessa forma é importante lembrar que “*a forma e o conteúdo*



*de representações variam porque a organização social molda não somente o que é feito, mas também o que as pessoas querem que as representações façam [...]*” (Becker, 1993:139 – grifos meus). Se as campanhas anti-drogas têm como objetivo evitar o seu consumo, então as representações a serem criadas sobre tais substâncias devem ser as mais pejorativas possíveis. Dessa forma, o imaginário se apropria dessas mensagens e provoca a cristalização de tais estigmas, que passam a fazer parte dos juízos de valor do senso comum para tudo o que se relaciona com essa questão.

O uso de drogas, enquanto prática ritualizada, não parece oferecer os mesmos perigos do que em contextos de pura busca por prazer subjetivo ou supressão de dores psíquicas. O ritual parece conferir ordem e sentido ao uso de substâncias psicoativas. Um exemplo interessante é o caso do bebedor solitário, que vaga de bar em bar, para findar a noite embriagado. Ele não possui vínculos, bebe por agonia e solidão. Trata-se de um contexto muito diferente de pessoas reunidas à mesa, bebendo para confraternizar-se. Este grupo de pessoas pode até chegar à embriaguez, mas este ato estará longe de configurar-se em uma patologia.

O vício parece subjetivo, egoísta; uma necessidade. Mesmo que vários dependentes químicos se reúnam para compartilhar drogas, as conseqüências quase sempre são negativas. Em praticamente todos os depoimentos que escutei de ex-dependentes químicos, a solidão e o isolamento eram características indissociáveis de seu uso patológico de drogas. Segundo Giddens, “a dependência abrandava a ansiedade e introduz o indivíduo na fase narcotizante do vício. A dependência é psicologicamente necessária, mas mais tarde é sucedida pela depressão e pelas sensações de vazio; e o ciclo recomeça” (1993:85).

A literatura de grupos de ajuda mútua como Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos está repleta de menções à solidão. Por isso, cabe averiguar como os grupos de ajuda mútua conferem uma dimensão ritualística às suas reuniões e como esses encontros provêm a seus membros uma nova visão de mundo, o mesmo também ocorrendo com os grupos terapêuticos que funcionam nas instituições de tratamento de dependentes químicos. Trata-se aqui da produção de um re-ordenamento subjetivo que encontra no rito e na dádiva seus pilares fundamentais, como pretendo analisar a seguir.

*Todo vício surge de uma recusa inconsciente  
de encararmos nossos próprios sofrimentos.  
Todo vício começa no sofrimento e termina nele.*

*Eckhart Tolle*

## **VÍCIO, RITUAL E DÁDIVA: DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SOCIABILIDADE**

### **4.1 Fenomenologia do vício: uma breve inserção etnográfica**

Em um dia de domingo, fui visitar o irmão de uma amiga em uma clínica de recuperação de dependentes químicos. Utilizarei o pseudônimo de Márcio para designá-lo. Márcio é um homem de 43 anos, filho de uma família tradicional do interior do Ceará, desempregado há vários anos e alcoolista crônico. Segundo relato de sua irmã, Márcio era um “bom menino” na infância e pré-adolescência; prestativo e amoroso com a família. Mas, tudo isso se modificou quando ele transferiu-se para Fortaleza com o intuito de concluir o ensino médio. Influenciado pelas “más companhias”, começou a consumir bebidas alcoólicas por volta dos 15 anos de idade.

Segundo me confidenciou sua irmã, ao retornar a sua cidade natal, Márcio prestou concurso para uma importante instituição bancária pública e, apesar das ocasionais bebedeiras, dedicou-se ao certame e foi aprovado em 1º lugar. Entretanto, quando estava prestes a assumir o cargo, ele constatou que o mesmo havia sido preenchido por outra pessoa, nomeada por meio de indicação política. Após essa decepção, Márcio entregou-se definitivamente ao alcoolismo. Desiludido, abandonou a vida profissional e há mais de 20 anos bebe cachaça diariamente nos bares da pequena cidade onde reside, causando inúmeros problemas à sua família.

Quando conheci Márcio, seu estado físico e mental, mesmo após seis semanas de abstinência alcoólica, ainda era grave. Suas chances de sobrevivência, sem a interrupção do consumo de bebidas alcoólicas, me pareciam mínimas. Suas pernas estavam repletas de chagas e ele caminhava com o auxílio de uma muleta, possuía hérnias na região da bexiga e provável diagnóstico de cirrose hepática, além de outros problemas psiquiátricos.

Em nosso encontro inicial, sua reação foi de hostilidade. O semblante de raiva era aparente em seu rosto. Márcio logo ficou desconfiado com minha presença e julgou que eu seria apenas mais uma “pessoa intrometida” que queria dar-lhe conselhos sobre como parar de beber. Ele não estava enganado, pois eu estava ali para partilhar minha própria experiência e indicar-lhe uma saída para sua condição crítica, atendendo a pedidos de seus familiares. Em poucos segundos, porém, ele ignorou minha presença e começou a discutir asperamente com sua irmã. Pedia a ela que o levasse embora da clínica argumentando que não sabia o real motivo de estar sob internamento, pois seu único problema era tomar “umas cachacinhas” de vez em quando.

Márcio despejava incessantemente toda a culpa de seu alcoolismo na família, recusando-se a admitir-se como alcoolista, ao mesmo tempo em que execrava os outros internos da clínica pelo fato de serem usuários de drogas ilícitas. Dizia em tom autoritário: “Nunca coloquei qualquer droga na minha boca! Eu não sou como eles!”. Então, comecei a convencê-lo a permanecer por mais alguns dias na clínica somente para adquirir massa muscular para realizar a cirurgia de retirada de suas hérnias, conforme recomendação médica. Em toda minha vida, talvez eu nunca tenha visto uma expressão de raiva tão intensa.

Pouco antes de irmos embora da clínica, ele ameaçou sua irmã dizendo que iria cometer suicídio caso ela não o tirasse da instituição o mais breve possível, afirmando que sua família tinha “dado um nó na sua vida” e que ele era a maior vítima daquela situação. Na despedida, sua expressão de raiva abrandou um pouco após alguns conselhos de minha mulher, que fazia um grande esforço para suprimir suas lágrimas diante daquela situação, e também do olhar ingênuo de minha filha pequena, que acabou por chamá-lo de “tio”. Com muita dificuldade, conseguimos convencê-lo a permanecer por mais duas semanas na clínica, destacando a necessidade de sua reabilitação física. Enfim, fomos embora, deixando com ele um pequeno livreto do Terço da Misericórdia, o qual eu nunca soube se realmente foi utilizado.

Antes de sair da instituição, também encontrei com um amigo que havia conhecido como interno em outra clínica. Ele já estava há cerca de cinco meses sóbrio e me convidou para visitá-lo outras vezes, visto que está planejando trabalhar como conselheiro na instituição onde estava concluindo seu tratamento. Na ocasião, ele me disse que a instituição estava com um grupo bastante heterogêneo de internos: um padre, um travesti, um cigano e um economista de meia idade. O que poderia unir

peças tão diferentes em torno de uma mesma condição? A resposta não é difícil: a dependência química talvez seja a “doença” mais democrática do mundo.

Apesar de ter escutado relatos impressionantes sobre o alcoolismo, naquele encontro com Márcio, percebi que estava diante de um caso diferente da maioria dos dependentes químicos que conheço<sup>46</sup>. Tratava-se de alguém que estava decidido a morrer alcoolizado e recusava-se a participar de qualquer tipo de terapia, grupo ou religião para livrar-se do vício. Fiquei impressionado com sua obstinação em permanecer naquela condição, seu sentimento de raiva e “sede de autodestruição”. A abstinência lhe parecia insuportável e a possibilidade da morte parecia descortinar-se como um descanso merecido para pôr fim à sua agonia, mesmo a um custo altíssimo para seus familiares.

Nunca mais tive a oportunidade de encontrar Márcio pessoalmente. No entanto, segundo as últimas informações que obtive sobre ele por intermédio de encontros informais com um familiar, soube que ele conseguiu passar algum tempo abstinente em função de sua cirurgia, para depois voltar a beber com mais intensidade ainda. Seus pais, idosos e doentes, enfrentam uma agonia contínua. Sua irmã, que se divorciou para “salvar” os pais dos ímpetos agressivos do irmão alcoolista, está cada vez mais cética. Enquanto isso, várias pessoas, como religiosos, terapeutas, amigos e familiares continuam tentando convencer Márcio a parar de beber, sem nenhum sucesso aparente.

O que leva uma pessoa a embrenhar-se no vício ao ponto de perder todas as suas esperanças, mesmo com todo o apoio financeiro e emocional de sua família e amigos? Será a primazia do instinto de morte sobre a vida? Trata-se de uma pergunta desconcertante para a ciência cartesiana, pois a dependência química desafia constantemente qualquer prognóstico racional.

Em maio de 2003, eu também estive interno em uma instituição de recuperação de dependentes químicos, por um período de pouco mais de duas semanas. Na época, eu estava atravessando uma fase financeira desfavorável que me levou à depressão e depois a uma recaída. Paradoxalmente, foi como interno nesta clínica que recebi a notícia de que o texto de minha dissertação de mestrado havia sido aceito para publicação. Recordo-me que esta notícia me chegou um dia após a realização de meu exercício do 3º Passo, quando entreguei “minha vida e vontade aos cuidados do Poder Superior”,

---

<sup>46</sup> Como enfatizei no início da tese, a maioria dos dependentes químicos com quem tenho contato são frequentadores dos grupos de ajuda mútua, ou seja, estão sóbrios e em busca de recuperação.

fato este que até hoje me mantém sóbrio, não obstante eventuais agruras e alegrias que vivenciei após esta data.

Nesse período, interagindo com outros internos na condição de “nativo”, percebi que alguns não tinham a mínima intenção de recuperar-se da dependência química, enquanto outros conduziam seu tratamento com bastante seriedade. O pessoal da equipe terapêutica costuma ser vigilante com relação à entrada de drogas na instituição, episódios de violência ou ocorrência de relacionamentos sexuais entre os internos. Entretanto, muitos deles encontram sempre uma maneira de burlar tais regras.

A propósito, durante minha estadia, um interno conseguiu que um traficante jogasse um papelote de cocaína por cima do muro da instituição. O fato ocorreu perto da meia-noite, quando um dos pacientes simulou que estava passando mal para distrair a atenção da auxiliar de enfermagem de plantão, enquanto outro efetuava uma ligação através de um telefone com as teclas bloqueadas, batendo nos ganchos do aparelho como em uma espécie de “código morse”, conseguindo comunicar-se com o exterior. Utilizando esta estratégia, o traficante então conseguiu passar a droga para o interno atirando-a por cima do muro da clínica<sup>47</sup>.

No dia seguinte ao episódio, a equipe da instituição submeteu os envolvidos na ocorrência a um teste de urina para detecção de drogas. Depois do resultado, um deles foi “sorteado” para ser expulso da instituição<sup>48</sup>. Uma garota também pediu para sair em virtude das ameaças que estava recebendo para não denunciar quem havia sido o principal responsável pelo ocorrido. Após este fato, logo se formou um clima de mal-estar entre os internos, ficando cada vez mais evidente a existência de dois grupos distintos: o daqueles que realmente queriam recuperar-se e o de quem estava ali somente para desintoxicar-se provisoriamente.

Durante a reunião de familiares, no sábado, o assunto foi trazido à tona pela direção da clínica. O interno responsável pela transação reagiu nervosamente quando teve seu nome citado, principalmente porque ele queria condicionar seu tratamento à compra de um carro novo, que deveria ser efetuada por seu pai. Esse tipo de chantagem

---

<sup>47</sup> Paradoxalmente, naquela ocasião, um adolescente que havia sido enviado para essa instituição no intuito de tratar-se de dependência de maconha experimentou cocaína pela primeira vez. Essa é uma contradição inerente às *instituições totais* como presídios ou hospitais psiquiátricos (Goffmann, 2003). O indivíduo é enviado para reabilitação e, no contato com outros “desviantes” mais experientes, pode agravar mais ainda sua situação. Por isso, muitos dependentes químicos não conseguem sair do círculo vicioso da desintoxicação, breve remissão e nova internação.

<sup>48</sup> Na maioria das clínicas, utiliza-se o termo “desligamento” ao invés de expulsão, embora o procedimento seja o mesmo.

financeira pode ser relativamente comum entre adictos de classe média-alta e muitas vezes a família desesperada (e desesperada) acaba por concordar com tais termos, para depois decepcionar-se. Na ocasião, a família desse interno recusou-se a aceitar suas exigências, concordando, porém, com a interrupção do internamento.

A convivência com internos em uma instituição para tratamento de dependentes químicos é uma experiência *sui generis*. Trata-se de uma vivência singular que se revela, ao mesmo tempo, trágica e cômica. Apesar do intenso sofrimento inerente à dependência de álcool e drogas, quando anoitece é comum formarem-se rodas de bate papo em torno de assuntos como aventuras sexuais, farras e fofocas acerca de problemas envolvendo o abuso de álcool e drogas. Escuta-se de tudo.

Certa vez, um dos internos afirmou em uma reunião terapêutica que Jesus Cristo tinha o hábito de fumar maconha com seus apóstolos para transmitir melhor a sua doutrina. Esse mesmo interno também confidenciou que possuía o dom de falar com os espíritos depois que fumava essa erva, inspirado pelos escritos de Alan Kardec. E como ele não dispunha de nenhuma droga na instituição, costumava melar seus cigarros em pasta de dente para tentar obter algum efeito inebriante.

Nas instituições em que é permitido o consumo de tabaco<sup>49</sup>, os pacotes de cigarros são consumidos rapidamente. Isso porque os internos não estão somente na clínica em virtude de uma dependência biológica de álcool e drogas, mas antes de tudo é possível observar que suas vidas do “lado de fora” estão repletas de contrariedades. Essa parece ser uma das grandes dificuldades no tratamento da dependência química, pois geralmente o dependente só busca tratamento quando está atravessando momentos de grande aflição. Separações, divórcios, falências, problemas com a justiça, desemprego, depressão, abandono e outras vicissitudes são também temas comuns nas conversas entre dependentes químicos internos nessas clínicas. Por isso mesmo, algumas instituições optam por um tratamento mais prolongado na tentativa de diminuir as asperezas do “mundo externo”, podendo a internação durar quase 1 ano, como geralmente ocorre nas clínicas religiosas.

Além do mais, nos depoimentos dos internos verifica-se, facilmente, as representações da dependência química associadas ao crime, religião e doença, entre outros aspectos. Na maior parte das instituições, a dependência de álcool e drogas é considerada uma doença, mas uma doença que afeta o corpo, a mente, o espírito e as

---

<sup>49</sup> Em muitas instituições religiosas não é permitido o uso de tabaco, assim como medicamentos psiquiátricos. Em algumas delas, sequer é permitido pílulas para dor de cabeça.

relações interpessoais. Muitos diálogos giram em torno das vivências dos internos em busca de sua recuperação por intermédio de igrejas e grupos de ajuda mútua, como também são explicitados os dramas de seus conflitos com a polícia e traficantes, além de problemas médicos, psicológicos, profissionais, familiares e sociais oriundos do abuso de álcool e drogas. Como comentei anteriormente, por mais que se procure diagnosticar esta experiência como doença, trata-se de uma questão que excede em muito uma simples denominação terapêutica. E considerando o potencial de destruição da dependência química em várias áreas da vida de um indivíduo, não é de se admirar o estigma que recai sobre ela.

Posso afirmar que fiquei comovido com muitos casos dramáticos, mas também pude dar boas gargalhadas escutando algumas dessas histórias. No entanto, para os familiares dos dependentes químicos, o problema parece pouco divertido. Participar de uma reunião de familiares de dependentes químicos é um evento que provoca fortes emoções, principalmente quando as possibilidades de recuperação são frustradas ou praticamente inexistentes. A consternação, as lágrimas e os ressentimentos de ambas as partes atestam de maneira inequívoca o quanto a dependência química é capaz de produzir sofrimento. Não é por acaso que geralmente se diz que a família “adoece” até mais que o próprio dependente químico.

Para mim, nem é sempre fácil lidar com um objeto que fez parte de minha própria vida e que me trouxe uma grande carga de dilemas existenciais e sofrimentos. Além disto, me causa grande pesar ver um colega em dificuldades e sentir que não possuo condições de ajudá-lo em virtude de sua relutância em manter-se sóbrio, visto que não consegue usar substâncias de forma segura. O termo *impotência* é o mais adequado para exprimir meu sentimento diante de tais situações.

Certa vez, ao visitar uma clínica, deparei com um colega completamente drogado na recepção da instituição, uma pessoa que eu havia encontrado sóbrio apenas alguns dias atrás, pedindo de forma agressiva para ir embora da instituição. Naquela ocasião, pensei que ele havia chegado para se internar em estado de embriaguez, o que é relativamente comum ocorrer. Entretanto, a equipe da clínica me informou que ele estava dopado por medicamentos e já fazia alguns dias que ia e voltava para a clínica, atestando um quadro de recaídas crônicas. Enquanto a equipe tentava controlar aquele clima de tensão, tentei acalmá-lo, mas retrocedi com receio de sofrer violência física. Algum tempo depois, ele conseguiu sair da clínica e foi usar drogas novamente. O

dependente químico não luta apenas contra a compulsão de usar drogas, mas sobretudo contra a falta de confiança em si mesmo.

Pedir para ir embora da clínica de tratamento é a situação mais corriqueira que a administração dessas instituições enfrenta. De uma maneira geral, a maioria das instituições não força os indivíduos a permanecerem reclusos em suas dependências, a não ser em casos de extrema intoxicação. Os “argumentos” para ir embora são muitos: assuntos pendentes, saudade de familiares ou amigos, dificuldades de socialização com os outros internos etc. Normalmente, a equipe terapêutica interpreta esses motivos como sintomas de abstinência, ou seja, meros subterfúgios criados pelo interno para voltar a usar álcool e drogas. Em um encontro realizado com profissionais da área, em que foram analisados vários dados empíricos, quase todos indicaram que a taxa de abandono do tratamento gira em torno de 50% no primeiro mês<sup>50</sup>

Ao prosseguir em minha visita nesta clínica, percebi que existe uma “clientela” composta por indivíduos que realizam o tratamento e depois voltam para o mesmo ponto, como em um ciclo vicioso. Trata-se daqueles que, após a desintoxicação, iniciam o “pós-tratamento”, mas depois recaem e se internam novamente. Neste dia, notei que alguns que já me conheciam viravam seu rosto em sinal de embaraço. O perfil socioeconômico dos internos desta clínica era majoritariamente composto por indivíduos de classe média. Aqui é importante lembrar que, embora a dependência química produza graves conseqüências para as classes menos favorecidas, como no caso de sujeição à violência policial, alguns estudos entre estudantes de escolas particulares e universitários apontam que o uso de drogas pode ser mais elevado nos estratos sociais mais abastados, uma vez que tais grupos dispõem de mais recursos financeiros para comprar substâncias psicoativas (Soldara *et.al.*, 2004; Silva *et. al.*, 2006).

Neste mesmo dia, após participar de uma reunião de pós-tratamento, realizei o 5º Passo<sup>51</sup> com um alcoolista de 57 anos de idade, que já teve outras internações e veio me trazendo todo aquele repertório característico do alcoolismo: problemas psicológicos, acidentes automobilísticos, separações, falências, recaídas etc. Escutei sua “confissão” e depois lhe dei algumas sugestões para conduzir sua vida no mundo exterior, como

---

<sup>50</sup> Este dado foi apresentado em um Seminário intitulado “Dependência Química: reflexões, modelos e avaliações”, ocorrido em março de 2007, na cidade de Fortaleza-CE.

<sup>51</sup> O 5º Passo de Alcoólicos Anônimos se constitui em uma espécie de confissão na qual o indivíduo partilha episódios da época do alcoolismo, com o intuito de “livrar-se das culpas” pelas ações cometidas, ou seja, de admitir “perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas” (Cf. Mota, 2004).



sugere a literatura de Alcoólicos Anônimos. Depois dessa conversa, passamos a trocar *e-mails*. Segundo nossa última comunicação, ele me revelou que, recentemente, completara 1 ano de sobriedade, freqüentando reuniões de Alcoólicos Anônimos em sua cidade.

Na maioria das vezes em que visito essas instituições, apesar dos incidentes inesperados que possam ocorrer e das diferenças de classe ou gênero, experimento uma profunda sensação de identificação com os internos, principalmente quando consigo romper sua desconfiança ao revelar-lhes minha condição de ex-usuário. Trata-se de um sentimento similar àquele que mantêm a unidade entre os membros dos grupos de ajuda mútua como Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos. Com certeza, foram esses sentimentos que conduziram esta pesquisa, tanto em âmbito teórico como empírico.

