

## Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de "drogas"

Mauricio Fiore<sup>1</sup>

Este trabalho é o resultado parcial de uma pesquisa de mestrado que visa analisar discursos médicos contemporâneos sobre uso de "drogas". Partindo do pressuposto de que as "drogas" e seu consumo não foram desde sempre questões públicas, buscar-se-á compreender alguns aspectos contemporâneos do fenômeno das "drogas" através de uma de suas vertentes mais importantes, a medicalização, entendendo-na como fundamental na composição de um dispositivo do uso de "drogas", que ordenaria a produção e reprodução de discursos sobre o tema. Através de dados obtidos em entrevistas, eventos, publicações e imprensa, algumas temáticas conceituais presentes nos discursos médicos serão levantadas para que seja mais bem compreendida a sua participação neste dispositivo. Entre estas temáticas, a complexa conceituação do termo "drogas" nos serve de exemplo inicial. De origem etimológica incerta<sup>2</sup>, seu significado farmacológico engloba todas as substâncias que provoquem alguma mudança fisiológica num corpo sem ser fundamental para sua sobrevivência. Mas, durante o século XX, o termo passou a ter outros significados, o que é revelado por esta manchete de capa do semanário *Veja*:

*MAIS UMA VÍTIMA: A polícia suspeita que um coquetel de droga, álcool e remédios matou a cantora (Cássia Eller), que havia dois anos lutava para se livrar da dependência de cocaína. (capa da revista *Veja*, edição 1733, ano 35 – nº .1–9 de janeiro de 2002).*

Pela definição farmacológica clássica, os quatro termos grifados poderiam ser definidos como "drogas", que, nesse caso, aparecia apenas como mais um item. Mas não é para a imprecisão conceitual da revista que se pretende chamar a atenção, ao menos quanto à linguagem da frase<sup>3</sup>, e sim para o exemplo da multiplicidade de significados que o termo detêm hoje. Na linguagem mais comum, "drogas" significam substâncias psicoativas ilícitas, como cocaína e maconha, não sendo este o único significado<sup>4</sup>. Assim, a questão do uso de "drogas" engloba uma série de controvérsias no debate contemporâneo, nas quais o discurso médico, objeto deste trabalho, tem participação importante.

<sup>1</sup> Graduado em Ciências Sociais e mestrando em Antropologia Social na USP, é bolsista da FAPESP.

<sup>2</sup> A etimologia da palavra é controversa. Debate-se se sua origem é bretã, grega, irlandesa ou francesa, mas a versão mais aceita a relaciona com o holandês (*droog* = seco), "referindo-se aos carregamentos de peixe seco que chegavam à Europa, muitas vezes em mal estado, aplicando-se por extensão às mercadorias e substâncias químicas de gosto diferente e proveniência estrangeira" (CARNEIRO, 1993: 56).

<sup>3</sup> A revista errou sim quando, precipitadamente, especulou em manchete de capa que Cássia Eller tinha sido vítima de uma overdose. O laudo necrológico e o inquérito policial não confirmaram essa hipótese.

<sup>4</sup> A conceituação do termo "drogas" será discutida mais à frente. Para efeito de esclarecimento, toda vez que o termo aparecer entre aspas, refere-se ao conceito do senso comum, e sem aspas refere-se ao conceito farmacológico original.

## 1. Pequeno balanço do tema e discussão metodológica

O consumo de "drogas" já é há algum tempo objeto de estudo antropológico no Brasil. Grosso modo, os trabalhos que se dedicam ao tema podem ser divididos, do ponto de vista do seu objeto, em três tipos: a) os estudos sobre uso de substâncias psicoativas entre sociedades indígenas, extintas ou não (por exemplo COELHO, 1976); b) estudos sobre rituais "tradicionais" que envolvem uso de psicoativos, como o ayahuasca ou rituais afro-brasileiros (por exemplo MACRAE, 1992; LABATE, 2000); c) estudos sobre uso de psicoativos no meio urbano, relacionado ou não com rituais religiosos (por exemplo VELHO, 1998; MACRAE e SIMÕES, 2000). Um quarto tipo, de difícil tipificação, procura compreender os significados sociais do uso de "drogas" e os discursos que se articulam sobre ele. Este campo foi explorado pioneiramente por Gilberto Velho (1987) em seu estudo clássico sobre duas categorias de acusação na cultura brasileira, *subversivo* e *drogado*. Nesse trabalho, Velho abriu um caminho possível para as ciências sociais brasileiras no sentido de relativizar as tipificações do uso de "drogas" como ações desviantes e atentar para as complexas representações envolvendo usuários e não-usuários, na maior parte das vezes influenciadas por uma série de discursos predominantemente morais<sup>5</sup>. A linha temática aberta por Velho inspira este trabalho mas busca, entretanto, sofisticá-la, na medida em que a análise da questão do uso de "drogas" defronta-se com desafios teóricos e metodológicos que não são resolvidos apenas pelo entendimento da categoria "drogado" enquanto um tipo de acusação. Nesse sentido, a idéia de dispositivo, desenvolvida por Foucault (1993) em seus trabalhos sobre a questão da sexualidade parece se adequar ao tema: sabe-se que a questão das "drogas" não existiu desde sempre. Pelo contrário, se o uso de substâncias psicoativas acompanha a humanidade há milênios, foi apenas no final do século XIX que algumas delas foram nomeadas como "drogas" e passaram ser consideradas um problema público, uma questão social (ADIALA, 1986:59). Ou seja, assim como aconteceu com a sexualidade, as "drogas" se tornaram um fenômeno, uma questão, como compara Vargas (1998):

