

O campo da *droga* em Portugal: medicalização e legitimação na construção do interdito**

INTRODUÇÃO

Em Portugal formou-se um conjunto de interesses burocrático-corporativos em torno do «combate à *droga*» que se organizaram sob a representação do «flagelo social», legitimando o seu poder num interdito absoluto que, por sua vez, é fundador e reproduzidor de um campo sócio-cultural. O aparato coercivo deste campo, nomeadamente de natureza simbólica, explica que neste, distintamente do que acontece noutros campos especializados, os grupos portadores do «problema social» não intervêm organicamente na sua construção, mas fazem-no invisivelmente, porque este é o formato em que emergem socialmente todas as práticas e significações denegadas pelo exercício do poder hegemónico¹. Apesar de intensamente reprimido, o uso das drogas não convencionais (ilegais) não foi erradicado, antes pelo contrário, configura-se como uma expressão endémica do funcionamento das sociedades modernas (Ehrenberg, 1995), levando a que todos aqueles que partilham aquela experiência a inscrevam em múltiplos processos sociais de ocultamento. Verifica-se, inclusivamente, que, apesar da intensa mobilização de recursos materiais e simbólicos para assegurar o funcionamento eficaz do

* Universidade Atlântica.

** Texto desenvolvido a partir de uma comunicação apresentada ao Seminário *Lisboa, Cidade das Margens*, organizado pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa em 12 de Fevereiro de 1999. Uma palavra de agradecimento a João de Pina Cabral pelos seus comentários críticos que me auxiliaram na redacção final deste texto.

¹ Adota-se aqui o conceito gramsciano de *hegemonia* (Grisoni e Maggiori, 1974) em referência às práticas de «direcção intelectual e moral» que asseguram a determinados grupos a sua dominação através da inculcação generalizada de sistemas de ideias, valores, representações, crenças, que procuram universalizar os seus projectos dominantes, apresentando-os como sendo do interesse geral.

campo da *droga*, tem-se assistido muito lentamente a algumas micromudanças que procuram dar resposta a esta resistência oculta. As mudanças mitigadas do campo da *droga* resultam, assim, desta «guerra de movimento», em que o poder hegemónico, não conseguindo eliminar o *mal* enunciado, é, nesta medida, obrigado a reajustar os conteúdos que delimitam a zona de centralidade sistémica na procura da domesticação do *mal* que possibilite a sua recuperação no interior da lógica do campo.

Este processo revela-nos, assim, o facto de um campo sócio-cultural não se auto-reproduzir em função da estrita centralidade hegemonzadora, mas derivar de uma incessante reestruturação proveniente da confrontação entre os aspectos hegemónicos e contra-hegemónicos (Pina-Cabral, 1996), processo este que se realiza sob tensões internas, cuja prova mais paradoxal neste campo é a abertura ao uso de narcóticos substitutivos.

Neste texto analisarei a produção simbólica do interdito, tal como tem emergido dos principais actores do campo da *droga* em Portugal, mostrando como este processo de legitimação hegemónica penetra no conhecimento funcional do objecto-*droga*. Dentro deste propósito, articular-se-á (a) a análise da *dimensão estrutural* do campo da *droga*, incorporada nas formas de estruturação do interdito simbólico e nas posições ali ocupadas pelos seus actores-chave, com (b) os resultados de uma pesquisa sobre representações sociais da *droga* junto de párocos e médicos (Valentim, 1997b e 1998b), a qual nos fornece a *dimensão agencial* deste campo ao exprimir a exteriorização subjectiva que estes grupos manifestam face a múltiplos quadros cognitivos em que as práticas da e sobre a *droga* podem ser captadas.

Conforme já sublinhado, os resultados desta pesquisa «indicam que existe uma representação hegemónica unanimemente partilhada por párocos e também muito presente nos médicos» (Valentim, 1998b, p. 80)². Neste artigo exporei a confecção do interdito simbólico da *droga* nestes dois grupos através da análise das disposições interiorizadas mais significativas onde este interdito se encontra incrustado. Assim, salientarei a objectivação do consumidor de *droga* como uma *não-pessoa*, as crenças que reificam a *droga* numa *farmacologia moral* e as crenças na qualidade criminógena da *droga*.

O CAMPO DA DROGA

Nas sociedades modernas um grupo de substâncias psicoactivas, designadas na linguagem jurídica por *narcóticos* ou *estupefacientes* e na linguagem de senso comum por *droga*, está sujeito a um regime legal que estabelece a sua

² Os resultados desta pesquisa, ao revelarem a partilha de uma mesma representação social hegemónica da *droga* por parte de párocos e médicos, vêm corroborar a homologia assinalada numa obra recente das Nações Unidas entre o «modelo de doença» e o «modelo moral» na interpretação do uso de drogas ilícitas, ambos baseados na assunção de que se trata de «uma forma de disfunção de natureza psicológica e/ou fisiológica» (United..., 1997, p. 45).

proscrição absoluta e a punição de todos aqueles que não o observem. Este regime privilegia dois tipos de heterocontroles³ para a sua regulação — o policial-judiciário e o médico-sanitário — e faz assentar o interdito absoluto numa justificação repartida por duas esferas: a *droga* é proibida para proteger não só a saúde pública mas também a ordem pública. Em Portugal a última revisão da lei da *droga* (Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro) transcreve no seu preâmbulo esta fundamentação normativa, salientando as actividades criminosas a que se dirige, mas anotando também que a utensilagem jurídica foi pensada e adoptada «para que o toxicodependente ou consumidor habitual se liberte da escravidão que o domina» (cit. da lei in Martins, 1994, p. 19).

A aplicação deste regime em Portugal sedimentou nas duas últimas décadas o campo da *droga*, um campo especializado, na acepção que Pierre Bourdieu confere a este conceito (Bourdieu, 1998, pp. 113-120), a saber, um espaço estruturado de lugares objectivos que respondem aos desafios e interesses próprios que instauram o campo e no qual confluem as estratégias de legitimação accionadas pelos actores, tendo em vista o funcionamento do campo e a posição que aí ocupam. O campo da *droga* em Portugal estruturou-se sob a égide de uma *medicalização* dos usos de drogas ilegais⁴, os quais passaram a ser hegemonicamente definidos como patológicos, carecendo, em consequência, de uma intervenção médico-terapêutica com vista a serem eliminados através do «tratamento» dos seus agentes — os «doentes» toxicodependentes. Este processo adquiriu o mesmo contorno que marcou historicamente, nas sociedades modernas, a medicalização do desvio, no âmbito da qual um conjunto de condutas sociais (como, por exemplo, a delinquência de adolescentes, a homossexualidade, o abuso de crianças) outrora reguladas por instâncias político-morais e consideradas viciosas, aberrantes e maldosas passaram a ser entendidas como manifestações patológicas merecedoras do controle social médico (Conrad e Schneider, 1992).

Os anos 90 em Portugal são pautados por um especial reforço da medicalização da toxicoddependência e, conseqüentemente, por uma promoção da vertente médico-sanitarista dentro da hierarquia dos dispositivos de controle social do fenómeno-*droga*. Este facto encontra-se patentemente expresso (a) na ampliação exponencial da rede logística e humana do Serviço de Prevenção

³ Adota-se aqui este conceito retirado de um texto de referência sobre a regulação das drogas na modernidade. Neste, os seus autores sistematizam três tipos de regulação: os *heterocontroles*, que compreendem os dispositivos profissionais especializados, os *controles sociais*, que são assegurados pelos meios informais e pelas instâncias de socialização, e os *autocontroles*, mobilizados pelos próprios utilizadores (Castel e Coppel, 1991).

⁴ A medicalização da vida social moderna tem na obra de Michel Foucault (1983) e de Ivan Illich (1977) a sua teorização fundacional e na de Thomas Szasz a referência clássica no âmbito da problemática das drogas (Szasz, 1994). No que respeita ao uso de drogas não convencionais existem desenvolvidos trabalhos históricos que fazem a análise deste processo nas sociedades francesa (Yvorel, 1992), britânica (Harding, 1988; Berridge, 1999) e americana (Morgan, 1981; Musto, 1999).

e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), dependente do Ministério da Saúde⁵, (b) na proeminência dos actores ligados à profissão médico-terapêutica no interior do campo, os quais se tornaram um *biopscopoder* — para usar um termo foucauldiano (Foucault, 1977) adaptado a este campo —, muito influente na definição das políticas públicas, e, principalmente, (c) na gradual produção simbólica da toxicodependência como «doença», facto bem expresso na emergência da representação pública do toxicodependente como «doente»⁶.

Este regime que governa as drogas institui um sistema social⁷ rígido — o *sistema-droga* (Baratta, 1990) — que organiza a zona de *centralidade* sistémica por referência ao controle de práticas que se relacionam com as drogas proscritas, colocadas numa zona *penumbral* (Pina Cabral, *op. cit.*), onde estão sujeitas a uma intensa repressão. O campo da *droga* ordena-se, assim, na teia de lugares e relações sociais objectivas que o fundam, mas o seu funcionamento carece de processos de hegemonização que confirmem inteligibilidade às visibilidades instauradas pelo seu jogo de revelações e ocultamentos de práticas e significações. Nesta medida, as representações dos objectos sociais no interior do campo (re)produzem-se determinadamente por auto-referência ao seu funcionamento e não em função de um mundo cognoscível ilimitado e de uma experiência externa que aguarda por ser apreendida. Em consequência, não são estranhas à estratégia de legitimação dos actores que asseguram o controle social em luta por um princípio de hierarquização que lhes seja favorável. Assim, pressupostos-chave que sustentam diferentes práticas de controle neste campo e que fazem parte de uma realidade hipostasiada da *droga*, tais como a equivalência entre *droga* e toxicodependência e o acantonamento absoluto destas categorias na decadência, doença, desvio, crime, em suma, no *mal*, derivam da produção simbólica segregada pelo próprio funcionamento do campo da *droga*, que auto-alimenta o sistema com níveis representacionais de *consciência possível*⁸ patrocinadores da hegemonia.

DROGA E PATOLOGIZAÇÃO

Na pesquisa sobre representações sociais da *droga* apurou-se que o espaço semântico utilizado por párocos e médicos para pensar a *droga* e o seu

⁵ Em 1988 havia apenas 4 unidades especializadas de tratamento da toxicodependência na área dos serviços públicos, mas dez anos depois dispõe-se já de 43 unidades em todo o país no âmbito do SPTT, nas quais trabalham cerca de 800 profissionais.

⁶ Na última sondagem nacional sobre o «problema da *droga*», 52,3% consideram o drogado um doente, 41,4% uma pessoa com um mau vício e 29,8% situam-no nas categorias do desvio (jornal *Público* de 6-7-97).

⁷ Trata-se de um *sistema* na acepção sociológica deste conceito por instaurar um universo social interdependente de práticas e significações.

⁸ *Consciência possível* é um velho conceito de Lucien Goldmann, que o definiu como o conhecimento que constitui a máxima adequação à realidade que a consciência dos grupos

consumidor típico compreende uma extensa comunalidade lexical (Valentim, 1997b). No quadro n.º 1 apresentam-se as categorias que ambos os grupos mais associam à palavra *droga* e no quadro n.º 2 as que mais utilizam para caracterizar o seu consumidor.

Verifica-se, assim, que a *droga* convoca muito consensualmente estritos efeitos-limite, o que está bem patente em três categorias semânticas das mais citadas por ambos os grupos, a saber, *dependência*, *doença* e *morte*. Também se constata que ambos os grupos descrevem o consumidor típico como sendo um *jovem*, *dependente* e *degradado*. Este é também alguém que, segundo o discurso dos párocos, «tudo faz pela droga», expressão esta que tem no *manipulador* o seu equivalente funcional no discurso dos médicos.

Associações à palavra droga:
as dez primeiras categorias semânticas em párocos e médicos
(em percentagem)

[QUADRO N.º 1]

Párocos		Médicos	
Semântica		Semântica	
Alienação	48,4	Dependência.	55,3
Dependência	32,3	Doença	28,9
Morte	32,3	Morte	28,9
Delinquência	32,3	Insatisfação	23,7
Doença	25,8	Delinquência	25,2
Destruição	22,6	Família	18,4
Tráfico	19,4	Drogas ilegais	17,1
Degradação	19,4	Medicamento	17,1
Desadaptação.	19,4	Miséria	15,8
Desgraça.	16,1	Fragilidade	15,8

poderá alcançar de acordo com as posições que ocupam na vida social (Goldmann, 1972, vol. 1, pp. 99-110). No entanto, sendo Goldmann um intelectual marxista, inscreve este conceito no âmbito de uma concepção gnoseológica que encerra a produção de conhecimento em termos da dicotomia verdade/falsidade, exactidão/erro, e numa concepção de sociedade que separa vincadamente esferas «materiais» e «imateriais», subordinando estas àquelas. Penso, no entanto, ser este conceito compatível com a teoria das representações sociais da escola sócio-cognitivista, que me serviu de guia de orientação teórica na pesquisa empírica, e neste quadro a sua adopção basear-se-á na assunção de que a análise sobre a produção de conhecimento de objectos sociais não é a da determinação da sua «verdade» ou «falsidade», mas a da compreensão das definições e consensos sócio-culturais que constroem e legitimam níveis de saber. À margem do acento cientista em que este conceito nasceu, o mesmo tem a vantagem de dar conta de que existem condições sociais na produção de sentido e de práticas, as quais limitam as possibilidades do pensamento e acção. Por outro lado, acentuarei a pertinência teórica deste conceito, esvaziando-o da sua raiz estruturalista e articulando-o com a produção de legitimação que ilumina a eficácia das representações sociais como uma consciência possível que se alimenta na ocultação das delimitações objectivas do conhecimento que encerra, como acentua Moscovici, ao referir que o acto construtivo das representações sociais «é menos uma liberdade criativa da realidade do que uma ilusão sobre as condições dessa liberdade» (Moscovici, 1988, p. 231).

