

XIV CONGRESSO NACIONAL DE SOCIOLOGIA

GT - Saúde e Sociedade

DEPENDÊNCIA QUÍMICA, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E
ESTIGMAS

Leonardo de Araújo e Mota

Fortaleza – 2009

INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas é fato recorrente em toda a história da humanidade e provém, basicamente, 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. Ainda que o discurso da “Guerra às Drogas” tente enfatizar os malefícios associados ao uso de tais substâncias, destacando a necessidade do banimento das drogas hoje classificadas como ilegais, o fato é que em nenhuma época os homens decidiram declinar de tais hábitos.

Mas embora esta prática tenha sido incorporada por várias culturas ao longo de milênios, ocorre que algumas pessoas parecem incapazes de utilizar essas substâncias dentro de normas socialmente aceitáveis de consumo e sem prejuízos graves à sua saúde e relações sociais, instalando-se nestes indivíduos padrões de abuso ou dependência de drogas, ignorando distinções de classe social, gênero, etnia ou credo religioso.

Segundo dados dos Levantamentos Domiciliares sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizados em 2001 e 2005, houve um aumento tanto do uso, como de dependência de tais substâncias (Carlini *et. al.*, 2006). Diante deste fato, acredito que uma análise sociológica deste fenômeno se apresenta como bastante profícua no sentido de agregar novos conhecimentos a uma área quase que costuma estar circunscrita aos saberes médicos e psicológicos (Mota, 2007).

Considerando que a maioria das pesquisas endereçadas a esse fenômeno se origina dos saberes médicos e psicológicos, minha intenção 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, averiguando como determinadas representações (pecado, crime e doença) estão associadas à dependência química e de que modo estas influenciam a construção social de rótulos e estigmas relacionados a esta forma de transgressão.

Esta pesquisa foi realizada, majoritariamente, em comunidades terapêuticas de recuperação de dependentes químicos e grupos de ajuda mútua como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos de Fortaleza/CE, por ocasião da elaboração de minha

tese de Doutorado em Sociologia¹, pela Universidade Federal do Ceará, utilizando metodologias qualitativas de pesquisa social como observação participante, entrevistas e grupo focal (Minayo, 1999; Gatti, 2005).

Os sujeitos da pesquisa foram dependentes químicos em processo de recuperação, conselheiros em dependência química, psicólogos, sociólogos, médicos, assistentes sociais, policiais e religiosos, todos envolvidos diretamente com problemas relacionados ao abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas. Também foi abordada a questão da solidariedade entre adictos, alicerçada nos pressupostos da dádiva, como recurso de recuperação e sociabilidade no âmbito da superação da dependência de álcool e drogas e posterior reinserção social.

Dessa forma, este texto pretende tratar a questão da dependência química através de metodologias cujo objetivo central consiste em abordar o assunto no âmbito dos *significados* desta vivência para os diversos agentes sociais envolvidos diretamente com esta experiência. Trata-se aqui de realizar uma imersão nas representações associadas ao sofrimento provocado pela dependência de álcool e drogas, incluindo histórias de superação, impotência e demais dilemas que integram a vida dos dependentes químicos e dos indivíduos envolvidos nas instâncias de tratamento e repressão policial.

Enfim, este texto tem como objetivo analisar a dependência química sob a ótica das ciências sociais, superando as apreciações reducionistas que caracterizam alguns discursos sobre este fenômeno, 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 cristalização dos rótulos e estigmas relacionados ao comportamento desviante.

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 (tratamento, punição, conversão religiosa) buscam formar sua visão de mundo, sustentando seus pontos de vista com o objetivo de 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, p. 54). Por conseqüência,

¹ Este artigo é uma versão sintetizada de algumas questões tratadas em minha tese. Para maior aprofundamento dos temas aqui expostos, ver: MOTA, Leonardo. *Dependência química e representações sociais: pecado, crime ou doença?* Curitiba: Ed. Juruá, 2009. (Cf: www.jurua.com.br).