Creio ser injusto afirmar que as clínicas de reabilitação de dependentes químicos sejam *apenas* “fábricas de ganhar dinheiro”, como afirmam muitas pessoas, em grande parte com razão. Entre as pessoas que conheci nesses últimos anos, tive a oportunidade de ver uma grande abnegação por parte desses profissionais. Talvez o leitor levante algumas suspeitas sobre este meu comentário, principalmente considerando que muitos desses profissionais se tornaram meus amigos pessoais. Na realidade, gostaria de lembrar o óbvio: profissionais éticos e antiéticos existem em qualquer categoria profissional. Dessa forma, sustento a premissa de que este mesmo julgamento deva aplicar-se a terapeutas e proprietários de clínicas de recuperação de dependentes químicos.

Além disso, o problema de proceder a uma avaliação ética desta atividade esbarra sempre nos ínfimos índices de recuperação da dependência química, que dependem muitas vezes mais do indivíduo que está realizando o tratamento do que da instituição na qual ele se encontra. Infelizmente, não parece existir nenhum tratamento realmente “eficaz” para o abuso de álcool e drogas, embora a maioria dos especialistas concorde que é melhor algum tratamento do que nenhum. Então, é prudente lembrar que existe uma vasta “zona cinza” na qual a equipe terapêutica pode exercer um inegável poder de manipulação, sobretudo com relação aos familiares do dependente químico, que geralmente chegam a essas clínicas em total estado de desorientação emocional.

Quando uma instituição cobra altas quantias para realizar o tratamento, manter um interno por mais tempo do que o necessário pode ser uma prática bastante lucrativa e não há como negar que essa possibilidade exista de fato. Por outro lado, nenhum proprietário de clínica que conheci se declarou satisfeito com o retorno financeiro de

sua atividade. Manter tais serviços é dispendioso e muitas delas apelam para serviços voluntários para diminuir seus custos. Algumas famílias de dependentes químicos também dão “calotes” em tais instituições, sobretudo quando o familiar em tratamento é considerado um “caso sem jeito”. Em outras palavras, em virtude da recorrente ambigüidade que perpassa este tema, qualquer conclusão precipitada sobre essa questão deve ser evitada e está fora do escopo do presente trabalho.

#### **4.2 Ritual e re-elaboração do estigma da dependência química**

Nos grupos de ajuda mútua, o tratamento tende a diferenciar-se do realizado nas clínicas porque a participação é eminentemente voluntária. Enquanto nas clínicas para recuperação de dependentes químicos muitos indivíduos são coagidos por familiares e mesmo pelo sistema judicial a internar-se, em grupos como Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos não existe esse expediente. Os grupos de ajuda mútua funcionam sem qualquer controle formal sobre seus membros, ficando o ato de beber ou usar drogas, assim como a abstinência, à livre escolha do indivíduo.

É possível observar alguns indivíduos chegarem aos grupos acompanhados por familiares e, em muitas dessas situações é possível perceber o constrangimento daquele que é conduzido ao grupo por outra pessoa. No entanto, a *decisão* de tornar-se um membro de A.A. ou NA, e assim permanecer, jamais será um ato forçado. Existem casos de ingressos realizados por pressão indireta de familiares, mas o engajamento no grupo depende exclusivamente da vontade individual de cada membro. Na realidade, durante quase dez anos freqüentando reuniões de Alcoólicos Anônimos nunca vi nenhum caso de recuperação que não envolvesse o livre arbítrio. Em outras palavras, é incorreto conceituar os grupos de ajuda mútua nos moldes de uma instituição total (Goffman, 2003).

Por outro lado, existe um valor simbólico relacionado ao tempo de sobriedade do membro que pode funcionar como uma espécie de “hierarquia informal” nesses grupos. Embora esse tipo de “hierarquia” não comprometa as relações de igualdade no interior dos grupos, é impossível negar que um membro com maior tempo de sobriedade contínua possa gozar de mais “prestígio” em relação àqueles que estão ingressando, ou outros que lidam com constantes recaídas. Permanecer sóbrio em situações adversas (i.e. crises amorosas, financeiras, familiares etc.) é um traço de caráter bastante valorizado no processo de socialização entre membros dos grupos de ajuda mútua.

Dessa forma, o membro em recuperação prova que é possível superar problemas sem tentar fugir de determinadas situações através do abuso de álcool e drogas, ou seja, sem recair no antigo padrão de comportamento “da ativa”.

Segundo a maioria dos membros desses grupos o processo de recuperação inicia como reflexo da *identificação* entre os membros. Não obstante as diferenças de gênero, classe social ou escolaridade, existem sentimentos comuns que unem os dependentes químicos em uma ordem de sentido partilhada que encontra nas reuniões a sua dimensão ritualística<sup>52</sup>, reforçando a necessidade da sobriedade como meio de resgate da dignidade perdida após anos de alcoolismo e/ou drogadição.

Um dos aspectos que Peirano ressalta ao referir-se aos rituais é que “a concepção de que um evento é ‘diferente’, ‘especial’, ‘peculiar’, tem que ser *nativa*” (2006:3). Neste sentido, é possível pensar que o “verdadeiro sentido” de uma reunião de Alcoólicos Anônimos só poderia ser totalmente compreendido por um alcoólico em busca de recuperação. Um observador externo poderá conceber uma reunião de A.A. somente como uma coletânea dispersa de “histórias tristes” envolvendo o alcoolismo e sua superação, nada mais que isto. Por isso, o “verdadeiro espírito” de uma reunião de Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos só seria plenamente acessível a uma pessoa com envolvimento prévio com a dependência química.

Além disso, é importante destacar que as reuniões costumam obedecer a um rito padronizado. Apesar das diferenças entre os grupos, existe um comportamento comum que permeia sua dinâmica. A pontualidade das reuniões, bem como os ritos envolvendo o início e término de cada encontro, expressos através da Oração da Serenidade<sup>53</sup> são uma marca inconfundível destes grupos. Alguns membros que conheci e freqüentaram reuniões em países estrangeiros me confienciaram que se “sentiram em casa” nestes grupos, mesmo quando não tinham nenhuma familiaridade com o idioma.

O membro de A.A. ou NA também desenvolve no grupo uma relação afetiva que serve de proteção às intempéries da vida. Enquanto participa da reunião, o indivíduo consegue afastar-se momentaneamente das preocupações que envolvem a rotina do trabalho (ou as angústias causadas pelo desemprego), tensões familiares e financeiras. A

---

<sup>52</sup> Segundo Peirano (2006:4), os “rituais podem ser vistos como tipos especiais de eventos, mais formalizados e estereotipados, mais estáveis e, portanto, mais suscetíveis à análise porque já recortados em termos nativos – eles possuem uma certa ordem que os estrutura, um sentido de acontecimento cujo propósito é coletivo, uma eficácia *sui generis*, e uma percepção de que são diferentes”.

<sup>53</sup> “Concedei-nos, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar; coragem para modificar aquelas que podemos e sabedoria para distinguir umas das outras.”

reunião é o lugar onde os membros “recarregam suas baterias” para enfrentar o mundo “lá fora”.

O sentimento de pertencer a uma comunidade espontânea que não submete seus membros a normas rígidas e opera trocas com base em sentimentos de identificação em relação a um problema comum é o diferencial da sociabilidade no interior dos grupos com relação ao mundo externo da instrumentalidade e da competitividade. Neste sentido, vale recorrer ao conceito de *communitas* para designar o *modus operandi* de tais grupos, pois segundo Victor Turner:

A “communitas” espontânea é ricamente carregada de sentimentos, principalmente os prazerosos. A vida na “estrutura” está cheia de dificuldades objetivas: devem ser tomadas decisões, as inclinações precisam ser sacrificadas aos desejos e necessidades do grupo e os obstáculos físicos e sociais só são superados a custa de esforços pessoais. A “communitas” espontânea tem algo de “mágico”. Subjetivamente, há nela o sentimento de poder infinito [...] a ação estrutural se torna árida e mecânica se aqueles que estão nela envolvidos não forem periodicamente imersos no abismo regenerador da “communitas”. (1974:170)

No interior dos grupos de ajuda mútua, apesar de eventuais conflitos, o sentimento comunitário é reforçado pelo fato de todos estarem sujeitos a possíveis recaídas, como também às emoções confusas que caracterizam os primeiros períodos de abstinência de álcool e/ou drogas. Segundo seus membros, os grupos representam um espaço no qual uma “energia especial” é partilhada entre eles, fazendo com que retornem para casa, após as reuniões, mais tranquilos, pois realizaram seu tratamento a partir da partilha de dificuldades comuns.

Os depoimentos, iniciam com a seguinte frase: “Sou fulano, um alcoólatra ou adicto em recuperação!”. O indivíduo identifica-se com o grupo através da afirmação de ser portador de uma “doença incurável”: alcoolismo ou adicção. Neste sentido, o rótulo de doente passa a constituir sua nova identidade, que será reafirmada de forma ritualística a cada ocasião em que ele desejar fazer uso da palavra. A partir do momento em que o indivíduo assume sua nova condição e continua a reafirmá-la antes de cada fala, sua presença é valorizada no grupo, sobretudo quando ele consegue permanecer abstêmio para estimular aqueles que ainda têm dificuldade em abandonar o vício.

Entrar pela primeira vez em uma sala de Alcoólicos Anônimos pode representar uma grande humilhação para um bebedor problemático. Em minha observação participante, verifiquei inúmeras vezes semblantes de desconfiança, vergonha e temor

entre os recém-chegados. Em quase todos os depoimentos, o sentimento de fracasso perante a vida é o mais comum. Quase todos dizem que adoravam beber, mas nunca pensaram que poderiam se tornar alcoólatras. Como na sociedade brasileira, o consumo de álcool não é socialmente condenado, para os membros dos grupos de ajuda mútua, apenas o dependente químico ou abusador é visto como um indivíduo *anômico*, ou seja, como alguém inapto a seguir as normas de convivência social enquanto usuário de substâncias psicoativas. Como salienta Delma Pessanha Neves:

Em várias sociedades não é o álcool que é condenado, mas o comportamento desviante dos indivíduos. Em consequência, há uma recorrente valorização do homem que sabe beber sem se alcoolizar e sem interferir no desempenho de papéis a ele atribuídos. (2004:9)

Existe uma retórica predominante nos discursos dos dependentes químicos no que tange a seus fracassos com relação aos negócios, relacionamentos amorosos e família, além das relações conflituosas com a polícia em consequência de seu envolvimento em brigas, desordens ou tráfico de drogas. Os grupos de ajuda mútua proporcionam um ambiente propício ao desabafo de suas histórias, que são compreendidas por seus semelhantes e podem inspirar os recém-chegados a engajar-se no grupo.

Para os membros desses grupos, não existe melhor local para confidenciar seus problemas do que o grupo. Normalmente, os dependentes químicos em recuperação dizem que não são compreendidos pelas pessoas “de fora”, ou seja, por aqueles que não vivenciaram seu problema, sobretudo seus familiares. A idéia de que a doença persiste apesar de o membro não consumir álcool ou drogas é uma incógnita para as pessoas “de fora”. Como alguém pode continuar sendo um alcoólatra se já não bebe há vários anos? Os grupos de ajuda mútua operam com uma representação da dependência química que, em muitos aspectos, é também estranha à medicina.

Assim, a dependência química para Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos não é compreendida apenas em seu sentido farmacológico. Trata-se de uma doença do corpo, da mente e do espírito. Então, para se obter uma recuperação satisfatória é necessário agir sobre todos estes sintomas: psicológicos, físicos, sociais e espirituais. Tratar o corpo é manter-se abstinência de álcool e drogas, a mente deve ser disciplinada para o pensamento positivo e o espírito deve ser entregue aos cuidados de um Poder Superior. Por isso, o tratamento da dependência química é, sobretudo, um

tratamento moral. Embora nos grupos não se use a palavra pecado, uma vez que esta noção do desvio é substituída por *defeitos de caráter*, a reformulação moral é continuamente incentivada através de práticas ritualizadas.

Cada palavra, gesto e atitude, nessas sessões, visam a celebrar os valores, enunciados nos princípios e publicações da organização, que, ao mesmo tempo em que cumprem a função de socialização do adepto, servem de balizamento na reorganização da vida do indivíduo, em torno do desejo de manter-se abstinente. Nessa perspectiva, as reuniões assumem grande importância. É através desta prática ritualizada que a instituição se realiza. (Garcia, 2004:81)

Nos grupos de Alcoólicos Anônimos também se reproduz uma condenação ao alcoolismo similar às que se processam na “sociedade”, mesmo considerando a atenuação do problema por intermédio de sua normalização através do rótulo de “doença”. A bebida alcoólica, em si mesma, não é condenada, somente o consumo destrutivo desta substância. Neste sentido, Peirano (2003:51) destaca que “por meio da análise de rituais, podemos observar aspectos fundamentais de como uma sociedade vive, se pensa e se transforma”. Dessa forma, no que tange a problemas de álcool e drogas, os grupos de ajuda mútua também podem ratificar, em determinadas ocasiões, as mesmas representações sociais endereçadas a esta questão pelo senso comum, pois “linguagem e cultura não se relacionam como reflexos em um espelho, como dois lados de uma folha de papel, mas como parte-e-todo: a linguagem é parte da cultura” (Peirano, 2006:5).

Por outro lado, a tendência à incorporação dos valores “de fora” não é aceita unanimemente. Alguns alcoólicos gritam aos brados que o alcoolismo é a *peste* que assola a humanidade, enquanto outros se limitam a ver o problema como uma doença de origem biológica, refutando as apreciações moralistas. Embora nos grupos de ajuda mútua seja sempre enfatizado o lema de que “são todos iguais”, as opiniões sobre a dependência química divergem sobremaneira. Apesar da unidade de opiniões em alguns depoimentos, as idiosincrasias de cada membro impossibilitam uma representação homogênea. Em grande medida, o único consenso é o de que é impossível voltar a beber moderadamente uma vez que o indivíduo se torna um alcoólico. Para deter o alcoolismo só existe uma saída: a abstinência total de qualquer tipo de bebida alcoólica<sup>54</sup>.

---

<sup>54</sup> No meu entender, este é um ponto que distancia o A.A. de muitos psicanalistas. Para muitos profissionais da área *psi*, caso o indivíduo conseguisse superar seus traumas com a ajuda da psicoterapia, seria possível retornar a um consumo seguro de álcool, evitando os desconfortos da abstinência.

É importante lembrar que Alcoólicos Anônimos desempenhou um papel fundamental no que concerne à medicalização do alcoolismo e como consequência esta representação médica é utilizada nos grupos para amenizar o estigma relacionado ao problema. “Eu era um doente, não um sem-vergonha!” “Antes, eu era um bêbado, agora sou um alcoólatra em recuperação”. Essas são afirmações típicas dos membros de A.A.

Além do mais, o alcoólico recuperado é alguém que não foi somente “normalizado” através de A.A., mas também encontrou um lugar de proteção e amparo, ao passar da condição de alcoólico ativo para alcoólico passivo e assim ser valorizado como ser humano (Garcia, 2004). Paradoxalmente, um indivíduo abstêmio pode ser também discriminado em muitos ambientes sociais e esse tipo de problema costuma ser aliviado quando ele participa de encontros informais com outros membros. Por isso, alguns membros desses grupos costumam organizar viagens, churrascos e outros tipos de confraternização sem a presença de bebidas alcoólicas ou drogas ilícitas. Tive a oportunidade de participar de alguns desses eventos e observei um ambiente de descontração semelhante ao de festas regadas a bebidas alcoólicas. Para um bebedor problemático, a ausência do álcool em sua vida, muitas vezes, não representa um castigo, mas uma libertação.

A partilha do estigma do “bêbado” e “drogado” nos grupos de ajuda mútua é um aspecto indissociável do processo de recuperação, na medida em que o membro de A.A. ou NA percebe que está na companhia de pessoas que vivenciaram a mesma condenação. Apesar de incorporar representações da “sociedade externa”, a ideologia de tais grupos também pode re-significar esta experiência buscando aliviar o estigma que paira sobre os membros. Em outras palavras, nos grupos de ajuda mútua,

A centralidade do estigma é aprendida na presença de outros com problemas semelhantes. Em outras palavras, uma pessoa pode ser um desviante e sofrer com o seu estigma, mas outros podem começar a sentir-se “normais” na companhia de seus semelhantes. Assim, a estatura de pessoas pequenas será menos notada quando todos possuem uma estatura baixa. A obesidade é menos evidente na companhia de outros com forma e peso similares. Essa normalização é um passo essencial na desconstrução do estigma. (Pfuhl e Henry, 1993: 216)

O sentimento comunitário presente nos grupos de ajuda mútua é, em grande medida, proveniente da partilha do sofrimento comum em direção à desconstrução do estigma. E essa relação é estreitada através do ato de compartilhar a condição de haver

sido estigmatizado pela sociedade. Quando um visitante chega a um grupo é logo dito pelo coordenador que ele é a pessoa mais importante na reunião e isso geralmente causa espanto ao recém chegado, tendo em vista que ele costumava ser *evitado* pela maioria das pessoas de seu convívio social. Por isso, muitos visitantes confessam que ficaram extremamente desconfiados quando receberam essa acolhida. Alguns pensavam que os grupos poderiam estar interessados em seus bens ou nome de família, ou então que aquela acolhida havia sido forjada por algum membro de sua família interessado em sua abstinência.

Existe outro aspecto ainda mais desconcertante nesse contexto: enquanto bêbado, o indivíduo é geralmente rejeitado pela sociedade. Mas, caso uma pessoa revele seu vínculo com Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos a um desconhecido, embora ele esteja sóbrio, existe a possibilidade de ele sofrer condenação análoga. No âmbito dos comportamentos desviantes, tanto o passado como o presente podem ser utilizados como formas de acusação (Goffman, 1988). Assim, é o caso do alcoólatra ou adicto recuperados que, não são distintos da condição, por exemplo, de uma ex-prostituta ou de um ex-presidiário. Por isso mesmo tais grupos utilizam o anonimato como parte de suas tradições. O estigma geralmente representa uma marca profunda e permanente.

Por outro lado, o dependente químico que consegue vencer o vício também pode encarnar uma espécie de “herói”. Muitas pessoas podem admirá-lo, ao menos enquanto ele permanece abstinente. Superar um problema com índices tão baixos de recuperação não é tarefa fácil. Nos grupos de Narcóticos Anônimos, muitas vezes o membro relata seu tempo de sobriedade no sentido crescente, ou seja: “Estou limpo há 10 dias, dois meses e 7 anos”, com o objetivo de causar impacto na “platéia”. Em alguns grupos de Alcoólicos Anônimos, muitos membros costumam bater palmas quando o membro revela seu tempo de abstinência, em reconhecimento à persistência em seu propósito de permanecer sóbrio. A propósito, no *site* da Internet de Narcóticos Anônimos foi inclusive disponibilizado um contador eletrônico que calcula o “tempo limpo” do membro interessado<sup>55</sup>.

Em grande medida, a *performance* ideal de um membro desses grupos seria: permanecer abstinente de álcool e drogas, incorporar as boas experiências de outros membros, conhecer a literatura de seu grupo, inserir-se no mercado de trabalho, resgatar

---

<sup>55</sup> Cf. <http://www.na.org.br>.



seus vínculos sociais e cultivar a espiritualidade. Trata-se, então, de um processo de re-significação de um antigo estado de anomia para a re-integração na estrutura social. O ato de recuperar-se implica resgatar um determinado papel na estrutura social que, geralmente, varia de acordo com a condição social na qual o membro está inserido. Ocorre aqui uma mudança entendida como uma *performance de eficácia*. Como sugere Silva:

[...] uma performance define-se como “eficácia” quando tem repercussões significativas na sociedade, tais como solucionar conflitos, provocar mudanças radicais, redefinir posições, papéis e/ou *status* dos atores sociais. Assim, os “ritos de passagem”, “dramas sociais”, “ritos de iniciação”, etc. podem ser tomados como exemplos típicos de performances que envolvem “eficácia”. Inversamente, as performances voltadas para o “entretenimento” não alteram de modo efetivo nada na sociedade, conforme seria o caso dos espetáculos teatrais. (2005:49)

Durante uma reunião, ouvi um membro de A.A. relatar em seu depoimento que Alcoólicos Anônimos seria a única instituição a aceitar o “lixo” da sociedade, para depois retornar este mesmo “lixo” na forma de um homem ou mulher regenerados. Depois de vários anos sem beber, seu maior orgulho era nunca mais ter sido chamado de bêbado pela mesma sociedade que o incentivara a consumir bebidas alcoólicas, para depois condená-lo ao ostracismo e à solidão do alcoolismo. Assim, os grupos de ajuda mútua propiciam um espaço onde o indivíduo passa de um estado de segregação social para o retorno à estrutura através do engajamento nos valores desses grupos, que incentivam a prática da humildade, a temperança e a ajuda ao próximo .