*Problema de repressão e de incitação, a "droga", tal como é hoje o sexo, não existiu desde sempre, sendo invenção social recente e muito bem datada. De fato, mais do que apropriar-se da experiência do uso de drogas, o que as sociedades modernas parecem ter feito foi criar literalmente o próprio fenômeno das drogas; e o criaram por duas vias principais: a da medicalização e da criminalização da experiência do consumo de substâncias que produzem efeitos sobre os corpos e que, até sua prescrição e penalização, não eram considerada como "drogas". (VARGAS, idem: 124 – grifo meu)*

Mas assim como a questão das "drogas", a questão da sexualidade não se funda apenas sob normas repressivas. Ou seja, não se tratam de poderes superiores que se materializam em instituições de controle, mas de um conjunto de saberes positivos que fundam a própria questão contemporânea das

---

<sup>5</sup> Os trabalhos de Gilberto Velho tiveram influência direta dos trabalhos de Howard Becker (BECKER, 1966 e 1976). Nesses trabalhos, e de outros autores da escola sociológica norte-americana conhecida por interacionismo simbólico, desenvolve-se uma crítica direta ao conceito de desvio e sua naturalização pela sociologia funcionalista.

“drogas”. Esses conjuntos de saberes se constituem através de práticas discursivas regidas pelo dispositivo. O dispositivo, noção cunhada por Foucault para caracterizar, historicamente, a ordem e a lógica dos discursos sobre sexualidade, parece operar também com relação ao uso de “drogas”. No caso das “drogas”, dois elementos comporiam sua estrutura discursiva, como apontou Vargas: a medicalização e a criminalização. Estas duas concepções não permanecem estanques, ao contrário, participam do dispositivo simultaneamente, orientando a produção de saberes e o debate público sobre “drogas”. Para entender a participação dos discursos médicos nesse dispositivo, e entender como o dispositivo conforma uma lógica discursiva própria, esta pesquisa se debruça sobre os discursos médicos, na tentativa de articulá-los numa reprodução mais ampla, seja através de publicações, seja através de sua exposição midiática.

No interior do dispositivo, a medicina tem especificidades importantes. Entre elas, a disseminação de suas categorias e conceitos pelo senso comum e, mais ainda, da participação compulsória da sociedade em busca do bem e da saúde comuns. Como argumenta Clavreul (1983), torna-se necessário falar da medicina como discurso:

*Impõe-se a necessidade de falar da medicina com sendo um discurso. E, primeiramente, para extrair o fato de que se participa do discurso médico mesmo que não se possua seu saber e sua prática.*  
(CLAVREUL, idem: 48)

Assim, a medicina será tomada aqui através de discursos coletados em diferentes contextos, pressupostamente participante de um amplo dispositivo do uso de “drogas” que vigora na sociedade ocidental, do qual a medicina participa como “sócia-fundadora”.