Laplantine (2001, p. 241-242) 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”.

Afirmar que a dependência química é um *pecado* significa 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 uso e abuso de determinadas substâncias psicoativas, seja para coibir futuros delitos, como para proteger as famílias que se sentem ameaçadas por este tipo de transgressão. Conceber a dependência de álcool e outras drogas como uma *doença* implica elaborar políticas públicas de saúde que possam oferecer tratamento médico e psicológico, ao invés do encarceramento ou conversão religiosa de adictos.

1. DEPENDÊNCIA QUÍMICA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

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. Trata-se de um processo no qual as nuances epistemológicas são objetivadas através das práticas sociais que refletirão interesses e assimilações definidores um discurso específico sobre normalidade e anormalidade, surgindo, então, as designações de comportamento desviante. 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, p. 177).

Portanto, cabe ao sociólogo analisar como determinados discursos se legitimam no meio social em termos da produção de um discurso específico sobre um determinado “desvio”, quem são os agentes envolvidos nos processos de rotulação dos desviantes e em qual período histórico eles estão inseridos. Assim, o olhar sociológico deve dirigir-se para uma contextualização histórica dos fenômenos sociais que se propõe a elucidar como um determinado problema evoluiu das formas mais remotas até o presente, como observam Conrad e Schneider:

Sempre existiram três principais paradigmas do desvio: desvio como *pecado*, desvio como *crime*, e desvio como *doença*. Na medida em que um paradigma e seus aderentes transformam-se em árbitro definitivo da “realidade” na sociedade, surge uma definição hegemônica. Nas sociedades ocidentais, e na sociedade americana em particular, tudo o que é proposto em nome da ciência assume ares de autoridade. As sociedades industriais modernas tornaram-se cada vez mais medicalizadas. Nós chamamos essa mudança de designação, da maldade para a doença, de *medicalização do desvio* (1980, p. 36 – grifos meus).

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.

2. DROGAS E RELIGIÃO

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. O uso de drogas e a religião se entrelaçam, ora como complementares, ora como recursos substitutivos. Aliás, o próprio conceito de *adicação* (*addiction*), processo pelo qual a pessoa passa a ter a sua vida destruída quando “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; Simões, 2000).

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 despudor e ao vício.

Nas instituições religiosas de recuperação de dependentes químicos, o tratamento costuma ser longo, durando em média de sete a nove meses e sua metodologia 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 através de ajuda espiritual. A orientação baseia-se predominantemente na Bíblia, cuja essência é a libertação pela fé em Jesus Cristo. Em algumas 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, nos mesmos moldes de outras doenças mentais, é também interpretada como “possessão de espíritos malignos” ou “desleixo moral”, cuja cura reside em exorcizar tais entidades espirituais. Entre as camadas populares, geralmente desprovidas de atendimento clínico 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 conseguem enfraquecer o tráfico através da conversão dos “soldados” do tráfico em “crentes”.

Portanto, 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. Por isso mesmo a religião é tão utilizada na recuperação da dependência química. Como recurso de *prevenção* ao abuso de drogas, a adesão a um grupo religioso também 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 (Dalgalarrondo, 2004).

Porém, entre as pessoas engajadas em grupos religiosos que entrevistei me foi confidenciado que a simples conversão pode não ser o bastante para debelar a dependência de álcool e drogas, pois a volta ao uso pode ocorrer mesmo entre líderes religiosos ex-dependentes. Isso endossa a observação de Berger e Luckmann (1985, p. 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 sua ideologia. Em síntese, o principal fator que mantêm as pessoas abstinências e vinculadas aos seus grupos religiosos é o acolhimento recebido no interior destas instituições, resultando na formação de novas amizades com outros indivíduos que buscam sobriedade e reinserção social através de ensinamentos e práticas espirituais características de tais grupos.