Descobre-se nestes discursos que o espaço semântico predominante para pensar a *droga* e o seu consumidor é comum entre párocos e médicos. Ambos partilham uma unicitária visão-limite do uso de *droga*, situando-o na degenerescência⁹ e decomposição (individual e social). O consumidor de *droga* é alguém que está sob o império desta, que o transforma numa *não-pessoa*¹⁰, ao privá-lo dos atributos de autonomia, racionalidade e responsabilidade que configuram a condição legitimante dos seres humanos.

Ora esta representação reproduz plenamente a que é veiculada pela normatividade proscritiva, que refere explicitamente o consumidor de *droga* como um ser *escravizado*, o que justificará a política proibicionista, porque, conforme escreve o relator do Conselho Nacional de Ética, em apoio a este

Protótipo do consumidor de droga:
as dez primeiras categorias semânticas em párocos e médicos
(em percentagem)

[QUADRO N.º 2]

Párocos		Médicos	
Semântica		Semântica	
Dependente	48,4	Jovem	34,2
Anti-social	35,5	Família disfuncional	25
Marginalidade	29	Manipulador	25
Alienado	25,8	Frágil	25
Jovem	22,6	Auto-estima (fraca)	22,4
Degradado	22,6	Carências afectivas	21,1
«Tudo faz pela droga»	22,6	Degradado	19,7
Irresponsável	19,4	Dependente	18,4
Carências afectivas	19,4	Sem projectos	18,4
Insatisfeito	19,4	Dificuldades de integração	18,4

⁹ Se aqui optei pelo termo *degenerescência* (em detrimento, por exemplo, do termo «decadência»), é porque o espaço semântico para pensar a droga e o seu consumidor reenvia para este conceito utilizado pelo saber médico, desde o século XVIII, na explicação do *pathos* humano, conceito este que evoca um «desvio natural da espécie». A partir do século XIX, os alienistas importaram este conceito para o campo da psiquiatria, sob a assunção de que «degenerescência e desvio desadaptativo do tipo normal de humanidade são uma e a mesma coisa» (Yvorel, *op. cit.*, p. 78). As definições de dependência oriundas do saber médico não mais abandonaram esta matriz conceptual, a qual está bem presente na definição de (toxico)dependência como «comportamento desadaptativo», hoje expressa nos dois mais importantes manuais de diagnóstico clínico — o ICD-10 e o DSM-IV.

¹⁰ O termo *não-pessoa* é equivalente a *não-ser humano*, entendido o *ser humano* à luz de uma ontologização substancialista da condição humana que concebe esta a-historicamente à luz dos critérios estabelecidos pela moral racional iluminista. Esta funda, nas sociedades modernas, uma poderosa concepção de *pessoa*, convertendo-a num «ser sagrado, possuidora de um valor metafísico e moral e de um estado de consciência moral, isto é, portadora de direitos e responsabilidades, fonte de motivação autónoma e de decisão racional, valorando a privacidade e capaz de autodesenvolvimento» (Lukes, 1997, p. 294).

regime, «ninguém é livre de deixar de ser livre» (Braga da Cruz, 1996, p. 11). Porém, em Portugal esta representação da *droga* e do seu consumidor encontra suporte substancial no próprio discurso da visão médico-psicológica dominante, a qual trata a toxicod dependência como uma entidade nosológica (categorial) homogénea, caracterizando o seu portador como alguém que padece de uma *patologia da vontade*, isto é, «que perdeu a capacidade de decidir de uma forma livre a sua vida, não conseguindo escapar ao consumo compulsivo de tóxicos» (Miguel, 1992, p. 81). Eis-nos perante um reduto cognitivo que alimenta tão imperceptivelmente como eficazmente o campo da *droga* no nexa das categorias absolutas em que se instaura, a saber, o interdito simbólico, por um lado, e a acção erradicadora, por outro.

De facto, o que esta simbólica desqualificadora do consumidor de *droga* nos afirma é que, sendo este uma *não-pessoa* «doente», porque despojado da autonomia da vontade, a intervenção das instâncias sociais no que respeita à *droga* deverá consagrar-se a uma missão salvífica. Assim se explica que a ideologia do dispositivo médico-terapêutico, a quem é confiado, em primeira linha, o controle social do «problema», justifique a sua intervenção técnica na prossecução do objectivo de *libertar* a pessoa¹¹. Importa, portanto, analisar o que faz apresentar o consumidor de *droga* como um toxicod dependente e este como um ser *alienado, degradado e destruído*. Esta representação tem, evidentemente, suportes empíricos, que, no entanto, estão truncados do espectro de actores que se relacionam com a *droga* e da pluralidade de práticas que se articulam com a mesma. Dois factos há a reter a este respeito:

- 1.º Para qualquer das substâncias ilícitas (cocaína, heroína, canabinóides, drogas sintéticas), nenhum estudo epidemiológico regista como predominantes os padrões de consumo regulares e/ou compulsivos, isto é, os que se identificam com a toxicod dependência. Pelo contrário, os padrões dominantes correspondem a usos experimentais e/ou ocasionais¹²;

¹¹ Como nos confessa um psiquiatra, «o problema da liberdade do ser humano, e por conseguinte do toxicómano, está na base de como é encarado o *approche* terapêutico por parte dos diversos psiquiatras» (Seabra-Dinis, 1987, p. 40). Também uma autoridade do campo, ao expor as ideias através das quais o discurso médico constrói a patologização da dependência, refere este preciso ponto salvífico, afirmando, sob forma de interrogação: «[...] como convencer os adolescentes de que o consumo mesmo ocasional de certas drogas tem como futuro inevitável a dependência, como convencer aqueles que já são dependentes a tratarem-se e a fazê-lo o mais rapidamente possível, como diminuir a frequência e duração do consumo para aqueles que são consumidores, como *curar libertando-o* e não criando novas dependências, sejam medicamentosas, sejam institucionais, sejam submissões de qualquer espécie [...]» (Miguel, 1994, p. 254). Daqui também que as formalizações quanto ao objectivo do tratamento, apresentadas sob esta visão, nos refiram que este se propõe levar os dependentes a «reaprender a viver» (v. Carrilho, 1991, pp. 83-91, e Patrício, 1995a, pp. 163-165).

¹² Em relação a Portugal, v. Valentim (1997a), Calafat *et al.* (1998) (no que diz respeito às drogas sintéticas) e Instituto..., 1999. Em França um relatório elaborado por investigadores do Instituto Nacional de Saúde salienta que os inquéritos epidemiológicos realizados na década de 80 mostram «[...] a existência de uma proporção importante de utilizadores ocasionais

2.º Diferentes estudos têm revelado que os toxicodependentes que se sentem esmagados pela substância, vivendo no isolamento anómico e na desintegração psíquica e física — e que constam da imagética, sob forte conteúdo fantasmático, apresentada pela população desta pesquisa — são apenas um tipo entre uma diversidade de actores para quem o consumo ilícito de drogas adquire uma certa centralidade sem suscitar a desvinculação social. Dito por outras palavras, dispõe-se já de investigação abundante¹³ que nos mostra que a toxicodependência não é uma categoria homogénea¹⁴, ou, dito com mais rigor, só se torna homogénea à luz da sua rotulagem como «instituição total» patológica¹⁵.

Esta prototipicalidade do consumidor de *droga* terá de ser interpretada à luz do funcionamento do campo e dos papéis que aí desempenham párocos e médicos. Assim, estando o consumo de *droga* codificado como problema social, só nesta condição é captado institucionalmente e só nesta condição é difundido espectacularmente pela mediatização da vida social, suscitando-se,

por comparação com uma pequena fracção de consumidores regulares e [...] que um uso mesmo repetido de drogas ‘duras’ só raramente conduz a um uso regular e à dependência» (Lert e Fombonne, 1989, p. 16).

¹³ Encontra-se nos Estados Unidos o maior corpo de investigação em meio natural a partir do qual pode observar-se que os usos de drogas ilícitas se inscrevem numa pluralidade de trajectórias e práticas inseridas em quadros de vida organizados. Já tive oportunidade de abordar este tema (Valentim, 1998a) e poder-se-á encontrar um balanço sobre estes estudos, por exemplo, em Waldorf (1980) e Ingold e Toussirt (1998b). Na década de 80 verificou-se, em diversos países europeus, o eclodir do interesse pelo estudo dos actores da *droga* como actores sociais, do qual resultaram diversas pesquisas de referência na Grã-Bretanha (Parker *et al.*, 1988), França (Bouhnik, 1996; Ingold e Toussirt, 1998a), Holanda (Cohen e Sas, 1995; Grapendaal *et al.*, 1995) e também em Portugal (Fernandes e Agra, 1991; Fernandes, 1998).

¹⁴ A psiquiatra Annie Mino, que teve uma intervenção na cena de Platzspitz, a primeira experiência suíça de criação de uma zona livre de consumo de drogas ilícitas datada do final da década de 80, sublinha a descoincidência acentuada entre a imagem da população frequentadora daquele espaço, remetida para a a-socialidade e destruição mais extrema e as suas características efectivas que foram estudadas pela sua equipa. Assim, destes estudos ressalta o facto de a grande maioria se encontrar socialmente integrada. Mino refere, a este propósito, que «a experiência de Platzspitz permitiu aos especialistas compor algumas diferenças relativamente à imagem que se fazia dos consumidores de *droga* e passar a admitir que possa haver tantas formas individuais de viver a dependência como pessoas tocadas por essa dependência» (Mino e Arsever, 1996, p. 117). Nesta linha anota-se ainda que, se a observação em contextos clínicos compreende condições substantivas e simbólicas para induzir uma construção enviesada do toxicodependente como entidade categorial homogénea, há, no entanto, alguns estudos empíricos neste tipo de instituições que revelam a diversidade dos padrões de uso e das situações relacionais e sociais vividas pelos toxicodependentes, sendo os mais importantes os que foram realizados nas clínicas de Londres nos anos 70 (Stimson, 1973).

¹⁵ Transladei este conceito goffmaniano (Goffman, 1992) para o campo da categorização social, porquanto a de *toxicodependente* funde o indivíduo numa identidade única, à qual não consegue escapar nenhum aspecto da sua vida, mesmo após a «saída», porquanto a partir deste momento passa a ser um «ex».

através deste processo, o que alguém já designou por «inevitabilidade do mito da toxicodependência» associado à droga-heróina (Kaplan, 1983, p. 33). Por seu turno, os grupos entrevistados têm mandatos sociais para o controle das práticas socialmente definidas como indesejáveis. Nesta medida, ambos agem sobre esta mesma «matéria-prima» com vista a obter o mesmo resultado — a reparação destas condutas —, utilizando ambos um mesmo método — a injunção normativa da conformidade social —, o qual, no entanto, se integra em distintos contextos de discursos e práticas, com a sua historicidade específica em párocos e médicos.

A objectivação do consumidor de *droga* na *não-pessoa* possui, assim, uma feição empírica na estrita clientela sobre a qual os mesmos intervêm, composta precisamente por «desviados» a «recuperar». Assim, esta atribuição prototípica poderá ser interpretada ao abrigo do conceito psicológico de *correlações ilusórias* (Huici e Moya, 1994), sendo, nesta medida, resultante de um enviesamento causado pela saliência de estímulos. Porém, o processo de categorização inerente à construção prototípica projecta a reflexividade do sujeito no objecto, estando este contaminado pelos objectivos do sujeito que percebe. Nesta medida, a ancoragem simbólica constitutiva desta objectivação funda-se no saber pericial destes grupos, o qual incorpora uma teoria implícita (representação) da *droga* que apresenta o uso desta como uma ex-centricidade patológica por relação a uma certa e determinável ordem biológica, psíquica e social, em suma, por relação a uma concepção de *pessoa*.

Vejamos como se configura a dicotomia normal/patológico como dispositivo cognitivo comumente utilizado por párocos e médicos para interpretar o consumidor de *droga*. Os conceitos de *normal* e *patológico* têm sido objecto de uma intensa disputa no domínio teórico e científico, emergindo a controvérsia, nomeadamente, em torno das suas implicações na avaliação psíquica e comportamental. As ciências biomédicas pretendem oferecer a segurança teórica requerida face à instrumentalidade operativa destes conceitos para uma categorização técnica das mentes e das condutas. O quadro ontológico e epistemológico daquelas ciências fornece o modelo da «ordem», da «norma», objectiva, universal e invariante que serviria de critério para aferição dos desvios, o qual vem a estampar-se no paradigma funcionalista interpretativo do normal/patológico, de raiz biológica, o qual serve de guia para as grelhas técnicas de intervenção médico-terapêutica no controle cognitivo-comportamental¹⁶. No entanto, esta operacionalização carece necessariamente da apropriação dos quadros normativos da ordem social. Nesta

¹⁶ Poder-se-á observar a aplicabilidade deste paradigma no diagnóstico que os psiquiatras fazem do toxicodependente como *doente do tempo* (v., por exemplo, Patrício, 1995a, pp. 136-139). Luís Fernandes, que observou o *junkie* (uma personagem extrema dos «mundos da droga») que fundamenta as generalizações médico-psicológicas da toxicodependência) em «meio natural», sublinha, a este respeito, a temporalidade subjectiva deste, a produção de sentido que a organiza e a funcionalidade de que é dotada para o seu modo de vida intersticial

medida, o normativismo social, como ferramenta auxiliar do normativismo biológico para a definição do normal/patológico, não só concede às ciências biomédicas (e à psiquiatria, em particular) meios heurísticos indispensáveis para satisfazer as procuras sociais em que se afirma, mas tem ainda a vantagem de conceder às regras sociais a coercividade estrutural reificadora, legitimadora dos poderes que as definem.

Ora a *droga*, tendo sido erguida a uma condição de proscricção absoluta, porque tomada como endemoniadora, oferece as condições empíricas ideais para assimilar a ordem psíquica e social na fixidez da ordem biológica pelo padrão normativo claro que enuncia para a detecção dos desvios: a *droga* é um objecto que estabelece uma homologia estrutural entre ordem biológica e ordem psíquica e social. O campo da *droga*, vivendo da e na circularidade entre o «bio», o «psico» e o «social», recolhe do *trade-off*, hegemonicamente biologizado, entre natureza e sociedade uma eficácia simbólica indispensável para o controle social. Desta forma, possibilita aos seus principais actores compactar reflexividades de áreas distintas num compósito discursivo autoritativo, o qual organiza os padrões de linguagem — a *prática discursiva da droga* (para usar termos foulcauldianos) — que legitimam e reproduzem o campo. A patologia constitui-se, assim, como entidade lexical intrínseca desta prática discursiva, a qual é apropriada pelos párocos através da subsunção do biológico no social e pelos médicos através da subsunção do social no biológico.