Entretanto, cabe observar que nem todos os membros desses grupos conseguem retornar à estrutura social, apesar de manterem-se abstêmios. Alguns deles permanecem fora do mercado do trabalho por longos períodos em virtude da falta de qualificação profissional, por serem portadores de problemas psiquiátricos subjacentes de difícil remissão ou simplesmente porque assumem uma atitude de negação aos valores culturais hegemônicos. Verifiquei alguns desses casos, tanto em grupos de Alcoólicos Anônimos, como em Narcóticos Anônimos.

Para os indivíduos que não conseguem retornar para a “estrutura social”, ser um membro de A.A. ou NA passa a ser a sua nova e permanente identidade. A frequência às reuniões torna-se compulsiva, centro de sua vida social e existência. E como existem reuniões em diferentes grupos pela manhã, tarde e noite, tais indivíduos costumam

passar o dia inteiro “perambulando” pelos grupos. Dessa forma, o grupo passa a representar seu novo lugar de “fuga da realidade”, da mesma forma como ocorria com o bar. Como consequência, vários conflitos se manifestam em sua vida pessoal, afinal estar “sem beber” ou “sem usar drogas” não é uma profissão, mas, deveria ser antes uma pré-condição para o indivíduo reintegrar-se a uma atividade produtiva. As prioridades são invertidas e estabelece-se uma incompatibilidade na relação meio-fins.

É importante frisar que a literatura desses grupos não incentiva essa modalidade patológica de dependência, que também pode ser observada em muitas seitas ou grupos religiosos. A *performance* requerida pela literatura de A.A. e NA tem como objetivo uma readaptação social, não uma dependência infrutífera. Neste sentido, Turner (1988) salienta que a noção de *performance* também deve ser compreendida como um processo aberto e inacabado. Na medida em que o indivíduo caminha através de um determinado drama social, as instâncias que se desdobram neste processo nem sempre são harmônicas e bem delimitadas.

Na realidade, acompanhar a recuperação de dependentes químicos é sempre uma imersão no inesperado, na ambigüidade. Durante os últimos anos, através dos vários amigos que fiz neste processo, em que também estou pessoalmente engajado, deparei com muitas situações inusitadas. Alguns membros que aparentavam estar no “auge” de sua vida pessoal e profissional recaíam, enquanto outros com chances mínimas de recuperação conseguiram grande progresso em várias áreas de suas vidas, revelando a persistência de aparências enganadoras.

Tanto nos grupos de ajuda mútua, como também nas clínicas, o ritual relativo ao tratamento da dependência química é direcionado ao ato de parar de usar álcool e drogas, mas é incorreto afirmar que a interrupção do uso da substância seja o único objetivo a ser alcançado, pois o processo de recuperação estará condicionado à capacidade do dependente químico de suportar as agruras da vida sem tentar fugir delas através do uso abusivo de álcool e drogas.

O ingresso nos grupos de ajuda mútua é considerado uma ocasião *sui generis*. Nesta ocasião, o indivíduo recebe uma ficha comprobatória de sua adesão ao grupo, que geralmente lhe é transmitida por um integrante mais antigo. Nos grupos de Narcóticos Anônimos recebe-se um chaveiro, com a mesma conotação simbólica. Nesta ocasião, o neófito manifesta seu desejo de mudança de vida e abandono dos antigos hábitos que o levaram ao *fundo do poço*, ou seja, o ponto crítico de sua dependência.

Em Alcoólicos Anônimos o ingressante recebe uma ficha de plástico das mãos de um padrinho ou do próprio grupo. Trata-se de um rito de iniciação que não comporta uma grande cerimônia em termos de pompa ou ostentação, apesar de crucial para o sujeito. Via de regra, o ingressante recebe os cumprimentos dos outros membros e passa a ser “formalmente” integrado ao grupo. A próxima ficha será recebida após 3 meses de sobriedade, depois com 6 meses, 9 meses e 1 ano. Após este período, as fichas serão trocadas anualmente.

No recebimento das fichas de sobriedade, pode-se verificar a presença de um rito bem característico de tais grupos. Normalmente, o membro que recebe esta ficha proporciona uma “festa” aos outros integrantes, oferecendo-lhes salgados, bolo e refrigerantes. Como parte deste evento são proferidos depoimentos de congratulações por parte de outros membros do grupo e geralmente os familiares do “aniversariante” se fazem presentes. Esses eventos são geralmente anunciados pelo coordenador do grupo como “o ponto alto de nossa reunião” e se constituem em momentos bastante emocionantes.

As trocas de fichas em Alcoólicos Anônimos são eventos ritualísticos que tem como objetivo provar às pessoas que visitam A.A. que este grupo é realmente eficaz no tratamento do alcoolismo. Nestas ocasiões, o membro relata sua angústia antes de conhecer a Irmandade e de como ela conseguiu fazê-lo parar de beber, a partir do apoio de seus companheiros. As trocas de fichas de muitos anos de sobriedade (como 20 ou 30 anos) costumam ser eventos bastante concorridos.

As trocas de ficha ou chaveiros (i.e. Narcóticos Anônimos) nos grupos de ajuda mútua possuem o intento de reforçar a confiança dos outros membros no programa de recuperação. Ao receberem suas fichas ou chaveiros, os membros fazem depoimentos emocionados, muitas vezes chegando às lágrimas. Segundo me foi confidenciado por muitos membros desses grupos, é neste momento que eles conseguem sentir a “energia” do grupo. Apesar de a “doença” do alcoolismo ou adicção ser considerada incurável, conseguir permanecer sóbrio por um tempo prolongado é geralmente considerado um “milagre” para o membro de A.A. ou NA. Considerando as desalentadoras estatísticas de recuperação da dependência química, não creio que haja algum exagero nesta apreciação. Segundo um membro de Alcoólicos Anônimos:

Olha, eu não sei o que existe em uma sala de A.A., mas parece um mistério. Falando de mim, eu já tinha tentado tudo para parar de beber: religião, terapia, remédios, força de vontade, tudo o que você pode imaginar. Quando eu troquei minha ficha de três meses em A.A. eu nem acreditei no que estava acontecendo, apenas me lembro de olhar para meus companheiros e sentir uma energia muito boa. Eu nunca pensei que conseguiria passar tanto tempo sem beber. Em Alcoólicos Anônimos, a gente não usa medicação, também não existe ninguém para nos vigiar. Aliás, quando minha família reclamava da minha bebida, aí é que eu bebia mesmo. Esse negócio de pressão parece que não serve para o bebedor problemático, tanta gente apanha na delegacia e não pára de beber. Em A.A., eu tive algumas recaídas, acho isso até normal. Mas nunca esqueci que foi naquele grupo que eu consegui passar meu maior período de sobriedade. Hoje em dia, estou com mais de 4 anos de sobriedade. Nem eu mesmo poderia acreditar nisso, Alcoólicos Anônimos é uma casa de milagres, quer você acredite ou não. (LM, membro de Alcoólicos Anônimos, março 2007)

Nas clínicas, os ritos envolvendo a recuperação da dependência química geralmente ocorrem na época em que o interno está se desligando da instituição para retornar à sua vida na estrutura social. Vale aqui salientar que, tanto nas comunidades terapêuticas como nos grupos de ajuda mútua, *o indivíduo é objetivado em sua doença*. O dependente químico é considerado portador de uma doença crônica, ou seja, seu objetivo agora deve ser aprender a coexistir com sua patologia, a viver *com e apesar* dela (Adam e Herzlich, 2001: 123-124). E para que isso se torne possível, é indispensável manter-se abstinência do uso de álcool e drogas, evitando situações e comportamentos que favoreçam o contato com tais substâncias, uma vez que a “doença” encontra-se enraizada na estrutura biológica do indivíduo, podendo manifestar-se a qualquer momento, bastando apenas a ingestão de álcool e drogas para que ele volte ao processo de autodestruição.

Os diversos tratamentos para dependência química estão relacionados tanto a questões de saúde, como a questões de ordem moral, religiosa e criminal. Nas clínicas de recuperação, alguns internos estão cumprindo mandatos judiciais, outros padecem de problemas físicos decorrentes do alcoolismo como cirrose ou demência alcoólica, enquanto muitos deles se consideram vítimas das forças do mal. As representações do pecado, crime e doença relacionadas ao comportamento desviante estão sempre presentes nesses espaços e acabam por integrar-se à *carreira moral* (Goffman, 2003) do dependente químico em seu processo de recuperação.

Nas clínicas, ao final do tratamento, normalmente é organizado um ritual semelhante a uma “diplomação”, do qual participam outros internos, membros da

equipe terapêutica, amigos e familiares do interno. Estes ritos diferenciam-se entre as instituições, mas seu objetivo é provocar no dependente químico a interiorização de sua nova condição de “adicto ou alcoólatra em recuperação”, ou seja, de um doente em eterno tratamento.

Em visita a uma clínica, assisti à “graduação” de um colega de Alcoólicos Anônimos saído de uma recaída, que doravante denominarei de Ricardo. Sua “graduação” foi um evento comovente, com a participação de várias pessoas.

Naquela ocasião, foi formado um círculo no qual vários internos testemunhavam sobre a convivência que tiveram na clínica com Ricardo. A maioria deles relatava como tinha sido agradável sua companhia e o quanto haviam aprendido com ele, a partir da partilha de suas experiências. Em virtude do grande número de pessoas presentes, a “graduação” de Ricardo estendeu-se por cerca de duas horas. Depois dos depoimentos, palavras de incentivo e advertência sobre os perigos do “mundo exterior”, Ricardo recebeu uma medalha que foi colocada em seu pescoço por internos e familiares, simbolizando sua vitória contra o alcoolismo.

Logo após a entrega desta “condecoração”, Ricardo foi finalmente autorizado a falar como um “adicto em recuperação”. Após seu depoimento emocionado, envolto em lágrimas, os presentes lhe endereçaram uma salva de palmas, juntamente com assovios, urros e outras manifestações típicas dos grupos de Narcóticos Anônimos. Como Ricardo era um alcoolista, o álcool foi classificado pelos presentes como “sua droga de preferência”, no intuito de não fazer qualquer distinção com relação aos usuários de drogas ilícitas.

Após as palmas, abraços e manifestações de solidariedade, Ricardo foi surpreendido pelos outros internos e jogado na piscina ao lado do recinto onde se realizava sua “graduação”, juntamente com outros internos que ajudaram a carregá-lo. Dessa forma, a “graduação” acabou em um clima descontraído, com muitos sorrisos e abraços. Após o banho de piscina os presentes foram encaminhados para uma sala onde foram servidos salgados, bolos e refrigerantes para comemorar a “formatura” de Ricardo, que depois retornou à sua casa na companhia de seus familiares.

A dimensão ritualística dos grupos de ajuda mútua e das clínicas de tratamento parece, quase sempre, dirigida à resolução do conflito indivíduo-sociedade. Uma vez que o membro de A.A. ou NA consegue demonstrar publicamente que está buscando reintegrar-se à estrutura social, o rito cumpre sua função. Mais adiante, seu tempo de sobriedade contínua atestará sua capacidade de retornar às funções requeridas pela

estrutura social, ou melhor, é a partir do compromisso com a abstinência de álcool e drogas que o dependente químico em recuperação condiciona seu processo de reagregação.

A dependência química representa o empecilho que separava o dependente químico do mundo das “pessoas normais”, tanto no caso dos abstêmios, como dos usuários sociais. Entretanto, é importante recordar que, nem sempre, as “promessas” feitas a amigos e familiares na ocasião das trocas de ficha nos grupos de ajuda mútua ou em graduações nas clínicas, por mais “sinceras” que possam parecer, conseguem ser cumpridas. Muitas vezes a vontade de consumir álcool e drogas torna-se mais forte do que qualquer outro apelo moral, principalmente quando o indivíduo depara com os problemas de seu cotidiano, que geralmente continuam os mesmos na fase inicial de sua recuperação. Para o dependente químico típico, o retorno à “vida normal” será sempre um processo indeterminado, repleto de contratempos. Como salienta Victor Turner:

Ambos rituais religiosos ou cerimônias legais são tipos de ação social. Eles confrontam problemas e contradições do processo social, dificuldades surgidas no percurso da vida social nas comunidades, grupos corporativos, ou outros tipos de instâncias sociais [...] O ritual é uma forma de declaração *contra* a indeterminação, *por isso* a indeterminação estará sempre presente no fundo de qualquer análise do ritual (1988: 94).

Embora o processo de recuperação da dependência química possa ser caracterizado pela presença de recaídas, muitos membros dos grupos de ajuda mútua jamais voltarão a usar álcool e drogas após a decisão de ingressar no grupo, um ato também permeado pelo rito. Assim, os ritos de passagem marcam mudanças do indivíduo na estrutura social e essa transição acaba envolvendo uma espécie de renascimento. Segundo Turner (1974), para mudar de *status* o indivíduo é, primeiro, segregado da estrutura social, perdendo a posição que ocupava na sociedade. Depois disso, ele atravessa um processo liminar, no qual é colocado em um estado de igualdade e humildade, desprovido de *status*. Apenas após vivenciar a liminaridade e engajar-se em um processo de “renascimento” é que o indivíduo recupera seu espaço dentro da estrutura social.

Nos grupos de ajuda mútua não é raro escutar depoimentos nos quais fica patente a necessidade de seus membros engajarem-se em um processo de “reformulação de vida” através da prática dos 12 Passos (Cf. Apêndice). Isso porque, antes do

alcoolismo ou da drogadição, a maioria dos dependentes químicos relata que eram “pessoas normais”, cumpridores de seus deveres, bons filhos, chefes de família exemplares, profissionais competentes etc. Mas, após algum tempo abusando de álcool e drogas essa situação muda radicalmente e eles passam a ser rejeitados pela sociedade. Então, eles atravessam um processo de degradação moral que acarreta a humilhação social e somente através deste processo os dependentes químicos poderão encontrar no grupo a possibilidade de retornar a seu *status* anterior, desde que consiga permanecer sóbrio. Neste caso, os ritos cumprem uma função essencial na medida em que objetivam projetar tais indivíduos em uma nova ordem de sentido, que deve romper com a situação anômica advinda da dependência de álcool e drogas.

### **4.3 Revisitando os grupos de ajuda mútua: novos *insights***

Falar sobre crises de sentido sempre foi uma constante na história humana. Tanto a literatura, a filosofia, a arte e os livros sagrados estão repletos de passagens onde é revelado o caos existencial inerente à condição humana. Desde os tempos mais remotos, o homem depara com um universo de ameaças a sua integridade física e psíquica que tende a alterar-se a cada novo período histórico<sup>56</sup>. Se nos tempos das cavernas os homens viviam sob constante ameaça de seus predadores naturais e expressavam seus temores por intermédio de suas pinturas rupestres e o homem medieval via sua vida assombrada por demônios, o homem contemporâneo se confronta agora com circunstâncias próprias de sua época, cujos efeitos, porém, tendem a se tornar cada vez mais onipresentes e de impacto global.

Entre as maiores questões que afligem a nova fase da modernidade, comumente denominada de globalização neoliberal, estão aquelas produzidas artificialmente, como: a degradação do meio ambiente e superpopulação, a exacerbação da competitividade e o desemprego, a violência urbana etc. É justamente sobre essas “novas crises” que caracterizam o *Zeitgeist* (espírito do tempo) contemporâneo, que os intelectuais da atualidade tendem a debruçar-se. Ultimamente, fala-se amiúde da ausência de projetos coletivos, ou seja, de uma liberdade quase irrestrita, mas sem muitas possibilidades de

---

<sup>56</sup> De uma maneira geral, parece que todas as sociedades são “doentes”, mas algumas podem ser consideradas mais doentes que outras. Neste sentido, Eric Fromm (1979:81), classifica uma sociedade doente (insana) como “aquela que cria hostilidade mútua e desconfiança, que transforma o homem em instrumento de uso e exploração para outros, que o priva do sentimento de si mesmo, salvo na medida em que se submete a outros ou se converte num autômato”.

ação em termos de mudanças estruturais significativas, produzindo um cenário de constante mal-estar que o consumismo se propõe a dirimir. Daí vale pensar sobre o conceito de *anomia*, na medida em que ele designa um estado de desregramento social que leva os indivíduos ao desespero pela falta de referenciais sociais estáveis sob os quais possam ancorar suas expectativas de vida.

A globalização neoliberal defende a concepção do mercado como fonte universal da satisfação das necessidades humanas. Através do consumo de bens e serviços, o mercado propiciaria às populações uma melhor qualidade de vida, por meio da repartição “automática” das benesses econômicas pelo princípio da “mão invisível”. A mídia publicitária, por sua vez, reforça o discurso igualitário de que todos podem ter acesso aos produtos e serviços. No entanto, na prática, este sistema resulta no seu oposto.

Em suma, o neoliberalismo finda por produzir uma situação paradoxal, ou seja, os “desejos ilimitados” são incentivados através do estímulo ao consumo, ao mesmo tempo em que contingentes cada vez maiores da população não podem satisfazê-los. Por conseqüência, isso provoca nos indivíduos constantes estados de ansiedade e frustração. Surge, então, um grande potencial de anomia, considerando tratar-se de um sistema social que promete possibilidades incapazes de se efetivar no âmbito prático. Instala-se, no meio social, uma “cultura de excelência”, em que a perseguição de metas pecuniárias tornou-se mais exigente. Dessa forma, “a finalidade da ‘realização pessoal’ é a própria competitividade, ou, indiretamente, o incremento da capacidade produtiva. Indivíduo realizado, lucro concretizado!” Portanto, é exigido desse novo indivíduo “a confiança de permanecer na desordem e de prosperar em meio à confusão e ao deslocamento, sem cessar, de um mercado cada vez mais incerto e globalizado” (Bendassolli, 2000: 223-224).

A propagação do incentivo aos desejos ilimitados pela mídia publicitária, bem como uma cultura de performance pessoal em que o vencedor leva tudo e o perdedor fica à deriva, causam sentimentos de intensa frustração. Daí instala-se na sociedade também uma busca de solução de problemas existenciais através do consumismo. Contudo, para Demo “a cultura do consumo é apenas a submissão ao mercado, reles religião secular; aumenta o sofrimento pessoal e emocional, porque exacerba os desejos, advindo o delírio do álcool e da droga” (2001:105).

O sujeito que emerge num contexto onde as utopias *universalizantes* entraram em colapso experimenta uma inconsistência existencial permanente e não raro busca



escapar dessa condição pela fuga, pela autodestruição ou pelo divertimento esgotante (Touraine, 2003). Excluindo-se uma minoria que colhe diretamente os benefícios da globalização neoliberal, dispomos de uma larga zona em que milhões de pessoas passam a sofrer de “transtornos psiquiátricos menores” em função dos intensos processos de desintegração das identidades e do frenesi incessante na busca de metas de produtividade a custos cada vez mais baixos.

Trata-se, portanto, de uma experiência subjetiva que Giddens (2002:179) denomina de *engolfamento*, segundo a qual “o indivíduo sente-se dominado por forças externas invasoras as quais é incapaz de resistir ou transcender. Sente-se assolado por forças implacáveis que lhe roubam toda autonomia de ação, ou então preso numa voragem de eventos em que rodopia de maneira descontrolada”. Dessa forma, numa ordem social em que o acirramento da competição econômica causa o desemprego de milhões de indivíduos e os que se mantêm economicamente ativos devem cumprir jornadas de trabalho cada vez mais intensas e estressantes, desenvolve-se um campo ideal para o incremento das patologias psíquicas.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), 450 milhões de pessoas hoje sofrem de doença mental. A depressão, que hoje ocupa o 4º lugar, deve atingir, em 2020, o 2º lugar de prevalência no mundo e o 1º lugar nos países desenvolvidos. Atualmente, entre as dez doenças que atualmente produzem maior incapacitação na vida<sup>57</sup>, os problemas de saúde mental representam quatro delas. Para agravar este quadro, a estigmatização da doença mental faz com que algumas dessas patologias não recebam os cuidados adequados. O alcoolismo é atualmente o distúrbio psíquico com a maior lacuna de tratamento no mundo (78,1%), ficando a depressão em segundo lugar (56,3%), muito embora ambos figurem entre os problemas de saúde pública mais relevantes da atualidade (Kohn *et. al.*, 2004).

Na medida em que a moderna psiquiatria, sedimentada nas teorias das neurociências e da biogenética, amplia o seu domínio no campo econômico e político da economia global por meio de pesquisas financiadas pelos conglomerados farmacêuticos, o tratamento da dependência química ainda permanece distante de obter resultados satisfatórios. O tratamento farmacológico de dependências químicas como o alcoolismo, através de drogas que provocam náuseas em contato com o álcool como o Dissulfiram, ou de outras que tentam “bloquear” os mecanismos da compulsão no cérebro, como a

---

<sup>57</sup> A Organização Mundial da Saúde utiliza um padrão medida conhecido como Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY) para avaliar a carga imposta à sociedade por mortes prematuras e invalidez.