Mas a amplitude da discussão ao nível mundial exige recortes. O mais óbvio diz respeito à delimitação da análise ao contexto brasileiro. Mas a impossibilidade de um mapeamento completo dos discursos médicos contemporâneos sobre uso de “drogas” no Brasil exige recortes ainda mais precisos. Em primeiro lugar, uma instituição específica foi escolhida para que entrevistas com seus membros fossem realizadas. Nesse caso a escolha foi o GREA (Grupo de Estudos Interdisciplinares sobre Álcool e Drogas) do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo<sup>6</sup>. A escolha é justificada pela grande visibilidade que este grupo alcançou no debate público e principalmente por reunir atividades de pesquisa, ensino e tratamento. Entretanto, apenas a realização das entrevistas não permitiria que outras formas de circulação destes discursos médicos, dados decisivos para a análise, fossem consideradas. Assim, mais um conjunto de dados, que não se restringiram à produção do GREA, foi coletado: a) material vinculado em mídia impressa; b) material retirado de mídia televisiva; c) livros e artigos, sejam trabalhos de

---

<sup>6</sup> Foram ouvidos 5 médicos do GREA. Além de seu fundador e presidente do conselho técnico, foram ouvidos os dois atuais coordenadores e os chefes dos setores de prevenção e tratamento. O outro centro de pesquisa de grande projeção e também selecionado para a pesquisa foi o CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo). Devido a algumas dificuldades, as entrevistas ainda não foram marcadas.

literatura médica especializada, sejam trabalhos voltados para grande público; d) seminários, simpósios, fóruns e palestras sobre "drogas" e) folders e informações obtidas nos sítios de instituições especializadas.

A análise dos discursos médicos sobre uso de “drogas” exige, antes de tudo, uma breve discussão a respeito do processo de legitimação histórico da medicina enquanto saber autorizado a tratar do tema.

## 2. Pequena análise histórica do papel da medicina no dispositivo do uso de “drogas”

Coincidentemente, o complexo processo de legitimação da medicina como ciência ocorre em simultaneidade com constituição do fenômeno contemporâneo das “drogas” (ADIALA, idem:60). Até o século XIX, apenas preocupações localizadas, como o consumo de ópio entre os chineses, muito mais uma disputa geopolítica, mobilizavam o debate (ESCOHOTADO, 1998: 149). Mesmo no que se refere ao álcool, cujos conhecimentos a respeito dos delírios causados pela sua ausência em quem tinha o hábito de beber remontam a Grécia antiga<sup>7</sup>, a questão era tratada de outra forma: primeiramente, não se tinha a percepção clara do que seria uma "droga" e o álcool era, assim, visto como um alimento muito especial. Foi a partir do século XIX que a medicina passou a ver no alcoolismo uma degeneração, um traço inato (GRIFFITHS, 1998). O álcool, assim como outras substâncias psicoativas, não era uma questão em si, mas uma ponte que ligava a degeneração a sua profecia de autodestruição.

No caso brasileiro, numa pesquisa realizada em artigos da Gazeta Médica do Rio de Janeiro entre os anos de 1862 e 1864, entre outras publicações da época<sup>8</sup>, ficou claro que os abusos do álcool eram percebidos e relacionados, naquele momento, a defeitos morais, individuais, sociais ou raciais. Ou seja, não se atribuía às próprias substâncias grande importância, e não são raros os artigos em que médicos relatam o consumo contínuo de álcool ou nicotina para se atingir a cura de diversos males<sup>9</sup>. A única proibição de substância psicoativa no século XIX foi feita ainda no Império e proibia o uso de maconha (VARGAS, 1995:198-199). Não se deve associar, no entanto, esta proibição a uma preocupação direta com uma substância; estava relacionada muito mais ao controle da mão-de-obra escrava e, mais ainda, ao controle da perigosa e crescente população negra e mulata livre no centro urbano do Rio de Janeiro (ver, entre outros, CHALHOUB, 1986: 68).

É somente no começo do século XX que as substâncias passaram a ser percebidas como portadoras de potencialidades malélicas, momento em que a própria questão das “drogas” se constitui. É

<sup>7</sup> Foram os gregos os primeiros a classificar o *delirium tremens*, um dos sintomas da síndrome de abstinência causada pela interrupção do uso de álcool por um dependente. Obviamente, a percepção desse fenômeno não era essa descrita aqui (ESCOHOTADO, idem: 152)

<sup>8</sup> Trabalho de conclusão de curso da disciplina de pós-graduação do PPGAS-USP "Seminário de Projetos", sob responsabilidade da Profa. Dra. Lília Schwarcz, realizado em 2001 sob o título de "A (não)questão das drogas no século XIX".