A fundamentação bio-psico-social utilizada por João Paulo II para naturalizar a distinção entre drogas lícitas e ilícitas fornece-nos um bom exemplo da forma como se usa o sistema denotativo patológico, como recurso discursivo, para apoiar um enunciado doutrinário religioso sobre a *droga*. De facto, afirma o Papa a este respeito: «Enquanto um uso moderado do álcool como bebida não contraria proibições morais, e só é condenável o abuso, a ingestão de *droga*, pelo contrário, é sempre ilícita, pois comporta uma renúncia injustificada e irracional a pensar, querer e agir como pessoas livres» (cit. in Conselho Pontifício ..., 1992, p. 6).

A patologização da toxicoddependência filia-se, assim, numa radicalização ontológica do ser humano, tendo subjacente a aplicação de dicotomias discretas bipolares. É assim que todos os diferentes actores citados descrevem a toxicoddependência como patologia porque afectará a matriz da pessoa — livre, autónoma e racional —, pelo que o toxicoddependente não será apenas um ser humano em défice, mas um não-ser humano. Ora, nesta radicalidade representacional perpassa o processo histórico de exercício do poder simbólico

(Fernandes, *op. cit.*, pp. 157-163). A abordagem da vivência do tempo nos toxicoddependentes constitui, de resto, um dos temas que suscitam o confronto entre diferentes concepções do normal/patológico e, mais concretamente, entre o objectivismo funcionalista (a formalização deste paradigma está exemplarmente exposta em Prodi, 1994) e o policentrismo subjectivista das fronteiras entre estas categorias, tão modelarmente explanado, por exemplo, na obra de Canguillem (v. Canguillem, 1994).

analisado por Louis Dumont¹⁷, qual seja o da penetração da representação religiosa do indivíduo na modernidade, no decurso do qual «a vida no mundo será concebida como podendo conformar-se inteiramente com o valor supremo, até que o indivíduo-fora-do-mundo se transforma no moderno indivíduo-no-mundo» (Dumont, 1992, p. 41). Só no quadro de uma descontextualização do indivíduo subordinada aos valores absolutos deste individualismo moral fora-do-mundo se torna inteligível, por exemplo, o critério oferecido pelo par autonomia/dependência como pólos identificadores do *normal* e do *patológico*. Deste modo, a patologia do indivíduo dependente é construída socialmente em função da violação que este representa para a concepção moderna de pessoa (de raiz kantiana), que incorpora a transcendentalidade religiosa na imanência de uma ética dominada pela razão prática, a qual fundará uma unidade do ser humano em torno de um conjunto de atributos superiores localizados na mente e compreendidos em termos individualísticos como faculdades abstractas. Entre estes inclui-se, nomeadamente, a autonomia da vontade, que confere à pessoa moral o autocontrolo das suas pulsões e uma integridade valorativa despojada de interesses egoístas¹⁸.

Vejamos como a produção imagética do consumidor de *droga* se forja no duplo mecanismo de (1) descontextualização social e situacional da sua conduta e (2) sua inserção na interiorizada representação da *droga*. Nas entrevistas recolhemos frequentes relatos de confrontações entre toxicodependentes e médicos por causa da pretensão dos primeiros em obterem receituário medicamentoso, o qual, geralmente, lhes é negado pelos últimos por suspeita de poder ter uma utilização indevida. Esta experiência dos médicos está reflectida, de resto, na utilização enfática que fazem do adjetivo *manipulador* para caracterizarem o consumidor de *droga* e exprime-se também numa constante queixa que ouvimos: «O toxicodependente é um mentiroso.» Qual o efeito da estrutura simbólica presente na representação que os médicos partilham quanto à patologia inerente ao acto de consumir *droga* sobre este diagnóstico avaliativo? A mentira e os outros expedientes comunicacionais dos seus interlocutores — que constituem instrumentos de uma acção intencional desenvolvida num contexto de obstaculização ao

¹⁷ Reporto-me aqui à perspectiva trazida por Louis Dumont, o qual nos apresenta duas formas opostas de indivíduos: o indivíduo fora do mundo e o indivíduo no mundo. O primeiro tipo é retirado da antiga Índia, em que o renunciante, para se constituir a si próprio na sua independência e individualidade, se excluía de todas as ligações sociais, separando-se da vida tal como os homens a viviam. O segundo tipo é o homem moderno, o indivíduo que afirma a sua individualidade, encarada como um valor no interior do mundo. Dumont faz derivar e depender o segundo tipo de individualidade do primeiro. A partir de uma análise histórica de diferentes sociedades, Dumont enuncia uma teoria geral do desenvolvimento do individualismo, na qual se recorta a concepção de afirmação do indivíduo segundo um processo de libertação dos constrangimentos sociais pautado pela prática da renúncia (Dumont, 1992).

¹⁸ A transferência das prerrogativas antropológicas de Deus para a razão moral dos modernos é objecto de análises penetrantes, por exemplo, em MacIntyre (1997) e Taylor (1997).

objecto pretendido — são deslocados para um estatuto psicológico «estrutural», passando a fazer sentido como parte do compósito de traços psicológicos com que caracterizam o toxicodependente e o identificam na sua patologia por contraste com o padrão de normalidade convencional.

Do ponto de vista médico-terapêutico, objecta-se que a identificação da patologia da dependência esteja moldada pelo modo como as normas sociais e o relacionamento social avaliam estas condutas, processos estes que só contaminarão o mundo profano. Sustenta esta perspectiva que trata a dependência como entidade nosológica de natureza idêntica à que tipifica qualquer patologia orgânica ou funcional a partir de um diagnóstico expurgado de valorações e sujeito a uma tecnologia de observação rigorosa. Ora importa evidenciar que não há conceitos de dependência distintos: há só um conceito, produzido socialmente e incorporado em objectivações institucionais. Estas últimas identificam certas dependências e despromovem outras. Assim, certas dependências passam a fazer parte do campo da doença porque «não fazem sentido». O que os profissionais cuidam são essas dependências interiorizadas como «doenças» no âmbito de processos de controle social que têm a particularidade de as inscreverem como doenças em relação às quais, mais do que conferirem direitos, consignam o dever, a obrigação moral de serem «tratadas». Muitas dependências em relação a substâncias lícitas, mas também em relação a pessoas, objectos e actividades, não são tratadas como doenças porque lhes são aplicadas valorações relativizadas e contextualizadas que as incorporam socialmente no âmbito de «práticas minimamente aceitáveis» (Ingleby, 1982). Ora tal não se passa em relação à utilização de substâncias psicoactivas ilícitas porque a absolutização do interdito produz uma radicalização ontológica do ser humano para servir de padrão simbólico às práticas de controle social, *maxime* as que asseguram a patologização. Esta construção social da doença distribui muito desigualmente as intervenções sociais e médico-terapêuticas em relação às dependências, sujeitando estas a diferentes crivos selectivos em função da sua inscrição no padrão normativo dominante. Atente-se, a este respeito, nos critérios de identificação da dependência contidos no *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, da Associação Americana de Psiquiatria (American..., 1996, pp. 179-188), que são predominantemente de natureza comportamental. Estes só se tornam signos com referentes por intermédio dos objectos empíricos gerados pelos processos políticos, sociais e culturais que seleccionam e atribuem sentido às práticas dos indivíduos. São, assim, estes processos que reconduzem a uma concretude significada os conceitos utilizados naquele *Manual* para caracterizar a dependência, tais como «padrão desadaptativo», «descontrole», «sofrimento significativo», «utilização compulsiva». Nesta medida poder-se-á afirmar que, se a intervenção médico-terapêutica face à toxicodependência reserva uma abordagem mais humanizada em relação aos utilizadores que estão cercados por um contexto acentuadamente censório e repressivo, tem igualmente a função de legitimar os processos sociais que produzem o fenómeno, o que é assegurado primacialmente através da identidade que

a sua acção inculca. Não surpreende, deste modo, que a visão médico-psicológica sobre o problema-*droga* proceda a uma descontextualização das condutas de natureza fundacional, donde decorrem todas as outras. Esta operação primária de descontextualização é a que faz evacuar a proibição da *droga* das fontes da patologização. Como nos refere uma nota de abertura da revista *Toxicodependências*, «a patologização dos comportamentos toxicodependentes não pode ser assacada à ilicitude do produto, antes aparece como resultado das alterações neuropsicológicas que o uso crónico das drogas provoca no cérebro» [in *Toxicodependências*, 1998, 4 (2), p. 2]. Porém, o estatuto das categorias de «saúde» e de «doença» em geral e o que se reporta a esta problemática em específico contradizem este juízo. De facto, nenhuma «doença» existe em si mesma, à margem da codificação social que torna inteligível um estado orgânico neste estatuto, contribuindo o discurso médico decisivamente, na modernidade, para a produção das categorias de «saúde» e de «doença» (Herzlich, 1994). Por outro lado, a história social das drogas constitui um processo social eloquente do modo como um regime sócio-legal produz a «doença», socorrendo-se para o efeito de diversos mecanismos. Esta participação manifesta-se:

1. Nas disposições legais que consagram o aparelho policial e judiciário como fonte de recrutamento da clientela dos toxicoterapeutas¹⁹;
2. Na degradação do estado sanitário dos toxicodependentes, de que a proliferação de doenças infecciosas constitui a face mais dramática, situação esta originada, não pelo uso *em si* das drogas, mas pela precarização, estigmatização e exclusão em que os mesmos vivem, contextos estes gerados em função do regime repressivo (Félix da Costa, 1998);
3. E, fundamentalmente, na intensa mobilização político-social para a produção institucional de crenças, julgamentos e significados partilhados com vista a uma interiorização social alargada, mobilização esta globalmente orientada para a deslegitimação dos consumidores de *droga* (Coelho, 1998) e especificamente tendente à promoção da hetero e auto-percepção destes como «doentes», operação simbólica esta decisiva para a sua conversão identitária a esta condição.

A FARMACOLOGIA MORAL DA DROGA

Um dos pressupostos simbolicamente estruturantes do regime proibicionista sustenta que existe uma nocividade intrínseca nas drogas ilícitas na

¹⁹ A lei da *droga* estabelece a possibilidade de o tribunal trocar a sanção penal pelo tratamento para todos aqueles que forem condenados por ilícitos que directa ou indirectamente estejam relacionados com o consumo de *droga* (artigo 44.º do Decreto-Lei n.º 15/93).

medida em que o seu simples uso provoca um potente efeito no cérebro que desencadeia inexoravelmente uma procura repetida acompanhada de um aumento da frequência e intensidade da sua administração. Este processo desemboca fatalmente num comportamento de dependência, isto é, de servidão a um desejo que ultrapassa qualquer outra consideração racional e, nomeadamente, valorativa. Esta crença da *escalada farmacológica* instaura um dos oxímoros da prática discursiva da *droga*, qual seja, o da impropriedade semântica do recurso à expressão «uso» quando se fala de *droga*, porque em relação a esta só pode existir «abuso» (Zinberg *et al.*, 1978; Dally, 1990).

Nos *topoi* clássicos do discurso da *droga*, este suposto atributo das drogas ilícitas de autogerarem o seu consumo distribui-se por dois tipos de escalada: (1) uma, interna a cada uma das substâncias — a *escalada intradroga* —, em que esta é consumida continuamente numa frequência progressiva, e (2) outra, entre substâncias — a *escalada interdrogas* —, em que depois de se iniciar com o consumo de drogas ilícitas menos toxicomanogénicas, como a marijuana (vulgo *drogas leves*), se passa ao de drogas ilícitas mais toxicomanogénicas, como a heroína (vulgo *drogas pesadas*).

A pesquisa procurou testar se havia por parte da população inquirida a partilha da crença da escalada farmacológica. Para este efeito foi construída uma variável compósita — *crenças sobre a escalada* — com base em dois indicadores, a saber, (1) *o uso de drogas ilícitas degenera em abuso mais tarde ou mais cedo* (escalada intradroga) e (2) *o uso de drogas ilícitas mais leves conduz às mais pesadas com toda a probabilidade* (escalada interdrogas). Resultantes do cruzamento destes indicadores numa matriz, as categorias definidas para esta variável registaram os dados constantes do quadro n.º 3.

Crenças sobre a escalada farmacológica
(em percentagem)

[QUADRO N.º 3]

	Escalada generalizada	Escalada restrita	Sem opinião	Rejeição
Párocos	93,5	6,5	—	—
Médicos	67,1	14,5	5,3	13,2

Conforme poderá constatar-se, tanto párocos como médicos partilham esta crença: maciçamente, os primeiros; na sua grande maioria, os segundos. O que poderá afirmar-se quanto ao significado destes resultados, nomeadamente em relação ao saber disponível quanto às realidades a que os mesmos se referem?

Urge reconhecer: a crença na escalada interdrogas é largamente partilhada, sendo, provavelmente, a que confere mais consistência ao discurso da *droga*. Inquéritos realizados em diferentes países, como na França (Bulart *et al.*, 1989), Argentina (Kornblit *et al.*, 1990), Austrália (Rigby *et al.*, 1992) e Estados Unidos (Weisheit e Johnson, 1992), têm evidenciado a presença generalizada desta crença. Por outro lado, esta crença é frequentemente «confirmada» por aqueles que acabam por constituir a clientela dos serviços clínicos. Sendo composta esmagadoramente por heroinodependentes²⁰, esta clientela relata, em geral, consumos de marijuana e haxixe no início da sua carreira com as drogas ilícitas.