3. AS DROGAS E O CRIME

A relação entre o uso de drogas e o crime tende a processar-se de várias formas, entre as quais figuram: (1) posse ou cultivo não autorizado de substâncias psicoativas classificadas como ilegais; (2) comportamento imprudente do usuário causado pela ingestão exagerada de substâncias psicoativas, que gera crimes e agressões; (3) prática

de delitos pelo dependente químico com o intuito de comprar drogas para sustentar sua dependência; (4) 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 socioculturais 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 política 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 é signatária das convenções internacionais de repressão a determinadas drogas.

De maneira geral, o discurso médico-policial ainda possui hegemonia no que se relaciona a descrever as consequências do uso indevido de drogas, sobretudo na mídia. 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.

O termo “droga”, principalmente designado para referir-se às substâncias ilícitas, conduz a uma representação moral e criminal 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. Aliás, pesquisas recentes indicam que, no que tange aos danos à

saúde, a divisão entre substâncias lícitas e ilícitas é meramente arbitrária (Nutt *et. al.*, 2007).

Poucos indivíduos têm conhecimento de 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 (Cf. Rodrigues, 2003). Estes tratados, por fim, conseguiram sedimentar as atuais normas internacionais sobre a proibição de drogas.

No entanto, o proibicionismo hoje é uma categoria *naturalizada* no imaginário social, quase ninguém pergunta como ou porque ele existe. Algumas drogas devem ser lícitas, outras não, e essa condição é então vista como uma espécie de “ordem natural” das coisas. Segundo relato de uma psicóloga, Conselheira em Dependência Química², a estigmatização dos dependentes químicos, muitas vezes gerada pela criminalização de determinadas substâncias, acaba sendo também um fato que se confunde com a omissão por parte de muitos profissionais de saúde no que tange ao tratamento:

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.

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 como o estigma do *drogado* é introjetado pelo dependente químico. O sujeito se identifica como o “portador do mal” para

² 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.

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 problemático”. Em resumo, o dependente químico é geralmente visto como um caso “sem futuro”.

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 conseqüência, por toda e qualquer forma de violência praticada contra a população civil nos grandes centros urbanos. Em poucas palavras, como, o usuário de drogas ilícitas é considerado o *principal financiador* do crime organizado no Brasil (Melo; Miranda, 2004).

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 enquanto 17,3% dos usuários são vistos como vítimas de violência, 49% foram retratados como agressores. Apenas 5,9% das matérias enfocam formas de uso de drogas não-patológicas. Em outras palavras, o simples uso de drogas conduz à violência, não importando a quantidade, forma, tipo de substância ou personalidade do usuário. No entanto, 89% dos textos não apresentam uma perspectiva sócio-histórica ou antropológica do uso de drogas, contribuindo para reforçar a apreciação policiaesca deste fenômeno (Andi, 2005).

Neste sentido, é útil pensar sobre a questão da “produção” e do “consumo” de representações. Como destaca Levine (2002), “os cruzados antidrogas 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” (p. 169-170 – grifos do autor). Segundo Becker, 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 [...]” (1993, p. 139 – grifos meus). Neste caso, se as campanhas antidrogas têm como objetivo evitar o consumo de drogas, então as representações a serem criadas sobre tais substâncias devem ser as mais pejorativas possíveis. Assim, o imaginário social se apropria dessas mensagens e provoca a cristalização de estigmas que passa a fazer parte dos juízos de valor para tudo o que se relaciona com essa questão, desprezando quaisquer evidências empíricas associadas a tais práticas³.

4. A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E A MEDICALIZAÇÃO DO DESVIO

Para a maioria das religiões cristãs, o dependente de álcool e outras drogas é alguém que se desviou do projeto de Deus e, por conseqüência, optou pelo caminho do *pecado* por meio da destruição de seu corpo, de sua espiritualidade e dos relacionamentos interpessoais. Na esfera da moralidade jurídico-policia, 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. Mas segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação de Psiquiatria Americana (APA), as duas organizações mais influentes na área de saúde mental em âmbito mundial, a dependência química é uma *doença*⁴, conotação deste problema que tende hoje a tornar-se consensual, sobretudo nos grupos de ajuda mútua como AA ou NA (Mota, 2004).