<sup>9</sup> No número 6 e 12 da Gazeta Médica do Rio de Janeiro (1863), são relatados casos de cura por embriaguez alcoólica. No primeiro, um garoto de 6 anos acometido de tétano é embriagado durante dias e no final controla-se a doença. No segundo, uma mulher por volta dos quarenta anos sofrendo de diversos sintomas, é tratada com embriaguez por uso de vinho durante quatro dias seguidos, de onde se obtêm, segundo os médicos, grandes melhoras. No mesmo ano, mas no número 10, foram relatados dois casos de tétano onde foi usada, no tratamento, a nicotina. Em um deles o paciente melhorou, mas morreu (sic); no outro, foi relatada cura.

justamente nesse período que os esforços norte-americanos para um controle legal da produção, venda e consumo destes produtos começa a obter vitórias internacionais<sup>10</sup>. Realizando diversas convenções internacionais, os EUA foram pouco a pouco convencendo os reticentes europeus da necessidade de controles rígidos sobre a produção de papoula, e posteriormente da coca e da maconha. Os laboratórios europeus resistiam, pois as vendas dos novos remédios, como a cocaína, eram promissoras. Nesse processo, a medicina apoiou decisivamente o controle legal sobre todas as substâncias, o que pode ser explicado pelo complexo contexto de disputas que envolveram a consolidação da medicina como saber científico: deter a exclusividade do receituário e da manipulação de substâncias era uma conquista importante. Deve-se, ainda, lembrar que toda a experiência da medicina popular, que incluía uma miríade de elixires, simpatias, mezinhas, foi classificada, desde a implantação de medicina social no Brasil, como misticismo ou charlatanismo (MONTERO, 1983; CARNEIRO, 1994). O xarope de cocaína e os cigarros de maconha estavam entre as indicações para os mais diversos problemas, de asma à depressão. Com a proibição de todos estes produtos, veio também o controle rígido sobre a prática do receituário popular. Somente aos médicos caberia receitar medicamentos. Ao Estado caberia coibir a prática médica ilegal, mas também ao estado caberia controlar as substâncias banidas. A este pacto (se é que assim se pode nomeá-lo) Rosen chamou de “estado terapêutico” (ROSEN, 1994). Para ele, é neste momento que a medicina ganha o aval definitivo do Estado para a promoção da saúde da população, e confere ao próprio Estado a função de fiscalização e controle.

Mas não foi apenas o “Estado Terapêutico” que ligou os caminhos de medicina ao da questão das “drogas”. A percepção de uma ameaça cada vez maior do uso de substâncias “perigosas”, como a maconha e a heroína, além do álcool, terminou não só por associar às drogas a uma doença do indivíduo, mas principalmente da sociedade (LIMA, 1914). Não bastava criminalizar a existência das substâncias, mas prevenir que a população se aproximasse delas. Nesse sentido, como já foi dito, medicalização e criminalização serão as bases da política mundial para as “drogas”. A medicina, como um saber que se articulava sobre e para a vida (FOUCAULT, *idem*: 131) se constituiu como a mais prestigiosa ciência do século XX e, no que diz respeito às drogas, não foi diferente; pelo contrário, a medicina, num jogo de legitimidade entre juristas, policiais, religiosos, etc. nunca parou de galgar espaço no debate e na atenção pública com relação ao uso de “drogas”.

---

<sup>10</sup> Deve-se lembrar que os primeiros movimentos proibicionistas nos EUA datam século XVIII. Estes movimentos ganharam força a partir de meados do século XIX, chegando a constituir um partido político, o Prohibition Party, 1869 (ESCOHOTADO, *idem*; RODRIGUES, 2001).

### 3. Aspectos institucionais da medicina no tocante ao uso de drogas no Brasil

Depois do final da segunda guerra mundial, o consenso internacional com relação às ameaças das substâncias psicoativas mundiais foi se consolidando ao redor das propostas norte-americanas. Em 1961, uma grande convenção ratificou um tratado que vigora, com modificações que não alteraram suas bases, até hoje. A Convenção Internacional Única sobre Entorpecentes definiu uma lista de substâncias divididas em quatro graus de periculosidade e que teriam sua existência, produção, venda e, em certo sentido, seu consumo, proibidos. O Brasil é signatário não apenas dessa, mas de todas as convenções internacionais que se seguiram.

A análise sobre as políticas internacionais contemporâneas no que se refere ao uso de "drogas" revela que, guardadas as diferenças de enfoque, o assunto tem sido tratado preferencialmente como uma questão de saúde pública e, portanto, preferencialmente sob responsabilidade dos órgãos médicos governamentais. Na Europa Ocidental este processo é mais acentuado, mas mesmo nos EUA, onde a política segue uma tônica repressiva é militarizada, o que consome a maior parte bilionário orçamento "antidrogas", pesados investimentos em prevenção e tratamento médico se direcionam para órgão governamentais de saúde pública, obtendo grande repercussão mundial (CRUZ, 2000:237).