Porém, uma análise sistemática das investigações disponíveis sobre a matéria permite afirmar que não há sustentação empírica para este pressuposto-chave do discurso da *droga*. De facto, os estudos epidemiológicos revelam que o uso de substâncias psicoactivas, como a heroína ou a cocaína, está ausente da esmagadora maioria daqueles que utilizam ou utilizaram canabinóides. Mas, se obras clássicas já fizeram um alinhamento desenvolvido de informações e argumentos que refutam a teoria da escalada interdrogas (Brecher, 1972; Zimmer e Morgan, 1997), verifica-se hoje algum acolhimento institucional em relação a esta desmitologização. Assim, um recente relatório do governo holandês critica a teoria da escalada nos seguintes termos: «Na Holanda a percentagem de utilizadores de drogas leves que também consomem drogas pesadas é relativamente baixa. À luz destes factos, a teoria da escalada deve ser vista como um dos muitos mitos que circulam a respeito das drogas, embora um dos que em certas circunstâncias pode tornar-se uma profecia que se auto-realiza» (Ministry..., 1995, p. 9). Por outro lado, um relatório de uma comissão de reflexão sobre o problema da *droga* nomeada pelo governo francês em 1994 acolheu também uma perspectiva crítica a este respeito, anotando o seguinte: «Contrariamente àquilo que frequentemente é avançado, o *cannabis* não é obrigatoriamente o primeiro escalão de uma passagem às drogas duras. Esta teoria, dita «da escalada», que pretende que todo o indivíduo que utiliza *cannabis*, depois de um período mais ou menos longo, procura uma satisfação mais intensa, é infirmada em vários relatórios, tendo o mais célebre, intitulado relatório Le Dain, sido publicado em 1972 no Canadá. Na prática, o risco de consumir drogas como a heroína, a cocaína ou o *crack* depois de ter fumado haxixe não é superior a 5% a 10%. Se estimamos que existem em França de 50 000 a 200 000 utilizadores de drogas ditas duras e de 3 a 5 milhões de

²⁰ Em Portugal o «problema-droga» é heroinocêntrico na sua dimensão sanitária. Dos estudos que têm sido realizados na rede do SPTT desde 1991 conclui-se que «a heroína constitui a droga principal sempre em mais de 95% dos casos» (Félix da Costa e Freire, 1998, p. 59).

utilizadores ocasionais de drogas leves, damo-nos conta de que a passagem de umas a outras está longe de ser inelutável. De facto, a deriva muitas vezes começou com o tabaco, o álcool ou o consumo de medicamentos psicotrópicos» (Henrion, 1995, p. 78).

Estes dados tornam inconsistente a atribuída causalidade farmacológica da escalada interdrogas e nesta medida orientam a explicação, quando residualmente esta ocorre, para os outros dois elementos do paradigma bio-psico-social seguido na explicação dos usos de drogas, a saber, o «indivíduo» e o «contexto», surgindo a «substância» como um elemento de mediação. De resto, estudos realizados nos Estados Unidos revelam que os factores envolvidos na progressão de uma carreira de consumo de drogas ilícitas são predominantemente de natureza psico-social e sócio-cultural, relacionados com a socialização do grupo de pares (Goode, 1993, pp. 203-207).

E o que dizer da escalada intradroga? Por exemplo, o influente psiquiatra Nuno Miguel afirma explicitamente que, «em relação às substâncias cujo poder de criar dependência é maior, praticamente não existe dúvida em relação à inexorabilidade do percurso — consumo ocasional, frequência progressivamente maior, dependência» (Miguel, 1995, p. 20)

Mais uma vez, porém, uma história diversa é-nos trazida pela revisão da literatura científica, que nos fornece abundantes dados recolhidos tanto em experiências laboratoriais com animais como em inquéritos epidemiológicos, ou ainda em estudos etnográficos em meio natural. Assim:

- 1.º As concepções farmacocêntricas que sustentam os comportamentos de consumo de *droga* como determinantemente ditados pela bioquímica das substâncias citam recorrentemente as experiências em laboratório com animais²¹. Contudo, esse tipo de experiências, assentando na potência das variáveis farmacológicas, despreza por norma a consideração de variáveis ambientais. Deste modo, tornam-se incapazes de sustentar qualquer comprovação de que a auto-administração de drogas resulta das propriedades intrínsecas das mesmas. Ora existe toda uma outra linha de estudos laboratoriais em farmacologia comportamental que procedeu à confrontação do estímulo-*droga* (cocaína e heroína) com outras alternativas de reforço (por exemplo, em experiências com ratos, a mistura de glucose na água). Nestas últimas experiências, em que se verificou a preferência dos animais por estímulos distintos, demonstrou-se a superioridade dos reforços de natureza ambiental na determinação dos comportamentos (Falk, 1996). Por outro lado, Bruce Alexander e a sua equipa desenvolveram experiências laboratoriais com ratos, confrontando o comportamento dos

²¹ Um balanço destes estudos experimentais com animais encontra-se em Davies (1993), pp. 56-62.

- animais face à administração de cocaína, heroína e morfina num contexto de isolamento e num contexto que tendia a reproduzir a sua ecologia natural de vida. Observaram, deste modo, comportamentos diametralmente distintos: enquanto os animais que viviam em isolamento e em condições muito desconfortáveis revelaram um grande apetite por aquelas substâncias, os que estavam a viver em boas condições ecológicas pouco apetite demonstraram (Alexander, 1994);
- 2.º Os Estados Unidos dispõem do mais fiável sistema de informação neste campo a nível institucional. Este é coordenado por um organismo público — o National Institute on Drug Abuse (NIDA) — que, nomeadamente, promove todos os anos inquéritos — nacionais, locais e por segmentos populacionais — sobre o consumo de drogas ilícitas. Em todos os seus relatórios anuais se apresentam os padrões de uso experimentais e ocasionais (por vezes, também designados por recreacionais) como sendo os estatisticamente prevalentes para qualquer das substâncias ilícitas²²;
- 3.º Existe um significativo corpo de investigações realizadas em meio natural, principalmente nos Estados Unidos, que mostra que a progressão linear em direcção à dependência não é uma fatalidade associada ao consumo das drogas ilícitas, inclusive das ditas duras (heroína e cocaína), e que uma grande proporção de consumidores destas substâncias as utilizam num regime ocasional ou numa base regular controlada²³.

Como interpretar então esta crença generalizada na escalada da *droga*? A equipa de investigadores de uma pesquisa realizada em Buenos Aires, que também observou esta mesma crença, adiantou a hipótese de «que, no caso dos adultos, estes dão a impressão de não acreditarem no fundo em tal escalada, mas sustêm a hipótese como único recurso disponível para advertirem os filhos do perigo das drogas» (Kornblit *et al.*, *op. cit.*, p. 76). Neste caso estaríamos perante um mecanismo que poderá ser interpretado como um dispositivo cognitivo de segurança para lidar com um risco percebido como inaceitável. Seja como for, ocorra um maior ou menor grau de incerteza cognitiva quanto ao que resulta do uso de *droga*, persiste a pergunta: donde provém o extremo perigo associado à *droga* que fundamenta o interdito simbólico?

²² A frugalidade prevalecente nos padrões de uso de todas as drogas ilícitas poderá ser colhida, por exemplo, no último relatório do NIDA (National..., 1997, vol. 1). Uma análise dos dados dos estudos do NIDA ao longo da década de 80, onde se evidencia a predominância dos padrões de uso experimentais e/ou ocasionais, poder-se-á encontrar em Akers (1992), Stephens (1992) e Goode, *op. cit.*

²³ Já abordei este tema em artigo anterior (Valentim, 1998a). Neste domínio crucial são incontornáveis os trabalhos de Waldorf *et al.* (1991) e Ditton e Hammersley (1996) no que respeita aos padrões de uso da cocaína e os de Nurco *et al.* (1981), Johnson (1984) e Zinberg (1984) para os da heroína.

Este perigo é primacialmente construído através de um duplo ocultamento: 1.º o ocultamento, por um lado, de todo o tipo de práticas *não* problemáticas de relacionamento com a *droga* e, por outro, do facto de a fonte das práticas problemáticas se localizar, em boa parte, nas próprias respostas sociais à *droga*; 2.º o ocultamento deste ocultamento assegurado através da produção simbólica institucional da execração da *droga*.

Como já anotei, o regime de proscricção da *droga* produz toda uma gama de práticas sociais em torno da *droga* que a situam no registo de problema social. Deste modo, é gerada uma reserva de evidência empírica sob a qual se formam, circulam e reproduzem as crenças, tais como a da escalada. É na legitimação hegemónica que se alicerça esta absolutização da *droga* através de um compósito representacional tendente a anular toda a diversidade, ambivalência e contingência presentes nas práticas de uso das drogas ilícitas.

Esta concepção farmacocêntrica da *droga* «adicta», não se circunscreve ao saber indígena e integra mesmo o núcleo duro da representação hegemónica da *droga* que orienta os principais actores institucionais do campo da *droga*. Em Portugal, por exemplo, o relator do Conselho Nacional de Ética é explícito na referência que faz quanto ao facto de o «consumo de drogas leves ser via de acesso habitual ao consumo de drogas duras» (Braga da Cruz, *op. cit.*, p. 12), referindo-se sempre ao consumo de cocaína e heroína em termos de uso compulsivo. As próprias práticas penais seguidas pelo sistema judicial em relação às violações da lei da *droga*, nomeadamente no que respeita àqueles acusados de posse de canabinóides, são orientadas por tais teses, as quais, como já sublinhei, são infundadas²⁴.

Mas onde esta crença recebe a sua legitimação mais poderosa é na autoridade pericial dos técnicos da *droga*. Em Portugal deve-se a Nuno Miguel a teorização mais formalizada da concepção farmacocêntrica do uso de *droga* e da toxicoddependência. Questionando se o tabaco, o café, o álcool, o haxixe, a heroína e a cocaína deveriam ser consideradas drogas, responde Nuno Miguel: «Penso que devem ser consideradas drogas todas as substâncias que tenham um efeito psicoactivo notório e procurado e cujo consumo tende a tornar-se um fim em si, substituindo todos os outros objectivos e prazeres da vida. Isto sucede com a cocaína, heroína, haxixe; não sucede com o chá, café, tabaco (apesar de todos os prejuízos que estas substâncias

²⁴ Para exemplificar a impregnação da crença da escalada em todos os níveis institucionais em Portugal, cite-se o caso daquela jovem condenada por ter sido detida na posse de uma pequena quantidade de haxixe, podendo ler-se o seguinte trecho na sentença dada pelo o juiz: «A arguida detinha apenas 26 mg de um estupefaciente que poderá considerar-se apenas moderadamente danoso — o haxixe —, seja em termos de saúde do consumidor, seja em termos sociais, sabendo-se, em todo o caso, que é com esta substância que se dá a iniciação de muitos toxicoddependentes, que a partir daqui dão o salto para drogas mais perigosas e nocivas: as drogas leves são a porta de entrada para outras exigências e apetências que conduzem ao uso e abuso das drogas duras» [STJ, 5/12/1990, proc. 41 292, *Act. Jur.*, ano 2, n.ºs 13/14» (AA.VV., 1995, p. 97).

possam causar à saúde), e pode suceder com o álcool» (Miguel, 1993). Assim, este psiquiatra julga encontrar um denominador comum na bioquímica das substâncias psicoactivas ilícitas que as unifica e as distingue das lícitas²⁵. Qual será, pois, este elemento bioquímico comum? Num artigo recente explicita-o: trata-se «de um prazer especial [...] um prazer automático, não elaborado [...] ao contrário dos outros prazeres mediatizados pelos órgãos dos sentidos», que será tão potente que «desliga a pessoa de experimentar prazer de outra forma» (Miguel, 1997, p. 26).

Através de uma ontologização farmacológica é, assim, sustentado que só as drogas ilícitas são *droga* porque, independentemente de serem nocivas à saúde, «tornam-se» o centro de vida das pessoas. Se tal ocorre, é-nos afirmado, é porque provocam prazer. Mas não qualquer prazer — um prazer automático, primitivo. Está, assim, lançado o mesmo anátema moral sobre o uso de *droga* que recai, por exemplo, sobre certa sexualidade. De facto, à semelhança do processo já analisado no campo da sexualidade (Foucault, 1994), é um critério de moralização de prazeres, subjectividades e estilos de vida que anima esta conceptualização de *droga*²⁶ e que a faz reconduzir à velha noção dos *venenos da alma*, de há longa data legitimadora da repressão. Assim, este movimento é recuperado e rebaptizado em termos de venenos do cérebro, exprimindo, nestes moldes, as exigências de dominação simbólica da modernidade que tornaram a medicina uma das mais importantes instituições de regularização social normativa, num processo em que incorporou e tomou o lugar de instituições tradicionais, como a religião (Zola, 1997). A apresentação dos malefícios das drogas ilícitas obedece, assim, à estratégia reificadora de omitir todos os elementos relativos ao «indivíduo» e ao «contexto» — doses, frequências, modos de administração, condições de acesso, etc. —, como os efeitos (múltiplos) das substâncias são reduzidos estritamente

²⁵ Esta concepção de *droga* é dominante na corporação médico-terapêutica em Portugal, como se depreende do abaixo-assinado que 84 toxicoterapeutas assinaram a repudiar uma entrevista de Eurico Figueiredo e onde afirmam: «É errado comparar a heroína, a cocaína e o haxixe com o chá, o tabaco e o café, porque, embora estas substâncias possam ser nocivas à saúde, não têm a característica essencial das drogas, que é tornarem-se o centro da vida das pessoas» (jornal *Público* de 27-2-94).