Naltrezona, não são eficazes sem a colaboração do paciente. Em síntese, essas “drogas aversivas” não são capazes de substituir o componente subjetivo da experiência da dependência química que, por sua vez, está intrinsecamente conectado ao mundo social.

O uso de drogas começa e acaba no social. Da mesma forma como poucos dependentes químicos começaram a fazer uso de drogas através de iniciativa própria, poucos são aqueles que conseguirão recuperar-se sozinhos. É claro que os tipos de dependência e os sujeitos variam enormemente. No que tange à dependência de nicotina, parece que muitos o fazem por iniciativa própria e no caso de alcoolistas já escutei relatos semelhantes. A variedade de experiências subjetivas envolvendo a superação de qualquer vício será sempre maior em relação à pretensão de enquadrar todos os dependentes químicos em uma mesma categoria. Mesmo assim, geralmente ocorre algo no social - na família, no trabalho ou no círculo de amigos - que antecede a decisão de “largar o vício”.

A propósito, Alcoólicos Anônimos surgiu em 1935, nos Estados Unidos, como uma experiência incomum que desafiou o *establishment* científico daquela época e provocou uma série de reações que documentei em pormenores em um trabalho anterior (Mota, 2004). Mas é importante destacar que, em grande medida, A.A. foi também uma “reação” aos processos anômicos produzidos pela Depressão de 1929, nos Estados Unidos da América. Na década de 1950 surgia Narcóticos Anônimos, amparado no mesmo programa de A.A., obtendo também significativa repercussão sobretudo após a década de 1970, quando o uso de drogas popularizou-se através dos movimentos de contracultura. Atualmente, os grupos de ajuda mútua se encontram bem disseminados ao redor do mundo e fornecem a muitos indivíduos um amparo psicológico significativo em tempos de incertezas.

Em muitos aspectos, os grupos de ajuda mútua desafiam os saberes peritos ao conseguir resultados que amiúde se situam fora da alçada de psiquiatras e psicanalistas, na medida em que “a comunicação com os outros, produzida por uma autocompreensão aumentada e para ela contribuindo, é o meio pelo qual a pessoa que padece de um vício torna-se capaz de superá-lo” (Giddens, 1996:138). Em virtude de os grupos de ajuda mútua prescindirem do apoio de especialistas para monitorá-los, alguns conflitos podem ocorrer entre essas instâncias.

Durante os últimos anos, principalmente através de conversas informais que mantive com psiquiatras e psicólogos, notei que nem todos estão dispostos a concordar com um grupo de “leigos” cuidando de problemas que deveriam estar nas mãos dos

“especialistas”. Por outro lado, um número significativo desses profissionais hoje encaminha pessoas a esses grupos como parte de seu tratamento psicológico, enquanto outros terapeutas costumam também “perder” seus clientes para eles, o que certamente pode ser uma relevante causa das posturas de aversão e desdém de alguns psicanalistas com relação à metodologia de tratamento desses grupos.

Também não é sensato colocar grupos como Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos como uma panacéia para a dependência química. O tratamento realizado pelos grupos de ajuda mútua, em virtude de seu caráter religioso e de sua ênfase na similaridade dos sintomas, pode ser deficiente no que tange à análise da subjetividade de cada membro. Além disso, existem muitos casos de recaídas nesses grupos, como também de muitas pessoas que não se sentem à vontade em expor sua intimidade a estranhos. De uma maneira geral, assim como em outros serviços oferecidos para a recuperação da dependência química, tais grupos parecem ser eficazes somente para um público específico, como observa Marlatt:

Apesar da falta de pesquisas nessa área, estima-se que somente metade daqueles que comparecem a uma primeira reunião de A.A. vai concordar em ir a uma segunda reunião e uma proporção bem menor vai aderir ao movimento e aceitar sua ideologia. Essa baixa taxa de adesão é comum para qualquer modalidade de serviços oferecida para pessoas que bebem intensamente não sendo de modo nenhum uma indicação de inadequação do movimento de A.A. Mas para aderir aos A.A. é preciso ser um tipo muito singular de bebedor: alguém que aceite a rotulação de alcoolista, e se beneficie com a noção de vitimização e impotência decorrente desse rótulo. (2004:27)

Neste sentido, é importante observar que os grupos de ajuda mútua parecem não ser destinados a todas as pessoas, apesar de sua gratuidade. Assim, White (1998:156-163) sintetiza algumas das críticas mais comuns endereçadas aos grupos de Alcoólicos Anônimos, dentre as quais destaco a seguir:

1. A.A. trata apenas dos sintomas do alcoolismo, desprezando as causas psicológicas subjacentes;
2. A.A. é eficaz apenas para um tipo específico de alcoolista;
3. A conotação religiosa de A.A. afasta certos alcoolistas de suas salas;
4. Em A.A., os indivíduos apenas mudam da dependência do álcool para a dependência do grupo;

5. A ênfase de A.A. nos aspectos individuais do alcoolismo negligencia a importância dos aspectos sócio-econômicos da patologia;
6. O espírito criativo que caracterizou o início de A.A. foi substituído por um crescimento baseado no dogmatismo de seus preceitos;
7. A ênfase na dependência de um “Poder Superior” inibe as estratégias de auto-superação individual, imprescindíveis no tratamento da dependência química.

Antes de tudo, é importante lembrar que Alcoólicos Anônimos nunca esteve imune a tais críticas. Os registros históricos relacionados à sua fundação e legitimação junto à sociedade estão permeados de ondas de ceticismo no que tange à sua eficácia no tratamento do alcoolismo. Nos primeiros anos, A.A. vivenciou uma série de resistências por parte de grupos ligados às áreas médicas e psicológicas, como também foi ironizado pela imprensa. Até hoje, por parte do senso comum, Alcoólicos Anônimos é alvo de uma série de anedotas, principalmente por parte daqueles que abusam do álcool e jamais irão aceitar serem rotulados de “alcoólatras” ou por pessoas que nunca freqüentaram uma reunião e proferem juízos de valor apoiados em uma série de preconceitos relacionados ao estigma do alcoolismo.

Por outro lado, isso não quer dizer que as críticas apenas relacionadas não careçam de fundamento. Como comentei alhures, tanto Alcoólicos Anônimos como Narcóticos Anônimos, não podem ser considerados um “recurso milagroso” para o tratamento da dependência química. O problema é que alguns de seus membros, assim como ocorrem em alguns grupos religiosos, tendem a vislumbrar esses grupos como o *único* meio realmente eficaz para alguém se recuperar da dependência química.

Alguns membros insistem no fato de que os grupos são infalíveis e se apegam a eles como um fanático se agarra à sua crença religiosa<sup>58</sup>. Dessa forma, esses membros assumem uma postura “fundamentalista” com relação a esses grupos que, ironicamente, contesta a própria literatura de A.A. ou NA. Como salientei anteriormente, na medida em que conseguem libertar-se do álcool e das drogas passam a transferir essa dependência para as reuniões, desprezando qualquer outro tipo de auxílio para os problemas psicológicos e sociais subjacentes à dependência química, mesmo que a

---

<sup>58</sup> Neste sentido, cabe aqui a observação de Lúcia Bittencourt sobre o que ela denomina de “escravos de Deus” para referir-se aos dependentes de drogas que se recuperam através das igrejas evangélicas. Segundo a autora “esse tipo de modelo de cura não trata a dependência, mas oferece outra, uma vez que o centro da vida não é o homem, mas sim Deus, um produto de substituição. A posição do sujeito enquanto servo do Outro, o inscreve assim numa tutela autoritária” (2003:271-272).

literatura desses grupos não incentive esta conduta. A propósito, em um livreto de A.A., dirigido à classe médica e publicado originalmente na década de 1950, Alcoólicos Anônimos afirma que “*seria irreal sugerir que o programa de A.A., por si mesmo, é a única resposta para o homem ou mulher com o problema da bebida – ou o único meio a que os médicos podem recorrer para obter ajuda em casos individuais*” (Alcoólicos Anônimos, 1978:5 – grifos meus).

De qualquer forma, esse tipo de “fundamentalismo” não é uma exclusividade dos grupos de ajuda mútua, baseados nos 12 Passos de Alcoólicos Anônimos. Nunca é tarde para lembrar que, mesmo na Universidade, alguns intelectuais se engajam de uma forma tão obsessiva nos seus círculos acadêmicos e na defesa das idéias de determinadas ideologias que parecem proceder de forma análoga a um fanático religioso. Portanto, o ato compulsivo de considerar a metodologia dos grupos de ajuda mútua como a única capaz de explicar e tratar a dependência química não me parece ser uma exclusividade de tais grupos. Além do mais, é comum a dependência de álcool e drogas ser substituída por outras formas de dependência como comida, sexo, cigarros, trabalho etc. Estudos recentes realizados com sujeitos em tratamento de dependência química indicaram uma propensão para a substituição da dependência de álcool e drogas pelo jogo compulsivo (Carvalho *et. al.*, 2005).

Bill Wilson, co-fundador de Alcoólicos Anônimos disse, em certa ocasião, que a recuperação do alcoolismo percorre vários caminhos, e não se deve unicamente à participação em A.A. Após várias críticas a A.A., principalmente aquelas endereçadas por Arthur Cain nos anos 1960, Bill Wilson, resolveu finalmente publicar, em 1963, um artigo na revista americana de A.A., a *Grapevine*, intitulado “Nossos Críticos Podem Ser Nossos Benfeitores”. Neste artigo, Bill W. estimulou os membros a refletir sobre como as críticas podiam proporcionar o fortalecimento da organização e da necessidade de ponderar sobre elas, adotando uma postura aberta naquilo que não poderia prejudicar o grupo. No entanto, ele ressaltou que Alcoólicos Anônimos, como organização, não iria tomar parte em controvérsias públicas (White, 1998). De acordo com a 10ª Tradição de A.A., “Alcoólicos Anônimos não opina sobre questões alheias à Irmandade; portanto o nome de A.A. jamais deverá aparecer em controvérsias públicas”.

De uma maneira geral, parece que a maioria das pessoas confunde os posicionamentos oficiais de A.A. com os depoimentos de seus membros. Para prevenir esses mal-entendidos, alguns grupos lêem um pequeno folheto antes das reuniões alertando aos visitantes que as opiniões particulares de seus membros não refletem

obrigatoriamente a opinião da organização como um todo. Um dos aspectos controversos dessa questão é que, embora A.A. não condene o consumo de álcool, alguns membros o fazem com grande ênfase, incorporando um discurso semelhante àqueles das Ligas Anti-alcoólicas, condenando bares e bebedores. Entretanto, segundo a literatura oficial de A.A.:

Por que ficar sentado com cara de desânimo em lugares onde há bebidas, lamentando o tempo que passou? Se a ocasião for alegre, tente aumentar o prazer dos que lá estão, se for um compromisso profissional, compareça e cuide de seus negócios com entusiasmo. Se você estiver com alguém que quer ir comer num bar, vá junto. Comunique a seus amigos que eles não devem mudar de hábitos por sua causa. No momento e lugar certos, explique a todos os seus amigos porque o álcool não faz bem a você. Fazendo isto sem rodeios, poucas pessoas irão convidá-lo a beber. Quando você bebia, afastava-se pouco a pouco da vida. Agora, está voltando à vida social deste mundo. Não comece a se afastar novamente só porque seus amigos tomam bebidas alcoólicas [...] Tomamos o cuidado de jamais demonstrar intolerância ou ódio ao ato de beber, enquanto hábito instituído. [...] *Afinal, somos nós mesmos os responsáveis por nossos problemas. As garrafas são apenas um símbolo. Além disso, paramos de lutar contra qualquer pessoa ou qualquer coisa. Precisamos ser assim!* (Alcoólicos Anônimos, 1994:120-121 – grifos do autor)

Dessa forma, é necessário enfatizar que Alcoólicos Anônimos não pretende liderar qualquer tipo de cruzada antialcoólica, como fizeram os movimentos de temperança. Aliás, A.A. pode ser criticado por não intervir em políticas públicas relacionadas ao alcoolismo, mas é necessário lembrar que esta “passividade” diante do alcoolismo como problema social e político foi de grande importância para sua legitimidade perante a comunidade. Alguém poderia imaginar a continuidade de Alcoólicos Anônimos com seus membros lutando por verbas públicas, cargos em instituições que combatem o alcoolismo, negociando apoio estratégico a políticos relacionados às políticas de combate ao alcoolismo ou envolvidos em escândalos de corrupção?

Após duras lições, os primeiros membros de A.A. verificaram logo a impossibilidade de envolver-se em questões públicas utilizando esta organização como ferramenta de projeção pessoal. Em um sentido estrito, os grupos de ajuda mútua são organizações apolíticas, embora isso não signifique dizer que tais grupos se omitam de prestar serviços à sociedade. Os “serviços” que prestam tais grupos são totalmente voluntários e não assumem nenhum caráter político-institucional. Foi justamente esta

independência política e econômica que permitiu a grupos como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos atuarem em diversos países ao redor do mundo. Existem grupos de A.A. funcionando em todos os continentes, abrangendo países completamente díspares como Tanzânia ou Austrália, Cuba ou Arábia Saudita, Inglaterra ou República Popular da China, o mesmo podendo aplicar-se, em maior ou menor escala, a Narcóticos Anônimos.<sup>59</sup>

É óbvio que qualquer membro, individualmente, poderá utilizar sua condição de dependente químico em recuperação para engajar-se em uma campanha anti-drogas. Entretanto, se este indivíduo utilizar o nome do grupo para tal propósito, ele sofrerá intensa condenação por parte dos outros membros. Tive a oportunidade de escutar algumas histórias sobre tais eventos, que geralmente causam a segregação do indivíduo de seu próprio grupo de origem. Os grupos de ajuda mútua não incentivam qualquer política de “Guerra às Drogas” ou iniciativas similares. Não se trata de um lugar onde as pessoas estejam articulando-se para banir as substâncias psicoativas da face da terra.

As reuniões dos grupos de ajuda mútua são geralmente realizadas em locais simples, onde predomina um clima amistoso, embora determinados depoimentos possam chocar pessoas não habituadas a escutar histórias trágicas envolvendo alcoolismo, drogas, crimes e violência. Em certas ocasiões, alguns membros também se apresentam visivelmente perturbados, enfrentando graves problemas pessoais mesmo encontrando-se em abstinência.

Aquilo que os membros dos grupos de ajuda mútua denominam de “doença incurável” (o alcoolismo se manifestando em plena abstinência) muitas vezes não passa de um conjunto de sintomas de vários problemas psicológicos como depressão, fobias, neuroses que geralmente acompanham os casos de dependência química. Uma vez que a droga é retirada da vida do indivíduo, esses problemas psicológicos tornam-se mais evidentes. Trata-se daquilo que a psiquiatria denomina de *comorbidade*, ou seja, a associação entre dois ou mais problemas psiquiátricos em um mesmo sujeito. Segundo um psicólogo, membro de Alcoólicos Anônimos, que hoje atende a casos de dependência química:

---

<sup>59</sup> Nos países com legislação mais dura relacionada à posse de drogas, os primeiros grupos de Narcóticos Anônimos funcionaram na clandestinidade, o mesmo ocorrendo a Alcoólicos Anônimos em alguns países do bloco socialista, à época da Guerra Fria. Atualmente, porém, tais grupos tendem a ser tolerados cada vez mais por parte das autoridades locais, sobretudo em função de sua independência econômica e política. Para consultar uma lista completa dos países onde funcionam tais grupos, acesse: <http://www.aa.org> e <http://www.na.org>.

O cara ainda tem sintomas sim. Em primeiro lugar, todo grupo de A.A. e NA é um grupo de neuróticos também. Então, eu estou sempre batendo nessa tecla com os meus clientes: “Olha, o AA é fundamental na sua vida, mas a sua saúde vai ser proporcional ao número de grupos que você frequenta, ou seja, o grupo da igreja, o grupo do xadrez, o grupo do automóvel, o grupo do seja lá do que for”. Ficar só no AA neurotiza. Até porque todos os dias estão chegando outras pessoas que vêm com uma carga negativa pesada. Vêm plenamente doentes. E você tem que estar atento para essa energia, por que ela pode rolar para teu lado, o tempo todo.

Por causa disso, quase sempre aparece um cara contando uma história de infelicidade, trocando de mulher, trocando de trabalho, mesmo sóbrio. Você olha para ele e pergunta: “E aí, como é que está? Ele responde: O negócio está ruim, eu estou com um problema sério lá em casa, a mulher está gastando mais do que eu ganho”. Essa energia é perigosa [...] Mas você não pode ser desumano e não escutar esse cara. Mas tem que estar atento para não absorver essa energia dele, senão ela te derruba. Entendeu? (OD, psicólogo, abril 2005)

Neste caso, não seria um exagero dizer que um grupo de ajuda mútua também possa ser considerado um “grupo de sintomas”. Muitas pessoas frequentam tais grupos por anos sem que seja possível observar qualquer mudança positiva em sua vida, a não ser a abstinência da substância. Em Alcoólicos Anônimos tais indivíduos são geralmente denominados de “bêbados secos”. No meu entender, esse seria o aspecto mais negativo dos grupos de ajuda mútua. Embora a literatura oficial de tais grupos aconselhe seus membros a procurar auxílio profissional para problemas que estão fora da alçada dos grupos, alguns indivíduos se recusam a fazer tratamento psicológico porque acreditam que o grupo é a sua única solução.

Considerando que alguns membros conseguem permanecer vários anos sem utilizar álcool e drogas mesmo com uma condição psíquica deteriorada, tudo que eles falam acaba por servir de direção para alguns iniciantes. Muitos deles utilizam seu tempo de sobriedade como poder simbólico para fazer valer a sua opinião e geralmente conseguem utilizar esse recurso de forma bastante eficaz. Assim, pode se estabelecer uma espécie de “contaminação neurótica” que perpassa a atmosfera de alguns grupos e sobre a qual não há nada que possa ser feito uma vez que não existe o expediente da expulsão na filosofia de tais organizações.

Neste sentido, é interessante lembrar Da Matta (1997) no que concerne à divisão dos espaços de sociabilidade na sociedade brasileira entre a *casa* e a *rua*. A casa seria um espaço de demarcações rígidas com base em laços afetivos, enquanto a rua é o lugar do imprevisto, da impessoalidade e da competitividade entre estranhos. Da Matta



enxerga no carnaval brasileiro a realização de uma utopia que busca romper com as estruturas assimétricas da sociedade brasileira sob a figura do “folião”. Ser um folião é desnudar-se das assimetrias sociais e colocar-se em condições de igualdade.

Como comentei anteriormente, alguns membros dos grupos de ajuda mútua, em função de seus problemas psicológicos e dificuldades de reinserção social, apóiam-se na estrutura dos grupos como uma fuga dos espaços de competitividade e formalidade da estrutura social. Se na estrutura social à qual pertencem eles são “nada”, nos grupos de Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos eles podem ser “tudo”. E na medida em que os grupos fomentam o sentimento de igualdade a partir da noção de que esses indivíduos são portadores de uma doença crônica e incurável, essas pessoas poderiam ser consideradas como “eternamente em recuperação”.

Durante minha convivência com os frequentadores desses grupos pude verificar que as pessoas que tinham mais dificuldades de retornar à estrutura social eram justamente as que começaram a usar álcool e drogas desde tenra idade ou outros que prolongaram por muitos anos um padrão de uso abusivo. Para os dependentes químicos que romperam seus laços familiares e profissionais por longos períodos de tempo, o retorno à sociedade será sempre mais difícil. Alguns membros não conseguiram obter instrução formal ou engajar-se em qualquer grupo profissional, enquanto outros passaram anos em mendicância, envolvidos com tráfico de drogas ou vivendo como sem-teto. Nessas condições, será que é possível julgar tais indivíduos por limitarem suas vidas às reuniões desses grupos?