³ Segundo dados das Nações Unidas, cerca de 5% da população mundial é usuária de substâncias ilícitas. Dentre estes usuários, apenas 0,6% deles são considerados problemáticos, totalizando 26 milhões de indivíduos em todo o planeta (UNODC, 2008).

⁴ 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.

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 socioculturais, a *sickness*” (Pereira, 2004, p. 166).

“Beber inicia num ato de liberdade, caminha para o hábito e, finalmente, afunda na necessidade”. Foi com esta célebre frase que Benjamin Rush, 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 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 seu controle social, lançando mão de estratégias de prevenção e isolamento dos doentes para evitar-se o contágio, ao mesmo tempo em que se propunha o tratamento moral para os afligidos pelo problema.

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 essa militância política, que reuniu membros de A.A., psiquiatras, assistentes sociais e outros em favor da causa, talvez o alcoolismo nunca tivesse se tornado uma “doença”.

Então começa a introduzir-se na sociedade uma noção do alcoolista como uma “vítima” da doença 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, uma vez que o alcoolista era visto como alguém que buscava sua autodestruição de forma consciente. No prefácio do livro básico de Alcoólicos Anônimos,

publicado pela primeira vez em 1939, o Dr. William D. Silkworth, médico que tratou de Bill Wilson, co-fundador de AA, expõe sua opinião (na época considerada extremamente controversa) sobre o alcoolismo como uma doença que deveria ser considerada como proveniente de causas que não deviam ser analisadas apenas sob a esfera da moralidade, ou seja, como um problema unicamente de ausência de “controle mental” sobre o consumo de álcool (Alcoólicos Anônimos, 1994, p. 21-22).

Segundo este médico, 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 entender o modo pelo qual essa compulsão se manifestava sem qualquer outra causa a não ser o próprio contato com a substância, resultando em uma apreciação biológica do fenômeno.

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. 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 entre as ciências médicas, 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 fisiológicos e comportamentais apresentando diversos sintomas⁵. 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.

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. Segundo este autor, reduzir a dependência química a um CID específico é um ato autoritário da Organização Mundial da Saúde. O conceito de adição (*addiction*), para Room, corresponderia antes de tudo 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

⁵ 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 biológicos, psicológicos e sociais decorrentes desse uso abusivo para então findar na total dependência do álcool (*fase crônica*). (Apud. Conrad; Schneider, 1980, p. 90-94)

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. O resultado prático desta representação é que, 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, pois nem todas elas fazem uma vinculação direta entre intoxicação por psicoativos e crime.

A partir da observação participante que realizei junto a familiares de alcoolistas e também através de 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 pela convivência com o problema, geralmente os impede de assimilar o alcoolismo apenas em sua dimensão clínica, desprezando os aspectos morais, principalmente quando este hábito estava associado a problemas como infidelidade conjugal ou violência doméstica.

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.

O lado negativo da medicalização do desvio, segundo Conrad e Schneider, 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.

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; Johnson, 1997).

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, assumem critérios positivistas, seguindo modelos matemáticos que se aplicam à biologia. E na medida em que tais “distúrbios” são quantificáveis e mensuráveis, esta apreciação da realidade encontra boa aceitação na sociedade moderna (Moscovici, 2003).

Mas 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, pois reconhecem a baixa eficácia dos diversos procedimentos terapêuticos, além dos baixos salários.