²⁶ A definição de *droga* da OMS abrange todas as substâncias psicoactivas, independentemente do seu estatuto legal (United..., *op. cit.*, p. 10). A contestação científica à hierarquia normativa destas substâncias tem-se avolumado nos últimos anos, vindo recentemente o Conselho Nacional de Ética francês reconhecer que «a distinção entre drogas lícitas e ilícitas não reenvia para nenhuma base científica coerente», porque «não corresponde aos critérios científicos da classificação dos produtos considerados, quer este sejam em função do seu modo de acção, dos seus efeitos no SNC ou dos riscos que apresentam» (Comité..., 1996, pp. 124-127). Mais recentemente, um grupo de peritos elaborou um relatório a pedido do ministro da Saúde francês em que classifica as substâncias psicoactivas em três grupos, apresentando-os na seguinte ordem decrescente de perigosidade: 1.º grupo: heroína, cocaína e álcool; 2.º grupo: psicoestimulantes, alucinogéneos, tabaco e as benzodiazepinas; 3.º grupo: os canabinóides (Frydman e Martineau, 1998, pp. 43-47).

te a um único — o hedónico —, sob o qual escorre, de resto, a implícita moral negativa de fundo judaico-cristão.

Este enunciado farmacocêntrico da visão médico-psicológica dominante representa a projecção de um discurso moral num discurso técnico-científico: ambos estão povoados por uma simetria de centralidades — a hedónica e a do sofrimento, constituindo este último o tributo a pagar pela entrega aos prazeres «primitivos» da *droga*. A dinâmica de «escravização» descrita expõe-nos esta marcada centralidade hedonista explanatória, no âmbito da qual o sofrimento se constitui como que o fotograma, em negativo, da prova do mesmo filme. Este processo é-nos descrito nos seguintes termos — a *droga*, como sujeito da acção, encerra a pessoa num cárcere químico: a heroína, diz-nos a psiquiatra Maria Emília Leitão, «domestica as consciências» (Leitão, 1995, p. 21). O encarceramento instala-se insidiosamente, porque os consumidores de *droga* «introduzem voluntariamente o inimigo dentro das suas muralhas, cavalo de Tróia que não perceberam que altera quimicamente o seu funcionamento psicológico, que destrói por dentro as suas forças, as suas defesas, a sua vontade» (Miguel, 1995, p. 21). O consumidor orienta-se no início pela procura do prazer (o tal prazer primitivo), mas depois já só é para evitar o desprazer, o qual provém de duas fontes: pelos «castigos» corporais dos estados de privação e pela procura ininterrupta do intenso prazer inicial memorizado e que se vai perdendo na carreira. Nuno Miguel explicita-nos esta mecânica da *droga* que coloca o seu utilizador a funcionar como *robot*: «No limite a pessoa que se droga tende a não encontrar mais nenhum prazer senão o da própria droga, convertendo-se esta, assim, no único interesse, no centro da sua vida. Mas um contacto mais aprofundado com os toxicodependentes permite-nos perceber que só nos primeiros tempos de consumo de drogas o prazer é experimentado desta forma. Depois já não existe prazer, a droga é utilizada para não se sentirem mal. Há apenas a memória de um prazer» (Miguel, 1997, p. 26).

Conclui-se daqui que o aprisionamento do toxicodependente na tentacularidade hedónica da *droga* atravessa toda a sua carreira — inicialmente sob forma positiva (a procura intensa de prazer primitivo), mas depois continua sob forma negativa (a procura em evitar o desprazer). Este processo — tal como nos é descrito — tem uma dimensão física, mas é primordialmente psíquico. Deriva de um funcionamento psíquico patológico dedutível pela e na entrega à dependência por uma substância: «a verdadeira intoxicação do toxicodependente é psíquica, é a intoxicação do pensamento» (Patrício, 1997, p. 164). De toda esta visão sobre a toxicodependência e sua etiologia retira-se o seguinte corolário terapêutico hegemonicamente seguido em Portugal: tratar esta patologia significa *libertar* o doente, mas tal só se consegue tratando a psicopatologia de que o doente sofre, o que requer «abrir a sua história pessoal» (Patrício, 1997, p. 74). Assim, a patologia define-se na circularidade entre doença-bioquímica e doença-psíquica.

Reconheçamos que esta formulação da patologia, ao aliar duas tradições do campo de conhecimentos médicos — a biomédica e a psicológica (Laplantine, 1991) —, é manifestamente operacional. Por um lado, apondo-se à *droga* de forma reificada a perda da liberdade, legitima-se tecnicamente o calvinismo farmacológico anunciado pela normatividade convencional. Por outro lado, remete-se a toxicod dependência para uma entidade categorial patológica em função da perturbação comportamental explícita e da «intoxicação psíquica» implícita²⁷, propondo-se a correcção da primeira através do tratamento da segunda. Deste modo, assegura-se que o uso de *droga* detém um espaço autónomo no quadro geral de patologias psíquicas e, como tal, o seu tratamento requer a aplicação das tecnologias específicas para este efeito — as psicoterapias —, só possíveis de serem manejadas por profissionais habilitados para o efeito — os toxicoterapeutas. O tratamento da toxicod dependência constitui-se como a aplicação de tecnologias de normalização do pensamento e do comportamento e, à luz desta concepção, equivale a um acto de exorcismo: trata-se de extirpar da mente e do corpo do dependente o hedonismo que lhe retira a liberdade e, para tal, é indispensável recorrer ao seu elemento contrário. Assim, a estratégia terapêutica salvífica da abstinência passa (também) pela aprendizagem do sofrimento, num processo expiatório em que se utilizam, como instrumentos redentores, as técnicas psicoterapêuticas.

Como se sabe, muitos consumidores de *droga* resistem a este processo de categorização. Por isso, verifica-se que os modelos de tratamento enunciam como etapa inicial do processo psicoterapêutico «ajudar os dependentes a reconhecerem-se como pessoas doentes» (Carrilho, *op. cit.*, p. 166; Patrício, 1997, p. 155), facto este que nos revela a importância da hermenêutica terapêutica na construção identitária patológica.

Ora, perante a pluralidade e multidimensionalidade dos usos de drogas ilícitas — que também atravessam os regimes mais regulares e intensos —, haverá que colocar a questão em relação a este projecto nosológico padronizado e trans-cultural em que a visão médico-psicológica encerra a toxicod dependência: a patologia tem a sua etiologia na centralidade hedónica ou tal só é inteligível em função da prévia centralidade definitória da centralidade hedónica para este efeito classificatório?

²⁷ Poder-se-á afirmar que este termo usado pelo psiquiatra L. Patrício é vazio de sentido e corresponde a uma migração abusiva para a dimensão psicológica do firme conceito de *intoxicação* fisiológica das ciências biomédicas. No entanto, esta aparente vacuidade semântica — que apenas pretende referir um funcionamento indevido da *psique* — serve eficazmente o propósito político que a move, a saber, o de constituir uma categoria discursiva aglutinadora da dispersão de teorias (e dos seus partidários) que, no campo psicológico e psiquiátrico, se alinham na explicação da toxicod dependência, desde as teorias das personalidades toxicofílicas, passando pelas versões psiquiátricas de orientação psicanalítica, que a explicam através das carências narcísicas, e pelas versões psiquiátricas de fundo mais comportamentalístico, que privilegiam os défices de auto-estima.

É inegável que existe um conjunto de operações definitórias de legitimação da «doença» fundadoras dos enunciados produzidos por esta visão. Desde logo, o efeito hedónico é apresentado em termos de um reducionismo biologista que carece de fundamento à luz da própria investigação neurobiológica e é contrariado por dados recolhidos em diferentes investigações. De facto, os opiáceos sensibilizam simultaneamente diferentes tipos de receptores do sistema nervoso central e, de acordo com a sua farmacodinâmica, produzem três grandes tipos de efeitos: analgésicos, sedativos e euforizantes (Escohotado, 1995, pp. 41-79). Se é certo que todos os opiáceos contêm propriedades de adaptação da substância ao organismo e produzem um significativo efeito de sensibilização euforizante, também é certo que, por um lado, têm uma reduzida toxicidade e, por outro, possuem uma potente acção analgésica e sedativa (Goode, *op. cit.*, pp. 292-295). Estas são, de resto, as propriedades que conferem aos opiáceos um assinalável valor terapêutico, inclusive no caso da heroína, e que explicam o facto de esta nunca ter deixado de ser usada na Grã-Bretanha no tratamento da dor (Trebach, 1982).

Mas também as investigações em meio natural vieram mostrar que há uma variabilidade de efeitos de todas as substâncias psicoactivas em função das expectativas e do contexto no âmbito dos quais o seu consumo tem lugar (Lindesmith, 1972; Becker, 1980; Zinberg, 1984; Agar, 1985). Estes estudos vieram comprovar a importância do processo cognitivo na produção de efeitos das substâncias psicoactivas, o que se dilucida particularmente (a) em situações de efeito *placebo* em que ocorrem efeitos-*droga* sem haver ingestão de *droga* (Gossop, 1996, pp. 18-26), (b) no facto de os doentes oncológicos tratados com morfina e heroína interpretarem os seus efeitos no quadro da acção terapêutica a que estão a ser sujeitos (Trebach, *op. cit.*) e (c) nas atribuições de sentido (que incluem também as «sem sentido») que induzem a diferentes *estados alternados*²⁸, o que, manifestando-se no uso de todas as substâncias psicoactivas, adquire expressões culturais mais marcadas com canabinóides, alucinogéneos (Weil, 1986; Fatela, 1991), e no uso da substância que constitui o mais recente alvo da cruzada farmacológica — o MDMA, vulgo *ecstasy* (Saunders, 1996; Chaves, 1998).

Referir o prazer, no âmbito de um processo estritamente bioquímico (e não cognitivo), como efeito único das substâncias ilícitas, que as distinguiria das lícitas, não só é redutor do ponto de vista neurofarmacológico, como é pressupor um funcionamento segmentado do cérebro na estrita base de cada uma das administrações das substâncias. Porém, conforme nos refere um investigador do

²⁸ Utilizo aqui este conceito, tendo intencionalmente rejeitado o de «estados alterados». Este último conceito subentende que os estados habituais da consciência, além de serem os mais frequentes, são os normativamente rectos, proporcionando, assim, o padrão moral de uma política de consciências face ao qual todos os não habituais constituem um «desvio» Sobre a problemática da consciência e dos seus múltiplos estados, v. Zinberg (1977).

Instituto Nacional de Saúde francês, «o acto de consumo de drogas compreende uma sensibilização neuronal que não só regista os efeitos de reforço despoletados pela activação do sistema dopaminérgico, como tem armazenada a memória das condições ambientais em que decorre(ra)m as presentes e passadas administrações sensibilizantes, respondendo, assim, aos estímulos em função de um significado adquirido pela aprendizagem. Assim, a informação neuronal resulta de um tratamento que se realiza não apenas através da integração elaborada do acontecimento imediato, mas também de todas as informações que se acumularam ao longo da ontogénese» (Tassin, 1994, p. 122).

Procurar explicar sentimentos e emoções (como é o prazer) estritamente através de neurotransmissores (como são as sinapses com dopamina) constitui a apropriação da neurobiologia num projecto de reducionismo positivista (Percheron, 1988), pois estas sinapses são significantes sem significados. O que confere significado à informação que resulta da activação dos neurotransmissores é algo que a neurobiologia não pode explicar, porque faz parte da subjectividade, cujo *locus* se situa no mundo dos estados mentais — o «mundo 2» popperiano (Popper e Eccles, 1991). De facto, pergunta-se: o que permite distinguir os estados emocionais associados ao consumo de heroína, aos quais só se tem acesso através das objectivações semânticas utilizadas por aqueles que os experenciam e os exprimem como «prazer», ou como «bem-estar», ou como «relaxamento», ou como «tranquilidade»? A única resposta possível é que a distinção assenta na atribuição de sentido, que, por sua vez, é fruto de uma significação engendrada num contexto de uso da substância sob um caldo de representações que se dispõe sobre estas práticas.

Este empreendimento da execração da *droga*, em regra impregnando a visão médico-psicológica do «flagelo» e vincadamente assumido pela corporação toxicoterapeuta em Portugal, emerge como uma legitimação do normativismo convencional. Se o projecto de ordenação moral dos estados corporais e das subjectividades comanda a intervenção da medicina na modernidade (Lupton, 1994), no «combate ao flagelo», a moralística que difunde nem sequer se insinua em subtexto, mas plasma-se explicitamente em todas as formalizações racionalizadoras.

Por vezes, é mesmo apresentada com petulância, como acontece com Luís Patrício, quando disserta que «o aspecto transcultural, a perversão dos próprios hábitos inatos a um certo povo, o consumismo até nas drogas e o vale tudo para ter prazer ou evitar o desprazer, é que é novo na nossa cultura, é que põe em causa as nossas referências, a nossa identidade» (Patrício, 1989, p. 226), ou quando escreve: «[...] a droga substância, a droga prazer, a droga alívio do desprazer — trata-se, pois, de uma droga de atitude a de consumir quase tudo sem critério, de consumir drogas para desbundar, para não sentir» (Patrício, 1995b, p. 151). Assegurando o dispositivo médico-terapêutico esta crucial função de regulação normativa, compreende-se que esta objectivação situe o efeito-*droga* numa forma de sentir e agir «indevidos» — um hedonismo desenfreado,

como lhe chama o relator do Conselho Nacional de Ética, ou um prazer primitivo, segundo a explicação médico-psicológica²⁹.

Outra visão, porém, surge se analisarmos as funções e os efeitos das drogas ilícitas, não do ponto de vista do lugar estrutural que ocupam na simbólica dominante, mas do ponto de vista daqueles que as consomem. Desta perspectiva concluir-se-ia que aqueles efeitos são pautados pela diversidade, não se circunscrevendo ao estereótipos da procura hedónica anómica ou da fuga da vida. A este respeito, é frequente referenciar nos tempos correntes o tipo de utilização que era dada à heroína no princípio do século, quando ainda não tinha sido erguido o regime proibicionista, isto é, como «calmante da vida afectiva». Neste sentido, alguns autores têm chamado a atenção (Solal, 1991: Ehrenberg, *op. cit.*; Caiata, 1996) para o facto de as drogas ilegais (*maxime* a heroína) emergirem crescentemente no âmbito de consumos integrados em modelos de normalização da acção, oscilando entre registos funcionais e de automedicação, com o propósito de aumento da autoconfiança e dirigida à gestão de estados emocionais, à semelhança da função que desempenha o consumo banalizado de benzodiazepinas e de antidepressivos.