Tanto para A.A. como para NA, a noção da dependência química como uma doença não pode ser compreendida como restrita a seu sentido terapêutico. Para esses grupos, trata-se mais de que uma simples “doença”, mesmo considerando que o atual modelo biomédico de explicação deste problema, em muitas circunstâncias, tenha sido incorporado à ideologia de tais grupos. A dependência de álcool e drogas é, para os grupos de ajuda mútua, ao mesmo tempo, uma doença espiritual, emocional, física, familiar, social, afetiva, compulsiva, obsessiva etc. Na realidade, resta apenas um consenso: a despeito da diversidade de interpretações, todos os grupos sempre designam o problema central sob a insígnia de *doença*, utilizando este rótulo para amenizar a condenação moral de seus “portadores”. Segundo a literatura de NA:

*O aspecto físico da nossa doença é o uso compulsivo de drogas: a incapacidade de parar uma vez que tenhamos começado. O aspecto mental é a obsessão ou o desejo incontrolável que nos leva a usar, mesmo destruindo nossas vidas. A parte espiritual da nossa doença é o total egocentrismo. Pensávamos que podíamos parar quando quiséssemos, apesar de todas as evidências em contrário. Negação, substituição, racionalização, justificação, culpa, vergonha, desleixo, degradação, isolamento e perda de controle são alguns resultados da nossa doença. Nossa doença é progressiva, incurável e fatal. Para a maioria de nós, é um alívio descobrir que temos uma doença, e não uma deficiência moral. (Narcóticos Anônimos, 1998:22 – grifos meus)*

Uma “doença” com este grau de complexidade, portanto, não pode ser tratada apenas através da abstinência. Dessa forma, nenhum dos grupos de ajuda mútua defende a premissa de que a simples interrupção do uso de álcool e drogas seja suficiente para lidar com este problema, por mais que alguns membros individualmente possam escolher esse caminho. No programa dos Doze Passos (Cf. Apêndice), apenas o primeiro passo refere-se à obrigatoriedade da interrupção do uso da substância, enquanto todos os passos subsequentes são de natureza espiritual, definidos a partir de uma linguagem peculiar a tais grupos, na qual a palavra pecado, por exemplo, é substituída por defeitos de caráter.

O significado de doença defendido pelos grupos de ajuda mútua está diretamente condicionado a seu contexto de enunciação que, por sua vez, condiciona a ação social daqueles inseridos nesses espaços. Neste sentido, creio que é normal que surjam inúmeras críticas direcionadas à metodologia de tratamento de tais grupos, provenientes das mais diversas fontes e com significativa pertinência. Mas tentar examinar em pormenores todas essas críticas demandaria um maior esforço que escapa aos objetivos deste trabalho. Por ora, pretendo rever a questão da solidariedade como recurso para o tratamento da dependência química, recapitulando brevemente discussões que foram o cerne de meu trabalho anterior (Mota, 2004).

#### **4.4 Dar, receber e retribuir: a dádiva na recuperação da dependência química**

A discussão sobre como é possível produzir solidariedade nas sociedades industriais foi o tema central do estabelecimento da sociologia como disciplina acadêmica, sobretudo através da obra de Émile Durkheim. Na medida em que a divisão do trabalho torna-se cada vez mais complexa, o egoísmo se intensifica, fazendo com que a coexistência social torne-se cada vez mais conflituosa. Atualmente, embora

lugares cada vez mais distantes da terra possam conectar-se instantaneamente através das modernas tecnologias de telecomunicações e os mercados de ações façam circular trilhões de dólares por todo o planeta, “o mundo contemporâneo é um recipiente cheio até a borda de medo e frustração flutuantes desesperadamente em busca de alguma extravasão que um sofredor possa razoavelmente dividir com outros” (Bauman, 2000:62).

Dessa forma, o fenômeno da proliferação dos grupos de ajuda mútua ao redor do mundo não atende somente à dificuldade do acesso de milhares de pessoas a serviços psiquiátricos especializados, mas também corresponde à crise da subjetividade característica dos tempos de globalização, ou seja, do incremento do que Suely Rolnik (1997) denominou de “toxicômanos de identidade”. Trata-se de uma crise coletiva, cuja expressão mais visível está localizada nas mais diversas formas de violência que inundam os noticiários televisivos.

Em grande medida, este medo difuso conduz grandes parcelas da população a situações de angústia, que por vezes finda na adoção de padrões compulsivos de comportamento, ou seja, de tudo aquilo que se constitui a própria ideologia das modernas sociedades de livre mercado. Por isso, é importante lembrar os grupos de ajuda mútua não se ocupam apenas da dependência de álcool e drogas, como ocorreu a partir do surgimento de Alcoólicos Anônimos (1935) e Narcóticos Anônimos (1953). Atualmente, existem grupos endereçados a problemas como depressão, transtorno obsessivo compulsivo, sexo, trabalho, ou consumo compulsivo, incesto, jogo, dependência de pílulas etc. (Mota, 2004).

Durante a segunda metade do século XX os grupos de ajuda mútua inspirados no programa de Alcoólicos Anônimos tiveram um crescimento significativo nos Estados Unidos, espalhando-se depois pelo mundo inteiro. Grupos como Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos já possuem representação em mais de 130 países, através de uma comunidade de membros que não cessa de crescer (White, 2004). Daí surge uma pergunta: se a metodologia de tais grupos não apresentasse resultados positivos para aqueles que os procuram, como explicar esse persistente crescimento?

Em grande medida, o fenômeno da proliferação de tais grupos também representa um sintoma do mal-estar despolitizado que impulsiona os indivíduos a soluções individualistas para seus problemas. Uma vez que as ideologias ancoradas nas grandes narrativas perdem seu antigo poder de atração, as soluções “individualizadas” do atual cenário pós-moderno parecem ganhar espaço. Daí surge toda uma enxurrada de

literatura de auto-ajuda, terapias alternativas, esoterismo, crenças em duendes, vidas passadas etc. Talvez a proliferação dos grupos de ajuda mútua seja apenas mais uma “válvula de escape” para as angústias do cotidiano, para as quais não se pensa mais em uma solução coletiva nos moldes dos antigos movimentos sociais.

Por outro lado, a expansão dessas redes de ajuda mútua, ou seja, de grupos baseados nos princípios de “democracias dialógicas” (Giddens, 1996) representa também uma face positiva da globalização. A difusão dessas organizações, neste caso, encontra um paralelo com o crescimento do denominado “Terceiro Setor”, composto majoritariamente pelas Organizações Não-Governamentais, com suas variadas atuações e propósitos.

Talvez seja possível também compreender este fenômeno como um reflexo daquilo que Christopher Lasch denominou de *Cultura do Narcisismo*. Este autor defende a tese de que, após o esgotamento dos movimentos de vanguarda dos anos 1960, a sociedade norte-americana desviou definitivamente seu foco de atenção dos problemas políticos para questões subjetivas.

O que está em jogo agora não é mais a transformação da sociedade através de estratégias coletivas, mas a busca de refúgio em diversos procedimentos terapêuticos, no mundo narcotizante da indústria publicitária ou no culto às celebridades. Em outras palavras, faz-se necessário lutar incessantemente pela sobrevivência psíquica em um mundo de constantes incertezas e relações assimétricas cada vez mais fora de controle, sem que isso tome o aspecto da defesa de uma “causa nobre” (coletiva). Neste caso, “as condições sociais atuais encorajam uma mentalidade de sobrevivência, expressa em sua forma mais crua nos filmes sobre catástrofes ou nas fantasias das viagens espaciais, que permitem uma fuga substitutiva de um planeta em ruínas. As pessoas não sonham mais em superar suas dificuldades, mas apenas sobreviver a elas” (Lasch, 1991:49).

Mas parece que seria incorreto supor que os grupos de ajuda mútua sejam somente uma espécie de movimento individualista de auto-ajuda em massa, mesmo reconhecendo o fato de que eles não sejam engajados em nenhuma causa política. É importante observar que, no que tange a esses grupos, as práticas individualizadas não ocorrem em um ambiente egoísta *par excellence*, mas em um espaço de partilha do sofrimento comum alicerçado nos mecanismos da dádiva, ou seja, do *dar, receber e retribuir* ajuda para o problema em questão. Em muitos depoimentos, alguns membros insistem que estão fazendo sua recuperação apenas por si mesmos, mas essas afirmações não se comparam ao “egoísmo” característico das transações comerciais.

Na maioria das vezes, afirmar que a recuperação tem um sentido eminentemente individual também quer dizer que a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso desta empreitada não pode estar condicionada a “fatores externos”. Segundo a literatura de tais grupos, o indivíduo não é responsável por sua “doença”, mas certamente o é pela sua recuperação. Assim, apesar da importância cabal das relações de ajuda mútua entre os membros na recuperação de sua dependência, o senso de responsabilidade individual é um elemento indissociável da recuperação do comportamento compulsivo (Borkman, 1999). A propósito, foi justamente a partir desta noção “individualista” que surgiu o principal (e controverso) lema de Alcoólicos Anônimos no Brasil: “*Se o seu problema é beber, o problema é seu. Se o seu problema é parar de beber, o problema é nosso*”.

Em outras palavras, o ato de continuar bebendo ou usando drogas de forma abusiva não diz respeito somente ao grupo, que por si só não possui “poderes mágicos” para interromper o ciclo vicioso da dependência química. Na realidade, o princípio da ajuda mútua é baseado na intenção do indivíduo de abandonar o álcool ou as drogas. Alguns membros podem tentar convencer alguém a recuperar-se, mas eles logo se tornam cientes de suas limitações quando não são correspondidos. Assim, a solidariedade na recuperação da dependência química não pode ser compreendida como um “meio mágico” de reabilitação para o dependente químico “resistente” ao tratamento, mas sim como um recurso útil para aqueles que *já decidiram* fazer algo a respeito de seu problema.

De maneira geral, as ciências sociais costumam apoiar suas análises do comportamento humano a partir do entendimento de vínculos sociais envolvendo interesse ou obrigação. Se os indivíduos agem de uma determinada forma é porque eles pensam em lucro ou temem sanções: instala-se um debate permanente entre holismo e individualismo metodológico como as forças principais que motivam as ações humanas.

Entretanto, reunindo extenso material sobre registros etnográficos, história das religiões e sistemas legais antigos, Marcel Mauss propôs um paradigma para compreender a ação humana: a dádiva (Mauss, 2003 [1924]). Segundo Mauss, as relações humanas não poderiam restringir-se apenas às lógicas utilitaristas, pois a sociabilidade se funda através dos atos de dar, receber e retribuir. Nas sociedades “primitivas”, a dádiva representaria uma alternativa à guerra. Trocando presentes, gentilezas e bens, as tribos e clãs evitavam os conflitos, propiciando uma convivência pacífica através de sistemas de reciprocidade moral. E foi justamente a partir desta dinâmica que os demais mecanismos de troca se originaram.

O termo dádiva ainda é geralmente confundido com caridade ou algum tipo de benevolência ingênua, mas não se trata disto. O que caracteriza a dádiva não é a falta de interesse, mas a ausência de cálculo. Em uma relação mercantil, a sociabilidade finda com a quitação da dívida, enquanto nas relações baseadas na dádiva o laço social é continuamente estimulado por meio de uma espécie de endividamento moral que mantêm o doador vinculado ao donatário.

Para fins de conceituação, utilizarei Jacques Godbout, quando define dádiva como “*qualquer prestação de bem ou de serviço, sem garantia de retorno, com vistas a criar, alimentar ou recriar os vínculos sociais entre as pessoas*” (1999:29 – grifos meus). Então, considerarei a sociabilidade nos grupos de Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos como uma forma de dádiva na modernidade, na medida em que a filosofia de tais grupos consegue prover um sentimento comunitário que se distingue do meio social competitivo das sociedades contemporâneas (Godbout, 1999; Mota, 2004).

Um aspecto importante a ser enfatizado nesses grupos é uma espécie de aversão às relações baseadas em hierarquias instrumentais. As reuniões geralmente ocorrem de forma organizada e pontual, mas ninguém se sente coagido a acompanhá-las até o final. Existe uma organização básica para o funcionamento de todos os serviços do grupo, mas essa estrutura não obedece a normas administrativas formais como aquelas verificadas em instituições ocupadas com a prática de comércio ou controle social governamental. Dessa forma, em virtude de seu caráter de sociabilidade pautada na dádiva, tais grupos são considerados pelos seus próprios membros (e por sua literatura oficial) como uma espécie de “anarquia benigna”.

No que tange às relações de interesse entre o membro e seu grupo, é possível afirmar que a maioria delas é endereçada à manutenção física do espaço das reuniões e, por consequência, de sua própria recuperação. Nos intervalos das reuniões, algumas conversas entre os membros podem conduzir ao fechamento de algum negócio ou conseguir-se um emprego, mas essa relação nunca é o foco principal da sociabilidade do grupo. Aliás, os novatos que chegam nos grupos buscando apoio financeiro para saldar dívidas oriundas de seu período de dependência de álcool e drogas são geralmente vistos com desconfiança por parte dos veteranos. Dessa forma, o interesse nesses grupos não tende a apoiar-se no cálculo instrumental, mas na ordem de sentido própria das relações alicerçadas na dádiva, pois

O dom não é de maneira alguma “desinteressado”. Simplesmente, ele privilegia os interesses de amizade (de aliança, de amãncia, de solidariedade etc.) e de prazer e/ou criatividade em confronto com os interesses instrumentais e a obrigação ou a compulsão. A obstinação das religiões ou de muitos filósofos em procurar um dom plenamente isento de interesse é portanto destituída de objeto. Repousa aliás sobre uma confusão entre altruísmo e desinteresse. O dom não deve ser pensado sem o interesse ou fora dele, mas contra o interesse instrumental. Ele é o movimento que, para os fins da aliança ou (e) da criação, subordina os interesses instrumentais aos interesses não instrumentais. Às paixões. (Caillé, 2002a:145)

Nos grupos de ajuda mútua, a noção de igualdade perante o problema em questão, seja ele alcoolismo, drogadição ou obesidade é enfatizada a cada depoimento. Embora as falas dos membros evidenciem as disparidades de classe social existentes entre eles, tais diferenças não costumam ser tomadas em consideração pela maioria dos membros ouvintes. Aliás, alguns membros com alto grau de escolaridade me confessaram ter decidido ingressar em Alcoólicos Anônimos após ouvir depoimentos de outros membros semi-analfabetos. A sinceridade da narrativa contida nas histórias de vida parece sempre mais relevante do que qualquer outro atributo cultural valorizado pela estrutura social hegemônica.

Os depoimentos em cabeceira de mesa, um traço ritualístico essencial das reuniões de Alcoólicos Anônimos, tem como objetivo socializar a experiência do sofrimento no alcoolismo com outros membros e visitantes. A retórica da igualdade entre os seus pares perante a “doença”, as experiências negativas do passado e a luta pela sobriedade são a tônica da maioria dos discursos. Embora cada membro fale de sua vida particular transitando sobre questões como relacionamentos, carreira profissional, família e outros assuntos, o sentimento partilhado da igualdade perante a “doença” tende a assumir destaque. Segundo um membro de Alcoólicos Anônimos, vendedor de bilhetes lotéricos:

Aqui todo mundo é igual, não tem ninguém melhor do que o outro. Pode ser doutor, médico, dentista, professor, rico ou pobre, aqui todo mundo é igual. Aqui é uma entidade para parar de beber, quem quiser parar o problema é nosso. (FN, membro de Alcoólicos Anônimos, abril 2007)

Além da dimensão do alcoolismo em si, Alcoólicos Anônimos também pode ser útil para o membro ampliar seu círculo de amizades. Ao contrário das pessoas que conseguem beber sem prejuízo de seus relacionamentos interpessoais - é sempre bom

recordar que o álcool é talvez o mais eficaz “lubrificante social” que existe - os membros dos grupos de ajuda mútua acabaram por vivenciar um processo inverso, de segregação social, sendo inevitavelmente lançados à solidão do bebedor problemático. Como comentei anteriormente, a capacidade de usar álcool e drogas mantendo-se sob controle da situação é um requisito essencial para participar de grupos de usuários controlados. A quebra dessas regras, porém, conduz à exclusão social. Assim, é comum ouvir membros dos grupos de ajuda mútua relatar, em várias ocasiões, como foram rejeitados até mesmo por donos de bares ou traficantes.

Dessa forma, a frequência a estes grupos representa não somente a manutenção da abstinência, mas também a possibilidade de socializar-se com pessoas que se encontram “em recuperação”. Na prática, a maioria das amizades nesses grupos surgem a partir de identificações mútuas relacionadas à profissão, estado civil, escolaridade etc. Neste caso, as relações fora das reuniões podem obedecer a uma lógica semelhante à da estrutura social, muito embora seja possível observar amizades sólidas entre membros pertencentes a classes sociais completamente distintas. Segundo uma jornalista, membro de Alcoólicos Anônimos:

Se hoje você fosse me tirar do contexto de A.A. iam sobrar poucas pessoas que eu poderia recorrer para pedir ajuda, não só com a questão da bebedeira, mas com outras coisas. Eu não consigo mais separar minha vida do A.A., por causa desse componente de ajuda mútua. Foi a partir dessa ajuda que eu também aprendi a receber porque eu era muito de dar, porque dar não requer uma ação. Eu dava, e depois virava minhas costas. Receber significa estar aberta, requer mais ação do que dar, porque eu tenho que me envolver. Mas também tem o negócio da afinidade. Como eu posso pedir ajuda de uma pessoa com quem eu não tenho nenhuma afinidade? Hoje em dia, as pessoas às quais eu busco ajuda vão entender o que eu sinto, não sou mais fechada como antes. Quando eu bebia, eu achava que eu era uma pessoa solidária, porque eu saía para ajudar as pessoas, fazer campanhas para arrecadar isso ou aquilo. Mas isso não era solidariedade, era uma maneira de alimentar meu ego porque eu me sentia péssima pelo fato de beber exageradamente. Hoje em dia, em A.A., quando eu escuto alguém dizer que está sofrendo, eu me solidarizo com aquela dor porque eu senti a mesma coisa. Então, essa solidariedade acontece de fato. É claro que tem algumas pessoas em A.A. que são “carne de peçoço”, não tem jeito. Mas essas pessoas são exceções. Eu acho que a solidariedade existe aqui porque as pessoas sentiram a mesma dor. Não do jeito que você sentiu, mas a sensação da dor, é isso que nos une. É isso que faz com que haja esse elo, essa ligação muito forte. Hoje eu tento ser uma pessoa solidária não para “lavar” o meu ego, mas porque eu entendo a dor do outro. (LN, membro de Alcoólicos Anônimos, abril 2007)



A partir deste depoimento é possível perceber que ser membro de um grupo de ajuda mútua não implica somente abandonar qualquer vício ou comportamento autodestrutivo, mas também fazer parte de uma nova comunidade de política-vida, esta baseada não nos moldes clássicos de uma política emancipatória ou revolucionária, mas de uma política de escolha de determinados *estilos de vida* que também findam por afetar a estrutura social (Giddens, 2002). Afinal, um membro em recuperação será sempre alguém que deixou de causar uma série de transtornos para sua família, vizinhança, empregadores e outros agentes sociais diretamente atingidos pelo uso abusivo de álcool e drogas.

O ato de dar, receber e retribuir entre os membros dos grupos de ajuda mútua supera a conotação pejorativa do uso da caridade para lidar com culpas ou remorsos, mesmo considerando que o sentimento de culpa, por motivos óbvios, acompanha o processo de recuperação da dependência química. A solidariedade no interior desses grupos não compartilha do mesmo sentido atribuído às campanhas caritativas endereçadas às “boas causas”. Aliás, nesses grupos existe uma relação que confunde egoísmo e altruísmo, pois através do ato de dar (contar sua experiência de recuperação ao recém-chegado), o indivíduo pode beneficiar-se, servindo-se de sua vivência para reforçar sua própria reabilitação.

Os depoimentos em cabeceira de mesa são emblemáticos para compreender essa dinâmica. Na medida em que o membro profere seu depoimento no intuito de liberar suas culpas pelas faltas passadas, aqueles que escutam sua fala se identificam com sua narrativa e a partir daí podem pedir seu ingresso no grupo. Certa vez, um membro de Alcoólicos Anônimos confidenciou, em um depoimento, que seu passado de fracassos serve hoje como “fertilizante” para que os visitantes decidam entrar no grupo e mudar suas vidas para melhor, decidindo abandonar o álcool antes que o pior lhes aconteça. Em grande medida, tais testemunhos não diferem muito daqueles observados nos cultos religiosos, a não ser pela utilização de uma linguagem específica dos grupos, como o ato de enfatizar sua relação destrutiva com o álcool e as drogas, a aceitação de um Poder Superior capaz de auxiliá-los em sua luta diária, além de outros aspectos.