O depoimento de uma profissional da área 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 já estudei. 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 (matriz biológica) e a participação ativa do indivíduo no ato do uso:

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 ela 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. Conforme relato de uma assistente social que trabalha com menores infratores:

No meu próprio trabalho com menores infratores, meus colegas vêem 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 a 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. Seguindo “à risca” a classificação oficial de Síndrome de Dependência da OMS, uma senhora de meia-idade dependente de tranqüilizantes, cuja caixa de comprimidos encontra-se ao lado da imagem de Nossa Senhora, estaria “tecnicamente” na mesma categoria de um homem jovem que acaba de realizar um assalto à mão armada para comprar *crack*, mas a diversidade contextual em que este uso ocorre impede tais reducionismos.

Portanto, tais diagnósticos não são simples de serem realizados. O comportamento anormal necessita de uma norma que o defina como tal e esta guarda uma indissociável conexão com o contexto social, determinado por relações de tempo e espaço. Alguns comportamentos anti-sociais também podem ser camuflados pela própria coletividade, como ocorre nas modernas sociedades capitalistas, em que muitas vezes a busca do poder, prestígio ou riqueza material é vista como absolutamente normal, embora possa conduzir o indivíduo a condutas patológicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pânico moral 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 maniqueísmos, caracterizados por persistentes ranços e antagonismos que se evidenciam, sobretudo, no conflito entre o discurso hegemônico médico-policial e as apreciações sócio-antropológicas da questão.

Para as ciências sociais é fundamental destacar 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 assassinos, prostitutas, terroristas, 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. Em muitos casos, fica difícil distinguir qual é a parte mais disfuncional: a família ou o “paciente”.

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”. 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 nos mecanismos da dádiva (Mota, 2004). 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 de pouca visibilidade publicitária, 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 ênfase em políticas repressivas de enfrentamento desta questão, em detrimento de ações de prevenção e tratamento, apenas agrava o quadro atual. Dessa forma, somente políticas públicas consistentes serão capazes de atenuar o sofrimento humano que encontra na dependência química uma forte expressão, através de ações que sobrepujem os tabus que permeiam a apreciação deste tema e ofereçam serviços apropriados para lidar com este problema.

REFERÊNCIAS

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* (Livro Azul). São Paulo: CLAAB, 1994

BECKER, Howard S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec, 1993.

BERGER, Peter L; LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. 11. ed., Petrópolis/RJ: Vozes, 1985.

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.

CARLINI, E. A. et. al. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005*. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph W. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. St. Louis: C.V. Mosby Company, 1980.

DALGALARRONDO, Paulo et. al. Religião e uso de drogas por adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2):82-90, 2004.

GATTI, Bernadete Angelina. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Líber Livro, 2005. [Série Pesquisa em Educação v. 10]

LAPLANTINE, François. 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.

LEVINE, Harry G.. The secret of worldwide drug prohibition: the varieties and uses of drug prohibition. *The Independent Review*, 2(1):165-180, Fall 2002.

MACRAE, Edward; SIMÕES, Júlio Assis. *Rodas de fumo: o uso entre camadas médias urbanas*. Salvador, EDUFBA; CETAD/UFBA, 2000.

MELO, Liana; MIRANDA, Ricardo. Drogas: apertando o usuário. *Isto é*, 28 de abril de 2004, pp. 28-34.

MINAYO, Maria Cecília. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed., São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MOSCOVICI, Serge. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2003.

MOTA, Leonardo de Araújo. *A dívida da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos*. São Paulo: Paulus, 2004.

_____. *Dependência química: problema biológico, psicológico ou social?* São Paulo: Paulus, 2007.

NUTT, David *et. al.* Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, vol. 369: 1047-53, 2007.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. *O terror e a dívida*. Goiânia: Editora Vieira; Cânone Editorial, 2004.

PROCÓPIO, Argemiro. *O Brasil no mundo das drogas*. Petrópolis/RJ: Vozes, 1999.

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.

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.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *World Drug Report 2008*. United Nations Publication, 2008. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_eng_web.pdf>. Acesso em: jul. 2008.

WHITE, William L. *Slaying the dragon: the history of addiction treatment and recovery in America*. Illinois: Chestnut Health Systems Publication, 1998.