Poderemos, em suma, sistematizar a racionalização da execução da *droga* apresentada em Portugal sob a visão médico-psicológica dominante como estando distribuída por três planos teórico-discursivos reificadores da *droga*:

- a) Um de natureza *biológica* e que diz respeito à equivalência *droga*-dependência, entendendo-se esta como resultante de um processo bioquímico de auto-indução;
- b) Outro de natureza *psicológica* e que diz respeito à equivalência *droga*-défice de competências psíquicas e relacionais, entendidas como integrando um desenvolvimento biopsíquico essencialista dos seres humanos: atributos como a autonomia, a boa auto-estima, a capacidade de fazer projectos e planear o futuro referenciarão este percurso;
- c) Finalmente, outro de natureza *moral* e que diz respeito à equivalência *droga*-prazer animal, o qual, tendo a sua raiz no tradicional puritanismo, surge formulado sob duas retóricas: a *técnica*, sustentada na neurobiologia do prazer primitivo, e a *moralística*, transmitida pela discursividade da ausência de valores morais inerente ao acto de se drogar.

²⁹ Este deslize do discurso do terreno técnico para o terreno da moralística denuncia o propósito normativo da retórica pericial. Assim, até um especialista reputado como Nuno Miguel chega ao ponto de afirmar que compreende as intervenções que procuram resolver o problema da toxicoddependência no terreno da fé porque, se esta «é uma forma de encontrar prazer e de submeter a vida à escravidão do prazer imediato, se pudermos dizer que a realização é a procura de outro tipo de interesses, de outro tipo de objectivos, de outro tipo de sentido para a vida diferente do prazer imediato, então isto aparece a algumas pessoas como uma resposta possível ao problema da toxicoddependência» (Miguel, 1994, p. 254).

Importante é anotar que, hoje em Portugal, estes três planos não se integram em discursos autónomos, mas num único discurso³⁰ — o da visão médico-psicológica dominante — que, consoante os contextos institucionais e interaccionais, poderá fazer salientar um em relação aos outros, mas sempre reservando o plano neurobioquímico como caução científica para a imperatividade coerciva do seu discurso.

A DROGA CRIMINOSA

Como elucidada a teorização clássica interaccionista do desvio (Becker, 1995), o crime não é uma propriedade dos actos, mas resulta da significação que sobre os mesmos recai, a qual se projecta a partir de um sistema de poder que promove uma conformação normativa socialmente orientadora e ordenadora das práticas sociais. A tipicidade das crenças difundidas pelas normas dominantes reside na naturalização com que recobrem os actos incriminados: o crime passa a surgir como um dado externo que deriva das características dos actos em si e não da definição social que valora tais actos.

O regime legal promove a naturalização da *droga* enquanto coisa criminosa em si: proteger a sociedade da *droga* também é protegê-la do crime³¹. Como se opera esta naturalização? Recorrendo aos conceitos de Giddens, distinguem-se dois níveis:

- a) Na consciência prática ocorre a interiorização da explicação *a droga causa crime*, sob o amalgamento homogeneizador de actores e práticas que gera a colocação da *droga* no território da ilegalidade/desvio. A *droga* é, deste modo, simultaneamente fundida no crime e símbolo deste;
- b) Na consciência discursiva racionaliza-se a atribuição criminógena em duas ordens de factores: 1.º nas propriedades das substâncias que conduzirão a comportamentos sociais indesejáveis, seja por efeito de

³⁰ J. B. Davies esclarece-nos esta fusão dos modelos biomédico, psicológico e moral na explicação da toxicodpendência neste limiar de século ao anotar: «[...] não existe diferença entre as explicações científicas (como, por exemplo, as do impacto farmacológico na transmissão neuronal) e explicações em termos de força de vontade, capacidade para tomar decisões, intenções, e outras do género. Pode argumentar-se que estas últimas são termos de conveniência retirados do nível da fenomenologia, simplesmente porque se referem a acontecimentos com os quais nenhuma farmacologia ou fisiologia pode lidar, mas que ultimamente passaram a ser explicadas a este nível. Assim, não há diversos tipos de explicações em disputa, mas apenas uma» (Davies, *op. cit.*, p. 46).

³¹ No mais recente relatório do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência pode ler-se: «Apesar de o delito de consumo de drogas ilegais estar definido de forma diferente nos Estados membros, um princípio é comum a todas as legislações — a defesa da saúde pública e a protecção da sociedade dos crimes relacionados com a droga» (European..., 1998, p. 79).

alterações psicofisiológicas ou por efeito de estados de privação; 2.º na atribuição de uma violência imanente à «cultura da *droga*».

A hegemonização da crença de que *a droga causa crime* produz-se através da formação de uma reserva de evidência empírica no jogo de ocultamentos-revelações que acompanha esta forma de dominação social. Em concreto, (a) no ocultamento de que a nocividade da *droga* (sobredosagens doenças infecciosas, degradação psíquica e física geral dos consumidores) ocorre num contexto de precarização, clandestinidade e violência decorrente da sua proibição/repressão e (b) na deslocação da atribuição da nocividade e da violência para a própria substância/*droga*, sob forma de revelação hipostasiada³². O espectáculo mediático feito em torno das apreensões de *droga* cumpre a missão de difundir esta crença ao «comprovar» o mundo criminoso que rodeia a *droga*. Não surpreende, assim, que os dados da pesquisa mostrem esta centralidade do crime no espaço semântico da *droga*: a delinquência surge como a segunda categoria mais citada pelos párocos e quinta nos médicos.

Apesar de a legitimação do interdito da *droga* invocar razões sanitárias e de protecção da sociedade, dispõe-se hoje de estudos históricos (Bruun *et al.*, 1975; Nadelmann, 1990; Musto, *op. cit.*) que evidenciam como a montagem do regime proibicionista obedeceu a um processo de hegemonização política e cultural dos países do centro (em particular, dos EUA), para o qual contribuíram não só sectores políticos que procuraram aqui uma forma de controle de minorias étnicas, mas também uma aliança entre diversos grupos de «empreendedores morais» com os interesses corporativos ligados ao higienismo social emergente no século XIX, num processo de salvaguarda de uma ordem político-moral de «mente sã em corpo sã». Nos EUA o aparecimento de uma cultura criminal associada ao consumo de narcóticos localiza-se apenas na segunda década deste século e está estreitamente relacionada com uma aplicação dura do Harrison Act de 1914, que conduziu a que nessa década fosse interditada a própria possibilidade de os médicos prescreverem opiáceos. Até então os narcóticos eram vendidos e consumidos livremente³³, mas não havia

³² Poder-se-á colher no parecer do Conselho Nacional de Ética português um exemplo deste processo de hegemonização por ocultamento do regime proibicionista como segregador das práticas censuradas e dos efeitos nefastos descritos. Assim, lê-se neste parecer: «A toxicod dependência tem manifestos efeitos nocivos não apenas na saúde, como também na sociedade, com o alastramento de epidemias, como a SIDA, a degradação da saúde dos cidadãos, a elevação do número de mortes por dose excessiva, e com o desenvolvimento da criminalidade — quer a criminalidade directa, que se traduz sobretudo nos furtos e roubos para aquisição de recursos para a compra e consumo da droga, quer a criminalidade indirecta ou subsequente, que ocorre com a criação de situações de marginalidade social (desemprego, desintegração, exclusão, prostituição)» (Braga da Cruz, *op. cit.*, p. 4). Nesta mesma linha v. artigo de um «psi» incluído numa das principais revistas do meio judicial (Ventura, 1997).

³³ A heroína vendeu-se ou livremente ou sob regime condicionado durante trinta anos e só foi retirada da farmacopeia ocidental em 1924, na sequência de uma grande pressão ame-

em torno destas substâncias nenhuma das categorias sociais que povoam o topo do pânico criminológico das sociedades contemporâneas (o narcotraficante, o *dealer*, o *junkie*), nem havia condutas delinquentes associadas ao seu consumo que tivessem relevância, como atestam os materiais históricos (Lindesmith, 1965; Brecher, *op. cit.*, pp. 48-55; Goode, *op. cit.*, pp. 285-290). Cerca de sessenta anos após o lançamento dos primeiros dispositivos do regime de proibição, o mundo (a) confronta-se com uma proliferação de redes criminosas em torno do tráfico de narcóticos e (b) conhece uma nocividade muito agravada e letal associada ao consumo de narcóticos, factos estes sem nenhum relevo no início do século. Provavelmente, nenhum outro objecto social contemporâneo proporciona esta observação da construção social da doença e do crime pela lei como a *droga*. A *droga* constitui-se, assim, como um objecto social que comprova a profecia que se auto-realiza, em que a reacção social criminalizante e marginalizante produz, por ela própria, a realidade que a legitima.

Questionar-se-ão, no entanto, estas crenças face às ligações entre *droga* e crime, parecendo existir uma fenomenologia empírica de condutas que as atestam espontaneamente. Conquanto se tenha presente o processo de definição social que colocou a *droga* no território do desvio, processo este que unifica todo o tipo de práticas e significações que se lhe reportem, é possível dispor de estudos fundados que respondem à problemática levantada pelos dois tipos de crenças mais partilhadas na atribuição criminógena da *droga*, a saber, (a) que as propriedades das drogas ilícitas induzem a comportamentos anti-sociais e (b) que os efeitos do consumo de *droga* (principalmente da heroína) geram um comportamento económico e social dominado pela necessidade compulsiva de um abastecimento constante e ininterrupto, o que conduz os consumidores a entrarem numa espiral imparável de consumo/aprovisionamento/pauperização que desemboca inevitavelmente em práticas delinquentes de todo o tipo.

Ora o que nos dizem os estudos no que respeita à nefasta indução farmacológica de condutas? O criminologista Paul Goldstein desenvolveu um modelo de análise da relação *droga*-crime em três dimensões: (1) a *psicofarmacológica* (a única que se filia nas estritas propriedades das substâncias e como tal permite comparar as drogas ilícitas com as drogas lícitas), reportando-se aos efeitos induzidos pelas substâncias no comportamento, como sejam o enfraquecimento cognitivo (por exemplo, a paranóia) ou a instabilidade emocional (por exemplo, a irritabilidade), (2) a da *economia compulsiva*, relacionada com a violência associada ao financiamento do consumo, (3) e a *sistémica*, relacionada com a violência intrínseca aos modos de

ricana (Musto, *op. cit.*, pp. 183-209). Porém, a Grã-Bretanha, face à firme posição da sua associação médica, recusou abolir o uso de heroína para fins médicos, continuando esta, por isso, a ser utilizada quer nos cuidados da dependência de heroína, quer ainda no tratamento da dor (Mott e Bean, 1998). Já nos anos 70 a heroína foi também reintroduzida no Canadá para ser utilizada no tratamento de doenças oncológicas (Giroux, 1988).

vida seguidos na actividade mercantil da substâncias. Os resultados destes estudos mostram que, apesar de certos tipos de drogas ilícitas, particularmente os estimulantes, poderem estar associados ao comportamento violento, a maior parte dos crimes por indução farmacológica, controlando as variáveis sócio-demográficas correlacionadas com o crime, continua a envolver o álcool. Estes mesmos estudos demonstram que a primacial violência relacionada com a *droga* é uma violência social sistémica, muito associada às transacções do mercado ilícito, em que a *droga* é um epifenómeno da desorganização das comunidades decorrente da pauperização social que as marca (Collins, 1994).

Também a crença na natureza insuportável dos estados de privação da *droga* (a *ressaca* e o *craving*), que conduzirão o consumidor a uma compulsividade delinvente, é largamente partilhada. Em associação com a crença na escalada, integra o núcleo duro da simbolização demoníaca da *droga*. À semelhança do referido quanto à crença da escalada, também esta crença não é monopólio do saber indígena, mas integra a teoria implícita da *droga* dos actores institucionais, nomeadamente dos peritos técnico-morais³⁴. Ora diferentes estudos etnográficos (Hanson *et al.*, 1985; Vedelago, 1994; Grapendaal *et al.*, *op. cit.*) têm mostrado que existe uma diversidade de práticas adoptadas por consumidores regulares de heroína, os quais constroem os usos no tempo de forma não linear, em função de conjunturas contingentes e encontrando diferente tipo de respostas no caso de não terem acesso à substância. Como exemplos podemos citar (a) a procura de outra alternativa psicofarmacológica (álcool, sedativos, tranquilizantes, estimulantes), (b) a inserção numa solução oferecida pelo dispositivo sanitário (por exemplo, frequência de programas de manutenção com opiáceos), ou (c) a conformação com a abstinência farmacológica. Através destes estudos iluminou-se, assim, uma face oculta da *droga*, qual seja a de que a mesma frequentemente não é um objecto determinístico da vida das pessoas, mas constitui um mediador de práticas intencionais e funcionais integradas em modos de vidas «desviantes» que se configuram com uma racionalidade própria para os seus actores. Por outras palavras, o que estes estudos permitiram observar

³⁴ V. por exemplo, Ventura, *op. cit.*. Mas a caracterização estereotipada do toxicodependente não poderia receber melhor descrição do que aquela que Luís Patrício apresentou num colóquio de magistrados. Começando por afirmar que «o Dr. Nuno Miguel costuma dizer que quem se droga é quem não sabe fazer mais nada», perguntou e respondeu então este psiquiatra: «Será que é possível transmitir-vos o viver de um 'drogado', de um toxicodependente? 90% dos doentes das Taipas consomem heroína [...] E o produto nem é puro — é 'cortado' com várias substâncias que o adulteram. E a pessoa consome 'aquilo'. E aquilo é caro. E o corpo pede mais, ou para sentir prazer, ou para aliviar o desprazer [...] Há que recorrer a expedientes — vai-se a semanada ou o ordenado, vão-se os bens pessoais, familiares, desafia-se o delito. Um *agarrado* procura durante a tarde o esquema para arranjar o produto. Uma vez com ele, faz o descanso de tanto esforço para o arranjar, porque senão a manhã será horrível. E os esquemas, entenda-se, comportamentos paradelinquentes ou delinquentes, são quase todos admissíveis: pequeno tráfico, furtos, prostituição, etc.» (Patrício, 1989, pp. 226-227).

naturalisticamente é que as práticas regulares de consumo de drogas ilícitas estão menos associadas à criminalidade instrumental do que a que se referencia no imaginário dominante e que, quando se organizam neste tipo de práticas criminais, é porque estas proporcionam um modo de vida pleno de relevância significativa para os seus actores. É neste quadro, por exemplo, que Grapendaal e a sua equipa observam, no âmbito da investigação que realizaram em Amsterdão em torno do modo de vida *junkie*, que o crime para estes não é função do uso de *droga*, mas o nível do uso de *droga* é uma função do rendimento gerado através das práticas delinquentes, o que os leva a concluir, para um dos grupos que estudaram, que estes «não roubam em função do valor das drogas que consomem, mas que consomem drogas em função do valor que ganharam ou roubaram» (Grapendaal et al., *op. cit.*, p. 155).