No entanto, isso não implica dizer que os grupos sejam locais de “pura solidariedade”, onde uma “bondade angelical” emerge das cinzas da dependência química. Assim como em qualquer outro grupo composto por pessoas de diversas origens sociais, com seus desejos e aspirações, os grupos de ajuda mútua não estão livres de conflitos internos. Aliás, até mesmo um jargão é utilizado pelos membros para

designar essas situações: a *controvérsia*. Por isso, em muitos grupos existem placas penduradas com as frases “Evite Controvérsias” e “Somos Todos Iguais”, mas nem sempre esses avisos são suficientes para apaziguar conflitos. Além disso, é difícil aferir se alguém está realmente freqüentando o grupo em busca de recuperação. Segundo depoimentos de membros de Alcoólicos Anônimos:

A solidariedade existe, mas também existe muita hipocrisia, demagogia. Eu vejo dessa forma, mas é através disso que a gente vem aprendendo a ter uma reformulação de vida, a pensar diferente, a ver as coisas de outra maneira. Mas isso não é só dentro do A.A. não. Hipocrisia e demagogia existem em qualquer segmento da sociedade [...] Assim como existem vários restaurantes, existem muitas salas de A.A. Então, eu acho que a pessoa deve ir para onde ela se sinta melhor. Eu acho que ninguém tem o direito de criticar o recaído porque ninguém sabe o dia de amanhã. O A.A. é uma programação de 24 horas, aqui ninguém dá atestado de cura. Quando eu escuto críticas ou piadas com quem voltou a beber, eu peço a Deus que nada aconteça a um companheiro que faz esse tipo de coisa. Isso porque às vezes a gente paga caro por aquilo que fala, a palavra tem um poder muito grande. Eu agradeço muito a Deus por ter retornado, porque eu já recaí muitas vezes. (AB, membro de Alcoólicos Anônimos, abril 2007)

Na minha opinião, os grupos de ajuda mútua têm um fator de uma quase religiosidade que agrega muito as pessoas. Em consequência disso, as pessoas são mais ligadas umas com as outras, o que não existe nos tratamentos especializados. Eu acho que existe solidariedade entre aquelas pessoas que vêm mais intencionadas a fazer seu tratamento, porque tem gente que não chega aqui com esse intuito. Eu não sei se isso é um tipo de “mau caratismo”, não sei se a gente pode falar assim. E isso leva a um clima de desconfiança, existem esses dois lados. (EG, membro de Alcoólicos Anônimos, abril 2007)

Como mencionei anteriormente, a recuperação da dependência química não pode ser restrita à simples freqüência a tais grupos. Embora a ajuda mútua seja fundamental para o processo de abstinência de álcool e drogas, a motivação individual para abandonar certos hábitos requer uma significativa dose de motivação individual. Embora a literatura de Alcoólicos Anônimos afirme que 50% dos que chegam ao grupo com propósitos firmes consigam superar o alcoolismo sem recaídas (Alcoólicos Anônimos, 1994), é difícil aferir cientificamente tais índices.

Aliás, os críticos de Alcoólicos Anônimos afirmam que não existem evidências capazes de comprovar que A.A. seja mais eficaz na recuperação do alcoolismo do que qualquer tipo de remissão espontânea, ou seja, dos casos de pessoas que abandonam a

bebida por conta própria, sem o auxílio de quaisquer recursos terapêuticos (Bufe, 1998). Por outro lado, pesquisas longitudinais com um contingente significativo de alcoolistas refutam tais argumentos, demonstrando que a frequência a grupos de Alcoólicos Anônimos é responsável por 40% dos casos de remissão do alcoolismo (Vaillant, 1999).

Aqui não pretendo abordar a questão da “eficácia” dos grupos de ajuda mútua na recuperação da dependência química, pois tal empreitada dependeria de metodologias específicas. O que pretendo observar, novamente, é como o apoio mútuo pode se transformar em um recurso privilegiado para um problema psíquico em que os tratamentos convencionais conseguem baixos percentuais de sucesso. Durante os últimos anos, tenho presenciado pessoas entrar e sair desses grupos com relativa frequência. Alguns trocam os grupos por igrejas, outros voltam a beber e a usar drogas, enquanto outros conseguem permanecer sóbrios sem frequentar reuniões<sup>60</sup>. Segundo um membro de Alcoólicos Anônimos, existem vários comportamentos individuais em A.A. que não correspondem à filosofia do grupo:

Existem pessoas aqui que apenas pararam de beber, mas não incorporaram nada da filosofia de A.A. São pessoas muito doentes. Essas pessoas podem ter 20, 30 anos de abstinência alcoólica, que é diferente de estar em recuperação. Mas essas pessoas são exceções. E são justamente essas pessoas que fazem piadinha com os recaídos. Para mim, uma pessoa dessas devia morar no inferno. Eu não sei como alguém pode achar graça de uma recaída. E também existem pessoas que não fazem muito para evitar as recaídas, que parecem que ficam brincando com a Irmandade. Eu acho isso também um grande desrespeito, além da pessoa estar brincando com a doença. Mas isso eu também acho uma exceção. Quem brinca com a recaída do outro, me desculpe, mas está muito doente. Mas às vezes eu também sou desconfiada com alguns companheiros que ficam indo e voltando o tempo todo. Assim como tem aquelas pessoas que ficam debochando dos companheiros que recaem, também têm aqueles que ficam se fazendo de vítima do alcoolismo para continuar bebendo. (LN, membro de Alcoólicos Anônimos, abril 2007)

Durante o processo de recuperação, as recaídas são relativamente comuns. Segundo a literatura de Alcoólicos Anônimos, abstinência não significa recuperação e ser um “doente alcoólico” não significa incorporar uma atitude de vitimização que iniba o livre arbítrio, mas nem todos os membros conseguem internalizar esses conceitos. Os aspectos particulares das relações entre os membros e o grupo também podem obedecer a uma lógica que pode ser encontrada em congregações religiosas. Muitas pessoas

---

<sup>60</sup> Em Alcoólicos Anônimos este tipo de membro é chamado de um “A.A. de pijamas”.

chegam às igrejas em crise e depois se desligam daquelas comunidades após a fase crítica. Nesse particular, os grupos de ajuda mútua guardam pouca distinção com relação a outros locais que se propõem a remediar esses estados de aflição.

Entretanto, ao contrário da maioria das denominações religiosas, os grupos de ajuda mútua não estão interessados em erguer templos ou promover campanhas para angariar novos fiéis. Todos os recursos utilizados para custear a manutenção dos serviços dos grupos de ajuda mútua provêm das contribuições voluntárias de seus membros e da comercialização da sua literatura oficial. Sobre este aspecto, posso afirmar que nunca presenciei nenhum grupo recebendo recursos exteriores. Em tempos de crise, alguns grupos podem funcionar ancorados majoritariamente nos recursos de alguns poucos membros, mas isso ocorre geralmente de forma impessoal.

Os grupos de ajuda mútua estão interessados em manter as reuniões funcionando e seu futuro depende unicamente de seus próprios membros, sem qualquer interferência direta do Estado ou do mercado na sua sobrevivência. Dessa forma, “a dádiva não deve ser pensada sem o interesse (instrumental) ou fora dele, mas *contra* ele; a dádiva é o movimento que, tendo como objetivo a aliança ou a criação, subordina os interesses instrumentais aos interesses não instrumentais” (Caillé, 2002b:194 – grifo meu).

Muitos críticos de Alcoólicos Anônimos realizaram previsões anunciando sua possível extinção a partir da descoberta de métodos científicos mais eficazes para tratar o alcoolismo ou argumentando que seus escritórios de serviços não seriam capazes de sobreviver à crescente demanda. Entretanto, os grupos de ajuda mútua continuam a se desenvolver através de uma arquitetura social que desafia a instrumentalidade calculista das sociedades contemporâneas.

Os grupos de ajuda mútua incentivam um *endividamento mútuo positivo* que muitas vezes escapa à compreensão utilitarista baseada na lógica do custo-benefício, tão em voga nos dias atuais. Os grupos de ajuda mútua talvez não sejam superiores a outros tipos de tratamento, mas a ênfase no laço social entre dependentes químicos como principal recurso na recuperação da dependência de álcool e drogas é, sem dúvida, uma característica que pode ainda inspirar uma série de outras metodologias de tratamento de problemas psíquicos.

O ciclo da dádiva alimentado através da partilha existencial do sofrimento comum para o bem de todos os membros do grupo é a característica básica de tais organizações, sendo esta forma de solidariedade seu princípio fundamental, uma vez que os grupos de ajuda mútua não operam no sentido de produzir lucros ou criar

burocracias que imponham obrigações formais a quem quer que seja. Dessa forma, considerando a natureza das relações pautadas na lógica da dádiva, é importante perceber que nesses grupos “*se todos se sentem devedores para com todos é porque, nesse jogo, todo mundo ganha*” (Caillé, 2002b:199 – grifos meus).

É através do ato de dar gratuitamente aquilo que o membro recebeu da mesma forma em sua época de maiores dificuldades que os grupos de ajuda mútua continuam ampliando seu raio de ação, ao mesmo tempo em que não necessitam pagar profissionais especializados para a manutenção de seus serviços. Para se receber sobriedade, é necessário dar e retribuir esta mesma sobriedade. Para permanecer livre do abuso de álcool e drogas é necessário partilhar as experiências pessoais que cada um vivencia ao lidar com problemas que persistem apesar da abstinência, evitando armadilhas que possam conduzir novamente à dor e ao sofrimento ligados ao uso descontrolado de álcool e drogas.

Durante seu processo de recuperação, o membro da A.A. ou NA pode voltar a desenvolver novamente sua espiritualidade, afastando-se do pecado por meio da prática dos 12 Passos, superando os defeitos de caráter adquiridos durante as bebedeiras ou através do uso abusivo de drogas. No que tange às práticas ilícitas, ao território do crime, os grupos de ajuda mútua também propõem a adoção de uma moralidade que desencoraja tais expedientes, enfatizando sempre a perspectiva de uma recaída como resultante dessas ações.

Por fim, com relação à doença da dependência química, é importante recordar que ela pode apenas ser *estacionada* através da abstinência, mas nunca curada. Por isso, é imprescindível que o alcoólico ou adicto em recuperação esteja sempre vigilante com relação a sua condição primária, de doente, evitando o retorno ao uso compulsivo de álcool e drogas através da frequência às reuniões e acolhimento das sugestões endereçadas a este problema pela literatura específica dos grupos de ajuda mútua.

As representações sociais da dependência química são justamente aquelas relacionadas à transgressão, que adquirem o significado de pecado, crime ou doença, dependendo de cada contexto social. Em suma, tratam-se aqui de representações da irracionalidade dos instintos, da “loucura” humana, que desafiam a noção Iluminista do homem civilizado, dotado de razão e prudência. Então, a interdição será sempre o meio mais utilizado para lidar com essas condutas “irracionais” que, paradoxalmente, se nutrem do mal-estar gerado pela própria racionalidade instrumental que, ao buscar a ordem, parece criar ainda mais desordem e ambivalência.

## Considerações Finais

São poucos os temas que despertam tanto interesse dos meios de comunicação de massa como reportagens sobre drogas, desde as internações de celebridades em clínicas luxuosas de Hollywood, até os tiroteios nas favelas do Rio de Janeiro. Trata-se de imagens recorrentemente transmitidas pelos noticiários televisivos em termos de uma guerra em que toda a sociedade deve engajar-se para eliminar determinadas substâncias da face da terra. Em grande medida, o teor das mensagens implica em combater um “inimigo externo” que ataca seres indefesos e conduz a sociedade ao caos e à violência.

A ideologia da Guerra às Drogas está tão entranhada no imaginário social que qualquer outro tipo de abordagem deste problema logo enfrenta grandes obstáculos, sendo geralmente vista como uma *apologia* ao uso indiscriminado de drogas. Assim, qualquer pesquisador desta área tende a ser vítima de representações maniqueístas. Se por um lado, alguém que pesquisa sobre esse assunto é visto como uma pessoa “benevolente”, ou seja, alguém que por meio de seu conhecimento científico está encontrando uma solução definitiva para este problema, para outros esse pesquisador não passa de um “moralista puritano”.

Com efeito, o maniqueísmo construído em torno da questão das drogas continua sendo o maior obstáculo para um tratamento racional e objetivo deste assunto. Trata-se de um campo profundamente marcado por nuances ideológicas e emocionais, caracterizadas por persistentes ranços e antagonismos que se evidenciam, sobretudo, nas disparidades semânticas entre o discurso oficial médico-policia e as apreciações sócio-antropológicas da questão.

O fascínio que o uso de tais substâncias produz sobre a psique humana não pode ser menosprezado: as drogas representam uma utopia concretizada na mente daquele que as consome. O inaceitável torna-se aceitável, o tédio e o sofrimento transformam-se em êxtase, prazer e relaxamento. Não é por acaso que os homens buscam desesperadamente aliviar as dores de sua existência por intermédio desses paraísos artificiais que se propõe a saciar sua sede do infinito (Baudelaire, 1998). A vida humana provavelmente seria insuportável sem o auxílio desses recursos. Sem as drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, o homem viveria constantemente em um mundo de tédio e amargura. Por isso mesmo algumas pessoas se atém de forma tão obsessiva a esses

paraísos artificiais, que simplesmente se recusam a empreender qualquer viagem de volta à atmosfera seca da abstinência.

Se não fossem pelos efeitos colaterais que a maioria das drogas causa, o número de usuários seria certamente maior e os problemas resultantes de seu uso insignificantes. Mas acontece que, na prática, não é isso que ocorre. Mesmo as drogas psiquiátricas mais modernas, justamente aquelas que prometem o bem-estar sem o incômodo das “ressacas”, ainda não são capazes de cumprir adequadamente essa promessa. Sensações de prazer similares àsquelas proporcionadas por algumas drogas são também experimentadas pelos místicos em estado de êxtase, mas isso geralmente ocorre após anos de treinamento específico. Considerando que essas mesmas sensações podem ser alcançadas em poucos segundos, e sem nenhuma disciplina árdua, através do uso de substâncias psicoativas, quem realmente é capaz de resistir a tal tentação?

Na realidade, enquanto o uso controlado de tais substâncias proporciona relaxamento, prazer e cura, nos casos de dependência o indivíduo é *possuído* pela droga, sucumbindo a um ritual obsessivo que finda por conduzi-lo a uma condição de sofrimento que a próxima dose é incapaz de aliviar. No uso controlado, a dor é seguida de contentamento, enquanto no vício, o tênue prazer é seguido de dor.

Dessa forma, é impossível desprezar o forte conteúdo emocional que gravita em torno dessa discussão. Mesmo as pessoas que nunca fizeram uso de substâncias (sobretudo as ilícitas), muitas vezes guardam uma secreta curiosidade por conhecer seus efeitos. E é justamente essa relação de amor e ódio que enfrenta o homem ao lidar com as drogas que torna este debate indigesto para a “objetividade científica”. Embora o uso de dados epidemiológicos seja de grande utilidade para aferir o perfil do uso de drogas em determinadas populações, eles são insuficientes quando confrontados com a dimensão existencial deste fenômeno, pois a psique individual, em função de sua individualidade, jamais poderá ser compendiada em uma simples estatística.

Embora diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais estejam implicados na etiologia da dependência química, a subjetividade de cada indivíduo ainda desafia muitos prognósticos. Mesmo a ênfase das campanhas anti-drogas na abstinência de tais substâncias como meio de evitar a dependência não pode ser vista como absurda. Isso porque, na medida em que nem todo usuário de drogas irá tornar-se um dependente, certamente todo dependente químico iniciou sua trajetória como um usuário moderado.

Mas é importante também lembrar que as representações construídas sobre tais substâncias modificam-se radicalmente ao longo da história, fazendo com que a “caça

às bruxas” mude seu foco de tempos em tempos. Nos anos 1940-50, o ato de fumar tabaco era visto como sinal de charme e etiqueta social entre os artistas de Hollywood, que prezavam por exhibir seus cigarros acesos nas telas de cinema e para isso recebiam incentivos das companhias de cigarros. Atualmente, esta mesma indústria cinematográfica reserva aos protagonistas fumantes papéis como criminosos, prostitutas, psicopatas, entre outros. Os artistas de cinema e televisão certamente continuam a fumar, mas agora o fazem às escondidas, visto que este hábito não está incluído no rol dos comportamentos definidos como “politicamente corretos”.

Por outro lado, é ingênuo considerar que as representações endereçadas aos dependentes químicos tenham surgido ao acaso. Qualquer pessoa que tenha convivido com um dependente de álcool ou drogas sabe, por experiência própria, como essa convivência é capaz de causar grande sofrimento. E este convívio atinge uma dimensão tão patológica que, quando muitos dependentes químicos iniciam seu processo de recuperação, seus familiares podem se converter nos principais sabotadores de seu tratamento. Muitas famílias resistem ao fato do dependente químico sair de sua condição marginal para reintegrar-se à estrutura social. Em muitos casos, não é claro qual é a parte mais “doente”: a família ou o paciente. Durante mais de 10 anos de convívio e observação pude perceber que, infelizmente, o círculo familiar pode ser mais nocivo do que benéfico à recuperação dos dependentes químicos, tornando essa questão ainda mais ambivalente.

No discurso especializado sobre a dependência química, é reiterado que este problema deve ser tratado, definitivamente, como uma questão de saúde pública, e não um “caso de polícia”. Situação similar ocorre na discussão sobre o aborto, todavia sem despertar sérias polêmicas. Em ambos os casos, o fato de situar esses temas no âmbito da “saúde pública” não encerra as controvérsias morais que lhes são peculiares. Paradoxalmente, o enfoque na saúde também pode permitir que alguns dependentes químicos utilizem hospitais e clínicas para esconder-se da polícia ou de traficantes, alegando serem apenas pessoas “doentes” e necessitarem tratamento. Por meio do argumento da necessidade de desintoxicação, todas as outras faltas se eximem. Além disso, alguns deles podem utilizar os hospitais como albergue, principalmente no caso dos moradores de rua. E pior: a demanda por tais serviços, que antigamente se restringia a adultos, agora também inclui crianças e adolescentes.

Na prática, diversas instituições de recuperação de dependentes químicos ainda operam de forma desarticulada, o custo do tratamento é dispendioso e sua eficácia



questionável, embora isso não queira dizer que não existam casos bem sucedidos de recuperação, bem como profissionais empenhados em melhorar esses índices.

Mas o ponto crítico do tratamento da dependência química é que este é incompatível com o atual modelo capitalista, segundo o qual predomina a lógica do fazer cada vez mais, com cada vez menos. Um procedimento caro, demorado e de resultados duvidosos afronta toda uma corrente de valores calcada na eficácia e na racionalização de recursos. Além disso, é também importante lembrar que “o que importa à ciência é obter resultados interessantes e precisos – e obtê-los rápido e barato” (Bauman, 1999:58).

Neste caso, os dependentes químicos podem configurar-se como uma espécie de refugio da modernidade, embora o lucro propiciado pela venda de tais substâncias esteja associado diretamente à dinâmica do sistema capitalista em escala global. As redes do narcotráfico estão intimamente conectadas com a economia lícita e seus meios se tornaram ainda mais eficazes na medida em que a desregulamentação dos mercados e os avanços nas novas tecnologias de telecomunicações avançam a passos largos. Na realidade, defender uma solução militar para conter o uso de drogas ilegais é subestimar a própria dinâmica do neoliberalismo, no qual as fronteiras entre o lícito e o ilícito revelam-se cada vez mais tênues. Daí também é necessário refletir sobre o papel dos Estados Unidos da América neste contexto, pois uma vez que este país é o principal defensor das políticas proibicionistas, paradoxalmente é nele que se encontram o maior número de usuários de substâncias ilícitas, que têm seu hábito sustentado pela população pobre dos países menos desenvolvidos.

O Parágrafo Único do artigo 243 da Constituição da República Federativa do Brasil prevê que os recursos apreendidos no combate ao tráfico de entorpecentes ilícitos sejam aplicados na recuperação da dependência química, conforme segue:

Todo e qualquer bem de valor econômico apreendido em decorrência do tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins será confiscado e reverterá em benefício de instituições e pessoal especializados no tratamento e recuperação de viciados e no aparelhamento e custeio de atividades de fiscalização, controle, prevenção e repressão do crime de tráfico dessas substâncias. (2007: 166)

Entretanto, esses recursos parecem ser administrados pelo Estado de forma ineficaz. Esta lei parece fazer parte das leis que “não pegam”, tendo em vista os problemas crônicos de repasse de tais recursos. Entre a “letra da lei” e sua

aplicabilidade forma-se um hiato que atesta o despreparo político relacionado a essa questão, persistindo uma significativa demanda por clínicas públicas de recuperação de dependentes químicos.

A ênfase no modelo da Guerra às Drogas como meio de lidar com o problema das drogas, associado à ineficácia do Estado com relação ao tratamento da dependência química possui raízes fincadas na corrupção institucional, como também em uma série de estereótipos cristalizados no imaginário social. E para compreender toda essa condição de desamparo em que se encontram as políticas públicas de saúde para a dependência química é necessário refletir sobre as representações sociais que permeiam essa questão, que estão muito além dos conceitos médicos e psicológicos.

Não obstante, o problema do abuso de drogas na sociedade contemporânea reflete um mal-estar coletivo que também se expressa através de outras “patologias da pós-modernidade” como a depressão, síndrome do pânico, anorexia, bulimia, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), entre outras. É importante considerar que, para além dos rótulos psiquiátricos, existe um meio social que, ao impulsionar a competitividade a níveis cada vez mais altos, propicia o fortalecimento de um contexto marcado pela exclusão social, gerando um cenário de abandono emotivo de grandes proporções. Não é de se admirar que tantas pessoas busquem nas substâncias psicoativas o alívio para suas crises, que parecem tornar-se cada vez mais intensas na medida em que a lógica utilitarista do mercado prevalece sobre todas as outras.

Através das representações da dependência química como pecado, crime ou doença é possível constatar que existe uma significativa produção de sentido acerca deste fenômeno que implica em nuances simbólicas que transcendem sua mera apreciação farmacológica. O indivíduo que se recuperou através da religião não se vê como um doente, mas como uma pessoa curada, uma vez que foi liberto de forças espirituais malignas que o induzia a consumir drogas descontroladamente. Um policial típico, por sua vez, não perceberá um dependente de drogas como alguém doente ou pecador, mas como um “elemento” passível de punição penal. Nos grupos de ajuda mútua, por sua vez, a “doença” da dependência química afeta o corpo, a mente e o espírito, sendo necessário tratar todas essas dimensões para obter-se sucesso na recuperação, reconhecendo que não existe uma cura definitiva que possibilite o dependente químico voltar a usar essas substâncias de forma controlada. Além do mais, parece que toda pessoa tem uma opinião formada sobre este assunto, baseada nas evidências do senso comum, potencializando o caráter idiossincrático desta discussão.

Diante de um assunto desta magnitude e complexidade, parece restar ao pesquisador perder-se em meio às diversas interpretações ou proceder a uma defesa de seus axiomas. Neste caso específico, sinto-me instado a formular minhas conclusões finais, que não têm a pretensão de “verdade”, mas que representam um conjunto de inferências obtidas a partir de pesquisa teórica e empírica, além de minha própria experiência pessoal.

Em primeiro lugar, o dependente químico não se cura, ele apenas pára de consumir determinadas substâncias psicótivas. A vida em abstinência muitas vezes não parece nada agradável, mas revela-se necessária nos casos que analisei ao longo desses anos. Até o presente momento, não conheci nenhum alcoólatra que tenha aprendido a arte de beber com moderação. Em alguns casos, o indivíduo consegue passar algum tempo “disciplinando” sua maneira de beber, mas geralmente trata-se de uma questão de tempo até ele retornar ao padrão destrutivo. Será possível ao fumante inveterado, após algum período de abstinência, contentar-se com apenas “um cigarrinho” após o jantar e manter esse nível de consumo por um período mais extenso? A experiência prática, na maioria dos casos, mostra que não.

Em segundo lugar, a dependência de álcool e drogas produz uma sensação de vazio existencial incomensurável. Portanto, não é raro que muitos dependentes químicos em abstinência desenvolvam outro tipo de dependência, como trabalho, sexo, comida, religião, psicotrópicos, exercícios físicos etc. Muitas vezes, o problema não parece apenas relacionar-se à questão da dependência em si (seja ela física ou psicológica), mas do comportamento compulsivo como recurso de fuga da angústia de viver.

Acontece que nem todos os tipos de dependência são vistos como prejudiciais. Alguém que desenvolve uma compulsão insaciável pelo trabalho, ficando todos os dias por longas horas em seu escritório, pode facilmente arruinar sua família. Entretanto, esse mesmo indivíduo poderá conseguir prestígio, dinheiro e poder através desta forma de dependência socialmente aceita. Sua vida pessoal pode encontrar-se em frangalhos, mas aos olhos das pessoas pertencentes ao seu círculo profissional esta pessoa será qualificada de “bem sucedida”. Para um jovem viciado em *crack* este tipo de reconhecimento é impossível.

Por fim, embora toda sociedade necessite de bodes expiatórios para camuflar ou projetar suas próprias contradições, os dependentes químicos em recuperação podem influenciar amplos setores da sociedade falando abertamente sobre seus dilemas para

amenizar os estigmas que ainda pairam sobre eles, mudando progressivamente o olhar da sociedade de uma atitude eminentemente condenatória para uma compreensão mais humana deste problema. Não se trata aqui de tratar o dependente químico como um “coitadinho”, vítima de determinadas circunstâncias sociais, mas de reconhecer que este problema pode atingir qualquer pessoa, independentemente de sua classe social, nível de escolaridade ou qualquer outro signo de distinção social.

Assim, os esforços solidários de muitos indivíduos que superaram os transtornos infligidos pela dependência química se constituem em um importante recurso para combater tais preconceitos. Trata-se aqui de uma iniciativa levada a cabo por milhares de dependentes químicos em recuperação, ou seja, de comunidades inovadoras baseadas na dádiva e compostas por pessoas ligadas apenas pelo seu sofrimento e esforços em torno de sua superação. E na medida em que este movimento cresce, indivíduos cada vez mais jovens poderiam interromper o uso patológico de tais substâncias antes de sofrer suas conseqüências mais graves. Embora este movimento de ajuda mútua ainda disponha pouca visibilidade midiática (e pouco parece se importar com isso), ele cresce a passos largos através de uma rede de solidariedade que proporciona ajuda a milhares de indivíduos que desejam recuperar-se da dependência de álcool e drogas.

A dependência química é um fenômeno social que ainda desafiará muitos esforços dirigidos a reduzir sua incidência que, sem dúvida, comporta um alto grau de sofrimento. No mais, a ênfase nas políticas proibicionistas de enfrentamento desta questão apenas pioram o quadro atual, gerando violência, corrupção e preconceito. Enfim, nunca é tarde para lembrar que a maior parte das guerras e genocídios presenciados pela humanidade nestas últimas décadas não foram causados por “viciados” em drogas, mas por membros respeitáveis da sociedade, agindo sob a tutela do Estado e irremediavelmente “entorpecidos” pela sede de poder e dominação.

Desde a perseguição das “bruxas” na Idade Média até a atual epidemia de AIDS, a segregação de determinados indivíduos e grupos sociais têm sido uma constante na história humana. No caso do uso de drogas, o que era uma prática ritualística nas sociedades tradicionais foi radicalmente alterado pela revolução industrial, que propiciou a produção dessas substâncias em larga escala, potencializando seus efeitos e incentivando este uso para outros propósitos. Dessa forma, atualmente, somente políticas públicas mais consistentes serão capazes de atenuar o sofrimento humano que encontra na dependência química uma forte expressão, através de ações que sobrepujam os preconceitos e tabus que atualmente permeiam a apreciação deste tema ambíguo.

## Bibliografia

ABDALA, Isabela. Todo dia é dia de álcool: com o território ameaçado e subnutridos, os índios *maxakalis* tentam sobreviver à força destrutiva das bebidas. *Isto É*, 18/11/1998. Disponível em: <<http://www.terra.com.br/istoe/politica/152013.htm>> . Acesso em: junho 2004.

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru/SP: Edusc, 2001.

AGÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA (ANDI) / PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS / MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Mídia & drogas: o perfil do uso e do usuário na imprensa brasileira*. Brasília: Agência Nacional dos Direitos da Criança / Ministério da Saúde, 2005.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. *Alcoólicos Anônimos e a classe médica*. São Paulo: CLAAB, 1978.

\_\_\_\_\_. *Alcoólicos Anônimos (Livro Azul)*. São Paulo: CLAAB, 1994

\_\_\_\_\_. *Os Doze Passos e as Doze Tradições*. São Paulo: JUNAAB, 1997.

ALMEIDA, Mauro W. B. de. Relativismo antropológico e objetividade etnográfica. Curitiba/PR: *Campos*, (3): 9-29, 2003.

ALVES, Hamer Nastasy P. *et. al.* Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 2(4):310-316, 2004.

ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina; SOUZA, Iara Maria. Introdução. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ANDERSON, Peter. The monitoring of the state of the world's drinking: what WHO has accomplished and what further needs to be done [Editorial]. *Addiction*, 100: 1751-1754, 2005.

BALANDIER, Georges. *A desordem: elogio do movimento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

BALTIERI, Antonio Danilo. Álcool, crime e leis. Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA). São Paulo: Faculdade de Medicina de São Paulo, 2004. Disponível em: [www.grea.org.br/downloads/alcool\\_crime\\_e\\_leis.doc](http://www.grea.org.br/downloads/alcool_crime_e_leis.doc). Acesso em: jan. 2005.

BARROS, João de. Sinal dos tempos. *Caros Amigos*, nº 28, 20 julho 2004, 26-27.

BARROS, L.F. *A alquimia dos grupos anônimos de auto-ajuda* [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 2001.

BASTIDE, Roger. *Sociologia e psicanálise*. São Paulo: Instituto Progresso Editorial, 1948.

BAU, Dotto Clailton Henrique. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. *Ciência e Saúde Coletiva*. 7 (1): 183-190, 2002.

BAUDELAIRE, Charles. *Paraísos artificiais*. Porto Alegre: L & PM, 1998.

BAUMAN, Zigmunt. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

\_\_\_\_\_. *Em busca da política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

BECKER, Howard S. *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

\_\_\_\_\_. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec, 1993.

\_\_\_\_\_. Marihuana use and social control. In: PONTELL, Henry N. *Social deviance: readings in theory and research*. 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1999.

BEINSTEIN, Jorge. *Capitalismo senil: a grande crise da economia global*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

BENDASSOLLI, Pedro Fernando. Público, privado e o indivíduo no novo capitalismo. *Tempo Social*, 12 (2), nov. 2000.

BERGER, Peter L. Para uma compreensão sociológica da psicanálise. In: FIGUEIRA, Sérvulo Augusto (org.). *Psicanálise e ciências sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.

BERGER, Peter L; LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. 11<sup>a</sup> ed., Petrópolis/RJ: Vozes, 1985.

BÍBLIA SAGRADA. *Edição Pastoral*. São Paulo: Paulus, 2004.

BIRMAN, Joel. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

\_\_\_\_\_. A psicanálise como prática micropolítica. *Psychê*. Ano 3(3):14-20, 1999.

\_\_\_\_\_. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 4<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BITTENCOURT, Lígia. Escravos de Deus: algumas considerações sobre toxicomania e religião evangélica. In: BAPTISTA, Marcos; CRUZ, Marcelo Santos; MATIAS, Regina (orgs.). *Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2003.

BORDIN, Selma; FILGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. Sistemas diagnósticos em dependência química – conceitos básicos e classificação geral. In: \_\_\_\_\_. *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca, 2004.

BORKMAN, Thomasina Jo. *Understanding Self-Help / Mutual Aid: experimental learning in the commons*. New Jersey: Rutgers University Press, 1999.

BOYD, Deirdre. *Vícios: esclarecendo suas dúvidas*. São Paulo: Agora, 2000.

BUCHER, Richard. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

\_\_\_\_\_. *Drogas e sociedade nos tempos da Aids*. Brasília, Editora UnB, 1996.

BUCHER, Richard; OLIVEIRA, Sandra R. M. O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias. *Revista Saúde Pública*, 28(2):137-45, 1994.

BUFE, Charles. *Alcoholics Anonymous: cult or cure?* Tucson: See Sharp Press, 1998.

BURROUGHS, William S. *Junky*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

BUVINIC, M.; MORRISON, A. R. Living in a more violent world. *Foreign Policy*. p. 58-71, Spring, 2000.

CAILLÉ, Alain. *Antropologia do dom: o terceiro paradigma*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002a.

\_\_\_\_\_. Dádiva e associação. In: MARTINS, Paulo Henrique (Org.). *A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002b.

CAMPOS, Edemilson Antunes de. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1379-1387, set-out, 2004.

\_\_\_\_\_. O alcoolismo é uma doença contagiosa? Representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (sup.): 267-278, 2005.

CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1995.

CARDOSO, Fernando Henrique (com colaboração de Brian Winter). *The accidental president: a memoir*. New York: Public Affairs, 2006.

CARLINI-COTRIM, Beatriz et. al. A mídia na fabricação do pânico de drogas: um estudo no Brasil. *Comunicação & Política*, n.s. 1 (2):217-230, dez. 1994 - mar. 1995.

CARNEIRO, Henrique. *Filtros, mezinhas e triacas: as drogas no mundo moderno*. São Paulo: Xamã, 1994.

\_\_\_\_\_. *Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas: histórias e curiosidades sobre as mais variadas drogas e bebidas*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CARVALHO, Simone Villas Boas et. al. Frequência de jogo patológico entre farmacodependentes em tratamento. *Revista de Saúde Pública*, 39(2):217-22, 2005.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. *Boletim nº 47*. Secretaria Nacional Antidrogas: Janeiro/Fevereiro/Março, 2003.

CENTURIÃO, Luiz Ricardo Michaelsen. *Identidade e desvio social*. Curitiba: Juruá, 2003.

CESSAROTTO, César. *Um affair freudiano: os escritos de Freud sobre a cocaína*. São Paulo: Iluminuras, 1989.

CHALUB, Miguel; TELLES, Lisieux E. de Borba. Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (Supl. II): S69-73, 2006.

CID, Maria Rosa Lopez. *O aperfeiçoamento do homem por meio da seleção: Miranda Azevedo a divulgação do darwinismo, no Brasil, na década de 1870*. [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Fiocruz, Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde, 2004.

CLAUSEN, John A. Drug Use. In: Robert K. Merton e Robert Nisbet (eds.). *Contemporary Social Problems*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1971.

COHEN, Albert K. *Transgressão e controle*. São Paulo: Pioneira, 1968.

CONRAD, Peter. *The medicalization of society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph W. *Deviance and Medicalization: from badness to sickness*. St. Louis: C.V. Mosby Company, 1980.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. 40ª edição, revista e ampliada. São Paulo: Saraiva, 2007.

COTES, Paloma; FRANÇA, Valéria. Crime e desemprego. *Época*. Rio de Janeiro: Ed. Globo (307): 76-83, 05 abr. 2004.

COTRIM, Beatriz Carlini. *Drogas: mitos e verdades*. São Paulo: Ática, 1997.

CRUZ, Marcelo Santos. Práticas de ensino, práticas psiquiátricas e uso abusivo de drogas. In: BAPTISTA, Marcos; CRUZ, Marcelo Santos; MATIAS, Regina (orgs.). *Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2003.

CUSSON, Maurice. Desvio. In: *Tratado de sociologia*. BOUDON, Raymond (org.), Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

DA MATTA, Roberto. *Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.



DALGALARRONDO, Paulo; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos e ODA, Maria Raimundo. "A psiquiatria transcultural no Brasil: Rubim de Pinto e as "psicoses" da cultura nacional". *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (1):59-62, 2003.

DALGALARRONDO, Paulo *et. al.* Religião e uso de drogas por adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2):82-90, 2004.

DEFLEM, Mathieu. From anomie to anomia and anomic depression: a sociological critique on the use of anomie in psychiatric research. *Social Science and Medicine*. 9(5):627-634, 1989.

DEMO, Pedro. *Dialética da felicidade: olhar sociológico pós-moderno*, volume I. Petrópolis-RJ, Vozes, 2001.

DE QUINCEY, Thomas. *Confissões de um comedor de ópio*. Porto Alegre: L & PM, 2000.

DOHRENWEND, Bruce P. (ed.). *Adversity, stress and psychopathology*. Oxford/New York: Oxford University Press, 1998.

DUARTE, Paulina CAV e CARLINI-CONTRIM, Beatriz. Álcool e violência: estudo dos processos julgados nos Tribunais do Júri de Curitiba, PR, entre 1995 e 1998. *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, 1(1):17-24, 2000.

DURKHEIM, Émile. *Da divisão do trabalho social*. São Paulo: Martins Fontes, 1995 [1893].

\_\_\_\_\_. *As regras do método sociológico*. São Paulo: Nacional, 1990 [1895].

\_\_\_\_\_. *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes, 2000 [1897].

ECO, Umberto. *Cinco escritos morais*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

EDGERTON, Robert B. *Sick societies: challenging the myth of primitive harmony*. New York: Free Press, 1992.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador, vol. II*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

\_\_\_\_\_. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. *Os estabelecidos e os outsiders*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ENGELS, Friedrich. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. 2ª ed., São Paulo: Global, 1985.

ESCOHOTADO, Antonio. A proibição: princípios e conseqüências. In: RIBEIRO, Maurides de Melo e SIEBEL, Sérgio Dario. *Drogas: a hegemonia do cinismo*. São Paulo: Fundação Memorial da América Latina, 1997.

FEATHERSTONE, Richard; DEFLEM, Mathieu. Anomie and strain: context and consequences of Merton's two theories. *Sociological Inquiry*, 73(4):471-89, Nov. 2003.

FERNANDES, João Azevedo. 2002. Cauinagens e Bebedeiras: os índios e o álcool na história do Brasil. *Revista Antropológicas*. Recife, Ano 6, Vol. 13 (2):39-59.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIORE, Maurício. Tensões entre o biológico e o social nas controvérsias médicas sobre uso de "drogas". *28ª Reunião Anual da Anpocs*. Caxambu, 2004. CD ROM.

FLEITLICH-BILYK, Bacy *et. al.* *A saúde mental do jovem brasileiro*. São Paulo: Edições Inteligentes, 2004.

FREIRE, Gilberto. *Casa-grande & Senzala: formação da família brasileira sob o regime patriarcal*. 30ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1995.

FREITAS JÚNIOR, Roberto Mendes de. *Drogas: comentários à Lei n. 11.343, de 23.08.2006*. São Paulo: Ed. Juarez de Oliveira, 2006.

FREUD, Sigmund. *O mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1997 [1929].

\_\_\_\_\_. *Esboço de psicanálise*. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 2005 [1938].

FRIEDMAN, Milton; SZASZ, Thomas S. *On liberty and drugs: essays on the free market and prohibition*. Washington: The Drug Policy Foundation Press, 1992.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. 29ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

FROMM, Erich. *Psicanálise da sociedade contemporânea*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

\_\_\_\_\_. *Ter ou ser?* 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

GARCIA, Ângela Maria. *E o verbo (re)fez o homem: estudo do processo de conversão do alcoólico ativo em alcoólico passivo*. Niterói: Intertexto, 2004.

GATTI, Bernadete Angelina. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas..* Brasília: Líber Livro, 2005. [Série Pesquisa em Educação v. 10]

GAULEJAC, Vincent de. Psicossociologia e sociologia clínica. In: ARAÚJO, José Newton Garcia de; CARRETEIRO, Teresa Cristina (orgs.). *Cenários sociais e abordagem clínica*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec, 2001.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

\_\_\_\_\_. *Vidas e obras*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2005.

GIDDENS, Anthony. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Ed. UNESP, 1993.

\_\_\_\_\_. *Para além da esquerda e da direita*. O futuro da política radical. São Paulo: Ed. Unesp, 1996.

\_\_\_\_\_. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In: BECK, Ulrich; LASH, Scott; GIDDENS, Anthony. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: UNESP, 1997.

\_\_\_\_\_. *Modernidade e Identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

\_\_\_\_\_. *Sociologia*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

GIRARDI, Giovana *et. al.* Drogas: precisamos delas? *Galileu*. Edição Especial n°. 3. Rio de Janeiro: Ed. Globo, ago. 2003.

GLASSNER, Barry. *Cultura do medo*. São Paulo: Francis, 2003.

GODBOUT, Jacques T. (em colaboração com Alain Caillé) *O espírito da dádiva*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Ed. LTC, 1988.

\_\_\_\_\_. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOLEMAN, Daniel. *Inteligência emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva, 1996.

GUERRESCHI, Cesare. *New addictions: as novas dependências*. São Paulo: Paulus, 2007.

GUSFIELD, Joseph R. Moral passage: the symbolic process in public designations of deviance. In: PONTELL, Henry N. *Social deviance: readings in theory and research*. 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1999.

HEALY, David; THASE, Michael. Is academic psychiatry for sale? *British Journal of Psychiatry*. 182:1-3, 2003.

HORGAN, John. *A mente desconhecida: porque a ciência não consegue replicar, medicar e explicar o cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). Work related ill health: a global sickness. *Socio Economic Security Programme*. Fact Sheet 11, 2004. Disponível em: <[http://www.ilo.org/public/english/protection/ses/download/docs/sheet\\_no11.pdf](http://www.ilo.org/public/english/protection/ses/download/docs/sheet_no11.pdf)>. Acesso em: 09 abril 2005.

KENNEDY, Joseph E. Drug wars in black and white. *Law and Contemporary Problems*, Duke University, School of Law, 66(3):153+, 2003. Disponível em: <<http://www.questia.com>>. (Livraria Eletrônica). Acesso em: janeiro 2005.

KEROUAC, Jack. *Pé na estrada*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.