De resto, um recente estudo realizado em Portugal também veio a corroborar as fragilidades da crença da compulsividade química delincente. De facto, a população encarcerada por criminalidade directa ou indirecta associada à *droga*, encontrando-se sob o manto da homogeneização categorial do toxicodependente, é uma população heterógena nas relações face à delinquência e ao consumo de *droga*. Distinguem-se, segundo este estudo, três grupos (Agra, 1998, pp. 16-19): o delincente-toxicodependente, o especialista da *droga*-crime e o toxicodependente-delincente. No primeiro grupo há precedência de carreira desviante antes do consumo de drogas e no segundo acentua-se uma criminalidade centrada no mercado ilícito. Apenas o terceiro grupo se aproxima mais do estereótipo, mas é um grupo minoritário face aos outros dois. Acresce que este facto, *per si*, também não comprova nesta população que as propriedades da substância foram determinantes na sua carreira desviante, porquanto seria necessário dispor de material mais fino quanto à inscrição das práticas de iniciação do consumo de *droga* nas trajectórias biográficas dos seus actores para se apurar se o consumo de *droga* é concomitante do início de uma carreira desviante construída no contexto do duplo processo de isolamento e associação diferencial que a estigmatização da *droga* gera.

Pode, assim, concluir-se que as propriedades farmacológicas das substâncias ilícitas não fornecem elementos relevantes que justifiquem autonomizar estas, face à sua natureza intrínseca, numa problemática do desvio e que serão antes as propriedades «sociais» e «económicas» que lhes são apostas, configuradas, nomeadamente, pelo seu regime legal, que trarão os elementos decisivos para a sua interpretação num quadro de desviância.

Neste quadro, a pesquisa procurou observar nos dois grupos estudados as crenças relativas à ligação *droga*/crime, conjugando dois indicadores, a saber, (1) *as drogas ilícitas arrastam as pessoas para a violência e a delinquência* e (2) *boa parte da delinquência associada às drogas ilícitas não deriva do uso destas em si, mas da sua proibição*. Da matriz resultante do cruzamento destes indicadores construiu-se uma variável compósita — *cren-*

ças sobre a droga/crime —, cujas categorias recolheram as frequências relativas que se apresentam no quadro n.º 4.

Crenças sobre a droga/crime
(em percentagem)

[QUADRO N.º 4]

	Droga causa crime	Lei e droga causam crime	Sem opinião	Lei causa crime
Párocos	74,2	12,9	13	6,5
Médicos	51,3	26,3	7,9	14,5

Verifica-se, assim, que a crença *a droga causa crime* recolhe uma larga maioria de adesões entre os párocos, mas já só é partilhada por metade dos médicos. Por seu turno, entre os médicos há uma minoria expressiva que crê na responsabilidade do regime legal na produção do crime.

A emergência da percepção de que o regime legal repressivo está a gerar efeitos colaterais indesejáveis é um dos dados actuais mais relevantes do campo da *droga* e denota que este não tem o enquistamento que a homeostase do seu funcionamento parece produzir. Parece, no entanto, que as micromudanças a que temos assistido recentemente nas regulações político-sociais que governam a *droga* têm uma origem exógena ao subsistema da *droga* e, em concreto, parecem ser engendradas no regime de trocas que este estabelece com outros subsistemas sociais. Dito por outras palavras, estas mudanças não parecem nascer do interior de um debate sobre o relacionamento da sociedade com todo o espectro de substâncias psicoactivas e sobre os quadros institucionais e interacionais mais adequados para integrar a utilização social das diferentes substâncias. Pelo contrário, parece ser a avaliação do prejuízo causado pelo subsistema da *droga* à racionalidade do funcionamento do sistema social no seu todo e em subsistemas específicos (como o da segurança, o da saúde ou ainda o da administração da justiça) que tem gerado os influxos de mudança naquele, os quais se traduzem tanto nas percepções como nas práticas de gestão do problema-*droga*.

CONCLUSÃO

O «combate à *droga*» na representação do «flagelo» sustenta uma intervenção erradicadora com base numa tecnicização social legitimante: ainda muito recentemente as Nações Unidas promoveram uma campanha mundial, executada pelos governos nacionais, subordinada ao lema da *sociedade sem droga*.

No quadro desta ordem hegemónica, os dispositivos médico-terapêuticos apresentam-se como prosseguindo um objectivo avalorativo — a defesa da saúde — com vista à protecção do indivíduo e da sociedade. Porém, a desconstrução da prática simbólica dos peritos do campo da *droga*, e em primeira linha a dos actores-chave do dispositivo técnico-profissional, revela que aquela está marcada por um constante «contrabando» entre ciência e moral, estando aquela colonizada por esta. Por outras palavras, o que primordialmente está em causa no discurso e na acção dos actores-chave do campo é a promoção de um projecto de moral social — a promoção da abstinência de *droga* como uma virtude moral, porque só num estilo de vida sem *droga* o ser poderá dignificar-se como *pessoa* (v. Fernandes, 1987, Miguel, 1994, e Patrício, 1995a). Deste modo, se a *droga* é ontologizada como, em si mesma, um atentado à saúde, é porque a modernidade incorporou na construída categoria de «saúde» o padrão de racionalismo moral que é violado na múltipla experencialidade sensitiva que se procura através da química destas substâncias.

A obstinação do «combate à *droga*» no absoluto reificador torna-se, assim, inteligível pelos fundamentos holísticos que recobre: trata-se menos de uma política de protecção sanitária e mais de uma política de controle de subjectividades incorporadas em ordem a promover um projecto profiláctico de sociedade que recupere a pessoa moral do ideal hegemónico racionalista reservado para o homem moderno.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1995), *Droga — Decisões de Tribunais de 1.ª Instância (1993), Comentários*, Lisboa, GPCCD.
- AGAR, Michael (1985), «Folks and professionals: different models for the interpretation of drug use», in *The International Journal of the Addictions*, 20 (1), pp. 173-182.
- AGRA, Cândido (1998), *Entre Droga e Crime — Actores, Espaços, Trajectórias*, Lisboa, Editorial Notícias.
- AKERS, Ronald L. (1992), *Drugs, Alcohol and Society — Social Structure, Process and Policy*, Belmont, Wadsworth.
- ALEXANDER, Bruce K. (1994), «L'héroïne et la cocaine provoquent-elles la dépendence? Au carrefour de la science et des dogmes établis», in Pierre Brisson (dir.), *L'Usage des drogues et la toxicomanie*, Boucherville (Quebeque), Gaetan Morin, vol. II.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996), *DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4.ª ed., Lisboa, Climepsi Editores (1994).
- BARATTA, Alessandro (1990), «Une politique rationnelle des drogues? Dimensions sociologiques du prohibitionnisme actuel», in *Déviance et société*, 14 (2), pp. 157-178.
- BECKER, Howard (1980), «The social bases of drug-induced experiences», in Dan J. Lettieri, Mollie Sayers e Helen Wallenstein Pearson (eds.), *Theories on Drug Abuse — Selected Contemporary Perspectives*, Rockville, NIDA.
- BECKER, Howard (1995), *Outsiders: études de sociologie de la déviance*, Paris, A. M. Métailié (1963).
- BERRIDGE, Virginia (1999), *Opium and the People: Opiate Use and Drug Control Policy in Nineteenth and Early Twentieth Century England*, Londres, Free Association Books.

- BOUHNİK, Patricia (1996), «Système de vie et trajectoires des consommateurs d'héroïne en milieu urbain défavorisé», in *Communications*, n.º 62, pp. 241-256.
- BOURDIEU, Pierre (1998), *Questions de sociologie*, Paris, Éditions de Minuit (1984).
- BRAGA DA CRUZ, Manuel (1996), *Relatório-Parecer 17/CNECV/96 sobre Liberalização da Droga e Despenalização do Seu Consumo*, Lisboa, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- BRECHER, Edward M. (1972), *Licit and Illicit Drugs*, Boston, Little, Brown and Company.
- BRUUN, Kettil; PAN, Lynn, e REXED, Ingemar (1975), *The Gentlemen's Club — International Control of Drugs and Alcohol*, Chicago, University of Chicago Press.
- BULART, C.; INGERFLOM, C.-S., e LAHAYE, D. (1989), «La drogue: fausses certitudes ou vraie ignorance», in *Symptome, Cahiers de l'IRS*, 1, pp. 59-70.
- CAIATA, Maria (1996), «La consommation contrôlée de drogues dures — une toxicodépendance d'intégration paradoxale», in *Psychotropes — Revue internationale des toxicomanies*, vol. 2, n.º 2, pp. 7-24.
- CALAFAT, Amador; STOCO, Paolo; MENDES, Fernando; SIMON, Joseph; VAN DE WIJINGAART, Goof; SUREDA, Maria Pau; PALMER, Alfonso; MAALSTÉ, Nicole, e ZAVATTI, Patrizia (1998), *Characteristics and Social Representation of Ecstasy in Europe*, Palma de Maiorca, IREFREA e Comissão Europeia.
- CANGUILHEM, Georges (1994), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF (1966).
- CARRILHO, Joaquim Margalho (1991), *Novos Avanços na Reabilitação da Dependência Química (Álcool e Droga)*, Lisboa, Tupam Editores.
- CASTEL, Robert, e COPPEL, Anne (1991), «Les contrôles de la toxicomanie», in Alain Ehrenberg (dir.), *Individus sous influence—drogues, alcools, médicaments, psychotropes*, Paris, Ed. Esprit.
- CHAVES, Miguel (1998), «Consumo de 'novas drogas': pontos de partida para a investigação sociológica», in *Toxicodependências*, 4 (2), pp. 15-23.
- COELHO, Maria Zara Pinto (1998), «Campanhas antidroga e moralização do jovem criminoso», in *Revista do Ministério Público*, n.º 75, pp. 101-114.
- COHEN, Peter, e SAS, Arjan (1995), *Cocaine Use in Amsterdam II — Initiation and Patterns of Use After 1986*, Amsterdam, University of Amsterdam.
- COLLINS, James J. (1994), Summary thoughts about drugs and violence, in Mario de La Rosa, E. Lambert e B. Gropper, *Drugs and Violence: Causes, Correlates and Consequences*, Rockville, NIDA.
- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ (1996), *Éthique et recherche biomédicale — rapport 1993-1994*, Paris, La Documentation Française.
- CONRAD, Peter, e SCHNEIDER, Joseph W. (1992), *Deviance and Medicalization — from Badness to Sickness*, Filadélfia, Temple University Press.
- CONSELHO PONTIFÍCIO DA FAMÍLIA (1992), *Do desespero à esperança*, Lisboa, Edição do Secretariado-Geral do Episcopado.
- DALLY, Ann (1990), «DrugSpeak», in D. M. Warburton (ed.), *Addiction Controversies*, Chur (Suíça), Harwood Academic Publishers.
- DAVIES, John Booth (1993), *The Myth of Addiction. An Application of the Psychological Theory of Attribution to Illicit Drug Use*, Chur (Suíça), Harwood Academic Publishers.
- DITTON, Jason, e HAMMERSLEY, Richard (1996), *A very greedy drug — cocaine in context*, Amesterdão, Harwood Academic Publishers.
- DUMONT, Louis (1992), *Ensaio sobre o Individualismo — Uma Perspectiva Antropológica sobre a Ideologia Moderna*, Lisboa, Publicações Dom Quixote (1983).
- EHRENBERG, Alain (1995), *L'Individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy.
- ESCOHOTADO, Antonio (1995), *Aprendiendo de las Drogas — Usos y Abusos, Prejuicios y Desafios*, Barcelona, Editorial Anagrama.

- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (1998), *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union — 1998*, Lisboa, EMCDDA.
- FALK, John (1996), «Environmental factors in the instigation and maintenance of drug abuse», in W. K. Bickel e R. J. DeGrandpre (ed.), *Drug Policy and Human Nature: Psychological Perspectives on the Prevention, Management and Treatment of Illicit Drug Abuse*, Nova Iorque, Plenum Press.
- FATELA, João (1991), «Drogues et ambivalences de la subjectivité», in Alain Ehrenberg (dir.), *Individus sous influence—drogues, alcools, médicaments, psychotropes*, Paris, Ed. Esprit.
- FÉLIX DA COSTA, Nuno (1998), «Proibir ou legalizar: como reduzir a nocividade do uso de drogas», in AA.VV., *Droga: Situação e Novas Estratégias*, Lisboa, Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- FÉLIX DA COSTA, Nuno, e FREIRE, Sofia (1998), «Evolução do atendimento de toxicodependentes em Portugal de 1991 a 1996», in *Toxicodependências*, 4 (2), pp. 55-69.
- FERNANDES, Barahona (1987), «O homem perturbado pela droga», in AA.VV., *Colóquio sobre a «Problemática da Droga em Portugal»*, Lisboa, Academia das Ciências de Lisboa.
- FERNANDES, Luís (1998), *O Sítio das Drogas — Etnografia das Drogas Numa Periferia Urbana*, Lisboa, Editorial Notícias.
- FERNANDES, Luís, e AGRA, Cândido (1991), *Uma Topografia Urbana das Drogas — Estudo Exploratório no Porto*, Lisboa, GPCCD.
- FOUCAULT, Michel (1977), *História da Sexualidade*, I, *A Vontade de Saber*, Lisboa, Edições António Ramos.
- FOUCAULT, Michel (1983), *Naissance de la clinique — une archéologie du regard médical*, Paris, PUF (1963).
- FOUCAULT, Michel (1994), *História da Sexualidade*, II, *O Uso dos Prazeres*, Lisboa, Relógio d'Água (1984).
- FRYDMAN, Nathalie, e MARTINEAU, Hélène (1998), *La drogue: où en sommes-nous? Bilan des connaissances en France en matière de drogues et de toxicomanies*, Paris, La Documentation Française.
- GIROUX, Claude (1988), «Les substances psycho-actives: repères pharmacologiques et physiologiques», in P. Brisson (dir.), *L'Usage des drogues et la toxicomanie*, vol. 1, Boucherville (Quebec), Gaetan Morin.
- GOFFMAN, Erving (1992), *Manicômios, Prisões e Conventos*, São Paulo, Editora Perspectiva (1961).
- GOLDMANN, Lucien (1972), *Dialéctica e Ciências Humanas*, Lisboa, Editorial Presença, vol. 1.
- GOODE, Eric (1993), *Drugs in American Society*, Nova Iorque, Macmillan.
- GOSSOP, Michael (1996), *Living with Drugs*, Aldershot, Ashgate/Arena.
- GRAPENDAAL, Martin; LEUW, Ed, e NELEN, Hans (1995), *A World of Opportunities: Lifestyle and Economic Behavior of Heroin Addicts in Amsterdam*, Albany, State University of New York Press.
- GRISONI, Dominique, e MAGGIORI, Robert (1974), *Ler Gramsci*, Lisboa, Iniciativas Editoriais.
- HANSON, Bill; BESCHNER, George; WALTERS, James, e BOVELLE, Elliot (1985), *Life with Heroin: Voices from the Inner City*, Lexington, D. C. Heath.
- HARDING, Geoffrey (1988), *Opiate Addiction, Morality and Medicine: from Moral Illness to Pathological Disease*, Nova Iorque, St. Martin's Press.
- HENRION, Roger (1995), *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Paris, La Documentation Française.
- HERZLICH, Claudine (1994), «Medicine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social», in M. Augé e C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal — anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Bruxelas, Éditions des Archives Contemporaines (1984).
- HUICI, Carmen, e MOYA, Miguel (1994), «Procesos de inferencia y estereotipos», in J. Francisco Morales (coord.), *Psicología Social*, Madrid, McGraw-Hill.

- ILLICH, Ivan (1977), *Limites para a Medicina — a Expropriação da Saúde*, Lisboa, Livraria Sá da Costa.
- INGLEBY, David (1982), «A construção social da doença mental», in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 9, pp. 87-113.
- INGOLD, Rodolphe, e TOUSSIRT, Mohamed (1998a), *Le cannabis en France*, Paris, Anthropol.
- INGOLD, Rodolphe, e TOUSSIRT, Mohamed (1998b), «Remarques introductives sur l'ethnographie dans le champ de la toxicomanie: l'expérience de l'IREP», in *Toxicoddependências*, 4 (3), pp. 39-48.
- INSTITUTO PORTUGUÊS DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA (1999), *Relatório Nacional sobre o Fenómeno da Droga e da Toxicodpendência — 1998*, Lisboa, Presidência do Conselho de Ministros.
- JOHNSON, Bruce D. (1984), «Empirical patterns of heroin consumption among selected street heroin users», in G. Serban (ed.), *Social and Medical Aspects of Drug Abuse*, Nova Iorque, Spectrum Publications.
- KAPLAN, John (1983), *The Hardest Drug: Heroin and Public Policy*, Chicago, University of Chicago Press.
- KORNBLIT, Ana Lía; VÉRON, Eliseo, e FRANKEL, Daniel (1990), «Relevamiento del mapa cognitivo de la población acerca de la drogadicción», in *Revista Paraguaya de Sociología*, n.º 79, pp. 73-87.
- LAPLANTINE, François (1991), *Antropologia da Doença*, São Paulo, Martins Fontes (1986).
- LEITÃO, Maria Emília (1995), «Antropologia médica e toxicodpendência — comentário», in *Toxicodpendências*, 1 (2), pp. 19-21.
- LERT, France, e FOMBONNE, Eric (1989), *La toxicomanie — vers une evaluation de ses traitements*, Paris, La Documentation Française.
- LINDESMITH, Alfred R. (1965), *The Addict and the Law*, Bloomington, Indiana University Press.
- LINDESMITH, Alfred R. (1972), *Addiction and Opiates*, Chicago, Aldine.
- LUKES, Steven (1997), «Conclusion», in M. Carrithers, S. Collins e S. Lukes (ed.), *The Category of the Person — Anthropology, Philosophy, History*, Cambridge, Cambridge University Press (1985).
- LUPTON, Deborah (1994), *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*, Londres, Sage Publications.
- MARTINS, A. G. Lourenço (1994), *Droga e Direito*, Lisboa, Editorial Notícias.
- MACINTYRE, Alasdair (1997), *Après la vertu — étude de théorie morale*, Paris, PUF (1981).
- MIGUEL, Nuno (1992), «A toxicodpendência na perspectiva médica», in AA.VV., *Livro Branco da Toxicodpendência*, Lisboa, Governo Civil do Distrito de Lisboa/Projecto Vida.
- MIGUEL, Nuno (1993), «Liberalização: sim ou não?», in *Boletim SPTT*, n.º 6, p. 9.
- MIGUEL, Nuno (1994), «A toxicodpendência: que visões, que respostas», in Centro das Taipas, *Colectânea de Textos*, vol. vi, pp. 252-255.
- MIGUEL, Nuno (1995), «Prefácio», in L. Patrício, *Droga de Vida, Vidas de Droga*, Venda Nova, Bertrand Editora.
- MIGUEL, Nuno (1997), «Toxicodpendência: uma perspectiva», in *Toxicodpendências*, 3 (1), pp. 25-28.
- MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS, MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT, MINISTRY OF JUSTICE AND MINISTRY OF THE INTERIOR (1995), *Drugs Policy in the Netherlands: Continuity and Change*, Rijswijk, Directorate of the Ministry of Health, Welfare and Sport.
- MINO, Annie, e ARSEVER, Sylvie (1996), *J'Accuse les mensonges qui tuent les drogués*, Paris, Calmann-Lévy.
- MORGAN, H. Wayne (1981), *Drugs in America — a Social History, 1800-1980*, Nova Iorque, Syracuse University Press.
- MOSCOVICI, Serge (1988), «Notes towards a description of social representations», in *European Journal of Social Psychology*, vol. 18, pp. 211-250.

- MOTT, Joy, e BEAN, Philip (1998), «The development of drug control in Britain», in Ross Comber (ed.), *The Control of Drugs and Drug Users: Reason or Reaction?*, Amsterdão, Harwood Academic Publishers.
- MUSTO, David F. (1999), *The American Disease — Origins of Narcotic Control*, Nova Iorque, Oxford University Press (1973).
- NADELMANN, Ethan (1990), «Global prohibition regimes: the evolution of norms in international society», in *International Organization*, 44, 4, pp. 479-526.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (1997), *Epidemiologic Trends in Drug Abuse*, Rockville, NIDA, 2 vols.
- NURCO, David; CISIN Ira, e BALTER, Mitchell (1981), «Addict carieres», I, «A new typology», II, «The first ten years», III, «Trends across time», in *The International Journal of the Addictions*, 16 (8), pp. 1305-1372.
- PARKER, Howard; BAKX, Keith, e NEWCOMBE, Russel (1988), *Living with Heroin: the Impact of a Drug Epidemic in an English Community*, Milton Keynes, Open University Press.
- PATRÍCIO, Luís (1989), «Problemática da droga», in Centro das Taipas, *Colectânea de Textos*, vol. I, pp. 224-228.
- PATRÍCIO, Luís (1995a), *Droga de Vida, Vidas de Droga*, Venda Nova, Bertrand Editora.
- PATRÍCIO, Luís (1995b), «Face à droga: tolerância, cumplicidade, firmeza ou rejeição?», in Centro das Taipas, *Colectânea de Textos*, vol. VII, pp. 150-153.
- PATRÍCIO, Luís (1997), *Face à Droga como (Re)Agir?*, Lisboa, SPTT.
- PERCHERON, Gérard (1988), «Neuromitologias: cérebro, indivíduo, espécie e sociedade», in P. Veyne, J.-P. Vernant, L. Dumont, P. Ricoeur, F. Dolto, F. Varela e G. Percheron, *Indivíduo e Poder*, Lisboa, Edições 70.
- PINA CABRAL, João (1996), «A difusão do limiar: margens, hegemonias e contradições na antropologia contemporânea», in *Mana*, 2 (1), pp. 25-58.
- POPPER, Karl R., e ECCLES, John C. (1991), *O Eu e Seu Cérebro*, Brasília, Editora Universidade de Brasília (1977).
- PRODI, G. (1994), «Saúde/doença», in *Enciclopédia Einaudi*, vol. 23, *Inconsciente-Normal/Anormal*, Lisboa, Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- RIGBY, K.; VIRGO, I.; RUSSELL, G., e CORMACK, S. (1992), «Occupational role and perceptions of substance misuse in Australia», in *The International Journal of the Addictions*, 27 (5), pp. 515-531.
- SAUNDERS, Nicholas (1996), *E comme ecstasy — MDMA, raves & culture techno*, Paris, Éditions du Lézard.
- SEABRA-DINIS, Tito (1987), «Condicionamentos das dependências», in AA.VV., *Colóquio sobre a «Problemática da Droga em Portugal»*, Lisboa, Academia das Ciências de Lisboa.
- SOLAL, Jean-François (1991), «Les médicaments psychotropes ou la dépendance confortable», in A. Ehrenberg (dir.), *Individus sous influence — drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Paris, Éditions Esprit.
- STEPHENS, Richard C. (1992), «Psychoactive drug use in the United States today: a critical overview», in T. Mieczkowski (ed.), *Drugs, Crime and Social Policy: Research, Issues and Concerns*, Boston, Allyn and Bacon.
- STIMSON, Gerry V. (1973), *Heroin and Behaviour: Diversity among Addicts Attending London Clinics*, Nova Iorque, John Wiley and Sons.
- SZASZ, Thomas (1994), *La persécution rituelle des drogués, boucs émissaires de notre temps: le contrôle d'État de la pharmacopée*, Paris, Les Éditions du Lézard (1974).
- TASSIN, Jean-Pol (1994), «Intérêts des recherches pharmacologiques pour la clinique», in Albert Ogien e Patrick Mignon, *La demande sociale de drogues*, Paris, La Documentation Française.
- TAYLOR, Charles (1998), *As Fontes do Self — a Construção da Identidade Moderna*, São Paulo, Edições Loyola (1989).
- TREBACH, Arnold S. (1982), *The Heroin Solution*, New Haven, Yale University Press.

- UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAMME (1997), *World Drug Report*, Nova Iorque, Oxford University Press.
- VALENTIM, Artur (1997a), «A construção social do problema-droga em Portugal: alguns dados sobre a evolução recente», in *Sociologia — Problemas e Práticas*, n.º 25, pp. 81-102.
- VALENTIM, Artur (1997b), *Representações Sociais da Droga e da Toxicod dependência: Um Estudo Empírico na Península de Setúbal junto de Párocos e Médicos*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, dissertação de mestrado.
- VALENTIM, Artur (1998a), «Droga, dependência e sociedade: uma incursão (crítica) no campo do pensamento sobre as drogas», in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 51, pp. 137-170.
- VALENTIM, Artur (1998b), «Droga e toxicod dependência nas representações de párocos e médicos», in *Análise Social*, n.º 145, pp. 55-90.
- VEDELAGO, François (1994), «La carrière sociale du toxicomane», in Albert Ogien e Patrick Mignon, *La demande sociale de drogues*, Paris, La Documentation Française.
- VENTURA, João Paulo (1997), «Toxicod dependência, motivação, comportamento delituoso e responsabilidade criminal: alguns nexos de comprovada causalidade», in *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 7, Julho/Setembro, pp. 461-482.
- WALDORF, Dan (1980), «A brief history of illicit-drug ethnographies», in C. Akins e G. Beschner, (ed.) *Ethnography: a Research Tool for Policymakers in the Drug and Alcoholic Fields*, Rockville, NIDA.
- WALDORF, Dan; REINARMAN, Craig, e MURPHY, Sheigla (1991), *Cocaine Changes — the Experience of Using and Quitting*, Filadélfia, Temple University Press.
- WEIL, Andrew (1986), *The Natural Mind — an Investigation of Drugs and the Higher Consciousness*, Boston, Houghton-Mifflin (1972).
- WEISHEIT, Ralph, e JOHNSON, Kathrine (1992), «Exploring the dimensions of support for decriminalizing drugs», in *The Journal of Drug Issues*, 22 (1), pp. 53-73.
- YVOREL, Jean-Jacques (1992), *Les poisons de l'esprit — drogues et drogués au XIX^e siècle*, Paris, Quai Voltaire.
- ZIMMER, Lynn e MORGAN, John P. (1997), *Marijuana Myths, Marijuana Facts: a Review of the Scientific Evidence*, Nova Iorque, Lindesmith Center.
- ZINBERG, Norman (ed.) (1977), *Alternate States of Consciousness — Multiple Perspectives on the Study of Consciousness*, Nova Iorque, The Free Press.
- ZINBERG, Norman (1984), *Drug, Set and Setting: the Basis for Controlled Intoxicant Use*, New Haven, Yale University Press.
- ZINBERG, N.; HARDING, W., e APSLER, R. (1978), «What is drug abuse?», in *Journal of Drug Issues*, 8 (1), pp. 9-35.
- ZOLA, Irving Kenneth (1997), «Medicine as an institution of social control», in P. Conrad (ed.), *The Sociology of Health and Illness — Critical Perspectives*, Nova Iorque, St. Martin's Press.

Comentado por Cristiana Bastos