KESSLER, Felix *et. al.* Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Revista de Psiquiatria, RS*, 25 (Suplemento I):33-41, abril 2003.

KOHN, Robert *et. al.* The treatment gap in mental health care. *Buletin of the World Health Organization*. November, 82(11): 858-866, 2004.

KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1994.

LAPLANTINE, François. *Aprender etnopsiquiatria*. São Paulo: Brasiliense, 1998.

\_\_\_\_\_. Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: JODELET, Denise (org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

LARANJEIRA, Ronaldo. Álcool: da saúde pública à comorbidade psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (Suplemento I): 1-2, 2004.

\_\_\_\_\_. O álcool nos meios de comunicação (Debate Público). In: *Os desafios da comunicação social no Brasil*. Brasília: Congresso Nacional, 2006.

LASCH, Christopher. *The culture of narcissism*. London: W.W. Norton & Company, 1991.

LAURENTI, Ruy. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. *Revista de Saúde Pública*, 25 (6): 407 - 417, dez. 1991.

LESHNER, Alan I. Adiction is a brain disease, and it matters. *Science*. vol. 278, out. 1997, 45-47.

LEVINE, Harry G. The discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 1978, 15: 493-506. Disponível em: <<http://www.soc.qc.edu/Staff/levine/doa.htm>>. Acesso em: 24 jan. 2005.

\_\_\_\_\_. The secret of worldwide drug prohibition: the varieties and uses of drug prohibition. *The Independent Review*, 2(1):165-180, Fall 2002.

LOBO, Flávio. Vida e morte no trabalho. *Carta Capital*. Ano X, nº 263. São Paulo: Confiança, 2003, 12-15.

LONDON, Jack. *Escritos políticos*. São Paulo: Xamã, 2003.

LUDERMIR, Ana Bernarda; MELO FILHO, Djalma A. de. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública*. 36(2): 213-21, 2002.

LUKES, Steven. Bases para a interpretação de Durkheim. In: COHN, Gabriel (org.). *Sociologia: para ler os clássicos*. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2005.

LUZ, Sérgio Ruiz. Na mira do politicamente correto. *Exame*. Edição 849, (39):16, 19 Ago. 2005, 18-25.

LYNCH, John W; KAPLAN, George A. e SHEMA, Sarah J. Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning. *The New England Journal of Medicine*, 337 (26): 1889-95, 1997.

MACIEL, Silvana Carneiro; BARROS, Daniela Ribeiro. Representações sociais sobre o alcoolismo: um estudo com alcoolistas hospitalizados. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima *et. al.* (orgs.). *Representações sociais: abordagem interdisciplinar*. João Pessoa: Ed. Universitária, 2003.

MACRAE, Edward. A excessiva simplificação da questão das drogas nas abordagens legislativas. In: RIBEIRO, Maurides de Melo e SIEBEL, Sérgio Dario. *Drogas: a hegemonia do cinismo*. São Paulo: Fundação Memorial da América Latina, 1997.

MACRAE, Edward; SIMÕES, Júlio Assis. *Rodas de fumo: o uso entre camadas médias urbanas*. Salvador, EDUFBA; CETAD/UFBA, 2000.

MAFFESOLI, Michel. *A sombra de Dionísio: uma contribuição a uma sociologia da orgia*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

MAIEROVITCH, Walter Fanganiello. A sinergia do crime. *Carta Capital*. Ano XII, nº 374, 28 dez. 2005, 51-53.

MANSUR, Jandira. *O que é alcoolismo*. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MANSUR, Jandira e CARLINI, Elisaldo. *Drogas: subsídios para uma discussão*. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MARIZ, Cecília L. Libertação e ética: uma análise do discurso de pentecostais que se recuperam do alcoolismo. In: ANTONIAZI, Alberto *et. al.* *Nem anjos nem demônios: interpretações sociológicas e pentecostalismo*. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994.

MARKS, John. Dosagem de manutenção de heroína e cocaína. In: RIBEIRO, Maurides de Melo e SIEBEL, Sérgio Dario. *Drogas: a hegemonia do cinismo*. São Paulo: Fundação Memorial da América Latina, 1997.

- MARLATT, Beatriz Carlini. Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. In: NEVES, Delma Pessanha. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? *Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20 (1):7-36, jan.-fev., 2004.
- MARTINS, Paulo Henrique. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis/RJ:Vozes, 2003.
- MARX, Karl. *Manuscritos econômicos filosóficos*. São Paulo: Martin Claret, 2002 [1844].
- MASCARENHAS, Eduardo. *Alcoolismo, drogas e grupos anônimos de mútua ajuda*. São Paulo: Siciliano, 1990.
- MATOS, Maria Izilda de. *Meu lar é o botequim: alcoolismo e masculinidade*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2000.
- MAUSS, Marcel. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.
- MELMAN, Charles. *Alcoolismo, delinqüência, toxicomania: uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta, 2000.
- MELO, Liana; MIRANDA, Ricardo. Drogas: apertando o usuário. *Isto é*, 28 de abril de 2004, pp. 28-34.
- MELONI, José Nino; LARANJEIRA, Ronaldo. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (Supl. I): 7-10, 2004.
- MERTON, Robert K. *Sociologia, teoria e estrutura*. São Paulo: Mestre Jou, 1970.
- MESSAS, Guilherme Peres; VALLADA FILHO, Homero Pinto. O papel da genética na dependência do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (Supl. I): 54-58, 2004.
- MILLS, Wright C. *A imaginação sociológica*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.
- MINAYO, Maria Cecília. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª ed., São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.
- MISSE, Michel. *Crime e violência no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.
- MOSCOVICI, Serge. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2003.
- MOTA, Leonardo de Araújo. *A dádiva da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos*. São Paulo: Paulus, 2004.
- NADELMANN, Ethan A. An end to marijuana prohibition. *National Review*. July 12, 2004.

NAÍM, Moisés. *Ilícito: o ataque da pirataria, da lavagem de dinheiro e do tráfico à economia global*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS. *Narcóticos Anônimos (Texto Básico)*. Chatsworth/CA: Narcotics Anonymous World Services, Inc., 1998.

NASCIMENTO, Eurípedes Costa do; JUSTO, José Sterza. Vidas errantes e alcoolismo: uma questão social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 13 (3): 529 – 538, 2000.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE - NIDA. *25 years of discovery to advance the health of the public*. Maryland: Drug Abuse and Addiction Research, 1999.

NEVES, Delma Pessanha. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? *Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20 (1):7-36, jan.-fev., 2004.

NISBET, Robert. The study of social problems. In: Robert K. Merton e Robert Nisbet (eds.). *Contemporary Social Problems*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1971.

NOVO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO. São Paulo: Ed. Escala, 2002.

NOTO, Ana Regina. *et. al. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988-1999*. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo, 2001. (mimeo)

NUNES, Everardo Duarte. *Sobre a sociologia da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIEVENSTEIN, Claude. Uma interrogação sobre a dependência. In: *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento e tabu*. BAPTISTA, Marcos, CRUZ, Marcelo Santos e MATIAS, Regina (orgs.). Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2003.

OLIVEIRA, Mariella. Cresce o número de denúncias contra conduta médica em São Paulo. *Ciência e Cultura*. Revista da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Ano 58, nº 3. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Neurociência de consumo e dependência de substâncias psicoativas: resumo*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2004.

PARRY, Richard Lloyd. Japão enfrenta epidemia de reclusão social. *Estado de São Paulo*, 22 fev. 2004, p. A11.

PECHANSKY, Flávio; SZOBOT, Cláudia Maciel; SCIVOLETTO, Sandra. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (Supl. I): 14-17, 2004.

PEELE, Staton. *Diseasing of America: addiction treatment out of control*. Lexington, MA e Toronto: Lexington Books, 1989.

- PEIRANO, Mariza. *Rituais ontem e hoje*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- \_\_\_\_\_. Temas ou teorias? O estatuto das noções de ritual e de performance. *Série Antropologia*, 398. Universidade de Brasília: Brasília, 2006.
- PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. *O terror e a dádiva*. Goiânia: Editora Vieira; Cânone Editorial, 2004.
- PFUHL, Erdwin H. e HENRY Stuart. *The deviance process*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Aldine De Gruyter, 1993.
- PICANÇO, Paulo E. G. Violência no contexto da assistência psiquiátrica no Estado do Ceará. In: LOBO, Sônia (Org.) *Violência: um estudo psicanalítico e multidisciplinar*. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.
- PLASTINO, Carlos Alberto. Dependência, subjetividade e narcisismo na sociedade contemporânea. In: BAPTISTA, Marcos, CRUZ, Marcelo Santos e MATIAS, Regina (orgs.). *Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2003.
- PROCÓPIO, Argemiro. *O Brasil no mundo das drogas*. Petrópolis/RJ: Vozes, 1999.
- QUADROS, Waldir. *Um retrato do desemprego juvenil no Brasil*. Versão resumida de trabalho inédito: “Classes sociais e desemprego no Brasil dos anos noventa”. Campinas: Cesit – IE/Unicamp, 2003. Mimeo
- QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de (org.). *Roger Bastide*. Coleção Grandes Cientistas Sociais. São Paulo: Ática, 1983.
- RAMOS, Sérgio de Paula. *A psicanálise e os transtornos por uso de substâncias psicoativas*. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2003.
- RAMOS, Sérgio de Paula; WOITOWITZ, Arnaldo Broll. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Supl I): 18-22, 2004.
- RATEY, John J.; JOHNSON, Catherine. *Síndromes silenciosas: como reconhecer as disfunções psicológicas ocultas que alteram o curso de nossas vidas*. Rio de Janeiro: Objetiva, 1997.
- REINARMAN, Craig; LEVINE, Harry G. *Crack in America: demon drugs and social justice*. Berkeley: University of California Press, 1997.
- RESENDE, Beatriz. *Cocaína: literatura e outros companheiros de ilusão*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.
- ROLNIK, Suely. Toxicômanos de identidade: subjetividade em tempo de globalização. In: LINS, Daniel (org.). *Cultura e subjetividade: saberes nômades*. Campinas: Papyrus, 1997.



- RIBEIRO, Maurides de Melo; SIEBEL, Sérgio Dario. *Drogas: a hegemonia do cinismo*. São Paulo: Fundação Memorial da América Latina, 1997.
- RODRIGUES, Eduardo Silveira Melo. *A embriaguez e o crime*. Brasília/DF: Brasília Jurídica, 1996.
- RODRIGUES, Thiago. *Narcotráfico: uma guerra na guerra*. São Paulo: Desatino, 2003.
- ROOM, Robin. The cultural framing of addiction. *Janus Head*, 6(2):221-234, Pittsburg, Trivium Publications, 2003.
- ROUDINESCO, Elisabeth. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- SÁ, Marilene de Castilho. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1):151-164, 2001.
- SEGATTO, Cristiane; MANIR, Mônica; TERMERO, Maíra. Prisioneiros das pílulas. *Época*. Rio de Janeiro: Globo, 08 Dez. 2003, 124 – 130.
- SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5): 538-542, 1997.
- SILVA, Jacirley de Almeida e GARCIA, Maria Lúcia. Comunidades terapêuticas religiosas de tratamento da dependência química no Espírito Santo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 53(4):243-52, 2004.
- SILVA, Leonardo V. E. Rueda *et. al.* Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, 40(2):280-288, 2006.
- SILVA, Rubens Alves da. Entre “artes” e “ciências”: a noção de *performance* e *drama* no campo das ciências sociais. *Horizontes Antropológicos*, 11(24): 35-65, jul./dez. 2005.
- SIMMEL, Georg. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, Otávio Guilherme (org.). *O fenômeno urbano*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967 [1902].
- SOLDERA, Meire *et. al.* Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalências e fatores sociais associados. *Revista de Saúde Pública*, 38(2):277-283, 2004.
- SOLOMON, Andrew. *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.
- SONENREICH, Carol. Visão psiquiátrica das alterações mentais. In: D’ Incao, Ângela Maria (org.). *Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- SONENREICH, Carol; KERR-CORRÊA, Florence; ESTEVÃO, Giordano. *Debates sobre o conceito de doenças afetivas*. São Paulo: Manole, 1991.

- SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. 3ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 2002.
- STEPAN, Nancy Leys. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- STRAUS, Robert. Alcohol and Alcoholism. In: Robert K. MERTON; Robert NISBET. *Contemporary Social Problems*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1971.
- SOUZA, Iara Maria A. Na trama da doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. In: RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo César e SOUZA, Iara Maria. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999.
- SZASZ, Thomas. *A escravidão psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- \_\_\_\_\_. Cures and controls: panaceas and panapathogens. In: FRIEDMAN, Milton; SZASZ, Thomas. *On liberty and drugs: essays on the free market and prohibition*. Washington, D.C.: The Drug Policy Foundation Press, 1992.
- TEIXEIRA, Ib. A idade da desordem. *Ciência Hoje*. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC. Abril 2002, 39-41.
- THE MENTAL HEALTH FOUNDATION. *Whose life is it anyway? A report on the effects of poor-work-life balance on mental health*. London: The Mental Health Foundation, 2003. Disponível em: <<http://www.mentalhealth.org.uk>>. Acesso em: abril 2005.
- TONDO, Leonardo. Morrer antes do tempo. *Viver mente & cérebro*. Ano XIV (155): 68-73, dez. 2005.
- TOURAINÉ, Alain. *Poderemos viver juntos? Iguais e diferentes*. 2ª ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2003.
- TRANSFORM DRUG POLICY FOUNDATION. *After the war on drugs: options for control*. Bristol: Transform Drug Policy Foundation, 2006.
- TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3):507-14, 2005.
- TURNER, Victor. *O processo ritual: estrutura e antiestrutura*. Petrópolis/RJ: Vozes, 1974.
- \_\_\_\_\_. *The anthropology of performance*. New York: PAJ Publications, 1988.
- TWADDLE, Andrew C. From medical sociology to the sociology of health: some changing in the sociological study of sickness and treatment. In: *Sociology. The state of art*. BOTTOMORE, Tom; NOWAK, Stefan; SOKOLOWSKA, Magdalena (eds.). London: SAGE Publication / International Sociological Association – ISA, 1982.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *World Drug Report 2005*. Vol. 1: Analysis. United Nations Publication, 2005. Disponível em: <[http://www.unodc.org/pdf/WDR\\_2005/volume\\_1\\_ex\\_summary.pdf](http://www.unodc.org/pdf/WDR_2005/volume_1_ex_summary.pdf)>.

\_\_\_\_\_. *World Drug Report 2006*. Vol. 1: Analysis. United Nations Publication, 2005. Disponível em: <[http://www.unodc.org/pdf/WDR\\_2006/wdr2006\\_volume1.pdf](http://www.unodc.org/pdf/WDR_2006/wdr2006_volume1.pdf)>.

VAILLANT, George E. *A história natural do alcoolismo revisitada*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

VAISSMAN, Magda. *Alcoolismo no trabalho*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

VELHO, Gilberto. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

\_\_\_\_\_ (org.). *Desvio e divergência: uma crítica da patologia social*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

VLAHOV, David *et. al.* Increased use of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan, New York, residents after September 11th terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 155(11): 988-996, 2002.

WACQUANT J. D. Loïc. *As prisões da miséria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

WEBER, Max. *Metodologia das ciências sociais, parte 1*. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1999 [1904].

WEIL, Andrew. *Drogas e estados superiores da consciência*. São Paulo: Ground, 1986.

WHITE, William L. *Slaying the dragon: the history of addiction treatment and recovery in America*. Illinois: Chestnut Health Systems Publication, 1998.

\_\_\_\_\_. Addiction as a Disease: birth of a Concept. *Counselor*, 1(1):46-51, 73, 2000.

\_\_\_\_\_. Addiction recovery mutual aid groups: an enduring international phenomenon". *Addiction*, 99: 532-538, 2004.

WHITAKER, Robert. Anatomy of an epidemic: psychiatric drugs and the astonishing rise of mental health in America. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. 7(1): 23-35, Spring 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World health report 2001*. Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization: Genebra, 2001.

ZALUAR, Alba (org.). *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense, 1999.

\_\_\_\_\_. *Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

## APÊNDICE

### OS DOZE PASSOS DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

(Programa de Recuperação do Alcoolismo)

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
3. Decidimos entregar a nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos através da prece e da meditação, melhorar nosso contato com Deus, na forma em que o concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos transmitir essa mensagem aos alcoólicos que e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

## AS DOZE TRADIÇÕES DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

(Diretrizes Organizacionais dos Grupos)

1. Nosso bem-estar comum deve estar em primeiro lugar; a reabilitação individual depende da unidade de A.A.
2. Somente uma autoridade preside, em última análise, ao nosso propósito comum – um Deus amantíssimo que Se manifesta em nossa consciência coletiva. Nossos líderes são apenas servidores de confiança; não tem poderes para governar.
3. Para ser membro de A.A., o único requisito é o desejo de parar de beber.
4. Cada grupo deve ser autônomo, salvo em assuntos que digam respeito a outros grupos ou a A.A. em seu conjunto.
5. Cada grupo é animado com um único propósito primordial – o de transmitir sua mensagem ao alcoólico que ainda sofre.
6. Nenhum grupo de A.A. deverá jamais sancionar, financiar ou emprestar o nome de A.A. a qualquer sociedade parecida ou empreendimento alheio à Irmandade, a fim de que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio não nos afastem do nosso objetivo primordial.
7. Todos os grupos de A.A. deverão ser absolutamente auto-suficientes, rejeitando quaisquer doações de fora.
8. Alcoólicos Anônimos deverá manter-se sempre não-profissional, embora nossos centros de serviços possam contratar funcionários especializados.
9. A.A. jamais deverá organizar-se como tal; podemos, porém, criar juntas ou comitês de serviço diretamente responsáveis perante aqueles a quem prestam serviços.
10. Alcoólicos Anônimos não opina sobre questões alheias à Irmandade; portanto, o nome de A.A. jamais deverá aparecer em controvérsias públicas.
11. Nossas relações com o público baseiam-se na atração em vez da promoção; cabe-nos sempre preservar o anonimato pessoal na imprensa, no rádio e em filmes.
12. O anonimato é o alicerce espiritual das nossas tradições, lembrando-nos sempre da necessidade de colocar os princípios acima das personalidades.

## OS DOZE PASSOS DE NARCÓTICOS ANÔNIMOS

(Programa de Recuperação da Drogadição)

1. Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis.
2. Viemos a acreditar que um Poder maior do que nós poderia devolver-nos à sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós o compreendíamos.
4. Fizemos um profundo e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos a Deus, a nós mesmos e a outro ser humano a natureza exata das nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente pedimos a Ele que removesse nossos defeitos.
8. Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado, e dispusemo-nos a fazer reparações a todas elas.
9. Fizemos reparações diretas a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando fazê-lo pudesse prejudicá-las ou a outras.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através de prece e meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, da maneira como nós O compreendíamos, rogando apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós, e o poder de realizar essa vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, como resultado destes passos, procuramos levar esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas

## AS DOZE TRADIÇÕES DE NARCÓTICOS ANÔNIMOS

(Diretrizes Organizacionais dos Grupos)

1. O nosso bem estar comum deve vir em primeiro lugar; a recuperação individual depende da unidade de NA.
2. Para o nosso propósito comum existe apenas uma única autoridade – um Deus amoroso que pode se expressar na nossa consciência coletiva. Nossos líderes são apenas servidores de confiança, eles não governam.
3. O único requisito para ser membro é o desejo de parar de usar.
4. Cada grupo deve ser autônomo, exceto em assuntos que afetem outros grupos ou NA como um todo.
5. Cada grupo tem apenas um único propósito primordial – levar a mensagem ao adicto que ainda sofre.
6. Um grupo de NA nunca deverá endossar, financiar ou emprestar o nome de NA a nenhuma sociedade relacionada ou empreendimento alheio, para evitar que problemas de dinheiro, propriedade ou prestígio nos desviem do nosso propósito primordial.
7. Todo grupo de NA deverá ser totalmente auto-sustentável, recusando contribuições de fora.
8. Narcóticos Anônimos deverá manter-se sempre não profissional, mas nossos centros de serviço podem contratar trabalhadores especializados.
9. NA nunca deverá organizar-se como tal; mas podemos criar quadros de serviço ou comitês diretamente responsáveis perante aqueles a quem servem.
10. Narcóticos Anônimos não tem opinião sobre questões alheias; portanto o nome de NA nunca deverá aparecer em controvérsias públicas.
11. Nossa política de relações públicas baseia-se na atração , não em promoção; na imprensa, rádio e filmes precisamos sempre manter o anonimato pessoal.
12. O anonimato é o alicerce espiritual de todas as nossas Tradições, lembrando-nos sempre de colocar princípios acima de personalidades.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)



[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)