No Brasil, desde as primeiras leis específicas sobre "drogas", que datam do começo da década de 1920, até a década de 1970, quando foi promulgada, em 1976, a lei 6.368, que estava em vigor até o início deste ano, o papel das autoridades médicas era basicamente o de apontar a existência legal da toxicomania e "oferecer" tratamento compulsório (ROCHA LIMA, 1981). A partir de 1976, a Lei de Tóxicos passou a ser uma norma penal em branco, ou seja, a regulamentação sobre quais substâncias deveriam ser proibidas ou controladas ficaria a cargo do Ministério da Saúde. A nova lei 10.409, promulgada em 2002, não alterou esse procedimento. Este ponto é importante na medida em que envolve o órgão competente do Ministério da Saúde, a ANVS (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), numa complexa questão jurídica, pois caberia a ela decidir a proibição, liberação ou controle de quaisquer substâncias no país. Ao mesmo tempo, a legislação brasileira estaria vinculada a tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, o que exigiria a aprovação do Senado para a devida denúncia<sup>11</sup>.

Além do aspecto estritamente jurídico, uma outra análise possível: a inserção institucional da medicina na condução das políticas públicas sobre "drogas". O decreto 2.632<sup>12</sup> de 1998 criou a SENAD (Secretaria Nacional Anti-Drogas) e o CONAD (Conselho Nacional Anti-Drogas). Os dois juntos formam o Sistema Nacional Antidrogas, que tem por meta "planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de prevenção e repressão ao tráfico ilícito, uso indevido e produção não autorizada de

<sup>11</sup> Denúncia é o termo usado em direito internacional para a comunicação de abandono de um tratado. Este debate jurídico, que não é consensual, não será explorado aqui. Apenas a título de exemplo, Rodrigues defende que cabe ao país decidir se permanece ou não nas convenções das quais é signatário, o que contradiz a idéia de que, caso alterasse sua legislação sobre "drogas" o Brasil enfrentaria problemas no âmbito do direito internacional (RODRIGUES, idem).

<sup>12</sup> Decreto Nº 2.632, de 19 de junho de 1998, que regulamentou o Sistema Nacional Antidrogas.

substâncias **entorpecentes** e **drogas** que causem dependência física ou psíquica, e a atividade de recuperação de dependentes” (grifo meu). A SENAD, o órgão do executivo federal máximo “Antidrogas”, ligado diretamente ao gabinete de segurança institucional do Presidente da República, tem progressivamente incentivado e financiado estudos médicos-epidemiológicos, mas em nenhum momento, desde sua criação, algum médico chegou a ser cotado para assumir a sua direção<sup>13</sup>.

Já o CONAD, que substituiu o CONFEN (Conselho Federal de Entorpecentes) em 1998, pouco mudou sua estrutura: um conselho multiministerial, que privilegia representantes do aparato policial/repressivo. No CONAD, apenas um representante do Ministério da Saúde e um da AMB (Associação Médica Brasileira) estão entre os 13 membros. Nos Conselhos Estaduais, os CONENs, esta proporção pouco se altera<sup>14</sup>. A SENAD tem incentivado os municípios a criarem seus COMADs (Conselhos Municipais Anti-Drogas) também seguindo este modelo. A prefeitura de São Paulo aprovou recentemente a criação deste conselho no município, mas o rebatizou, numa clara manifestação de divergência com relação à posição do órgão federal, como Conselho Municipal de Políticas Públicas para Alcool e Drogas. Entretanto, a lei municipal que o criou pouco altera o tipo de distribuição proposto pelo CONAD, apenas dando mais cadeiras a chamada “sociedade civil”.

Se do ponto de vista jurídico/estatal a preponderância da medicina como discurso autorizado ao tratar da questão das “drogas” se dá num campo de disputas em que, ao menos no Brasil, não se percebe a sua definição clara como problema médico e de saúde pública, essa posição entre os circuitos midiáticos e acadêmicos tem crescido. O CEBRID tornou-se referência no que diz respeito aos dados quantitativos sobre consumo de psicoativos, e suas pesquisas são, para abrangência nacional, as únicas fontes de dados com base estatística sólida, ainda que se possa questionar suas formas de abordagem, sempre muito complexas quando se trata de dados deste tipo (ver item 4b).

No que diz respeito ao tratamento de dependentes, a medicina tem progressivamente reivindicado a obrigatoriedade do acompanhamento médico em qualquer clínica.

*“O tratamento aqui no Brasil, e em outros países também, é muito baseado em comunidades terapêuticas, em igreja, em auto-ajuda e isso, eu assumo até a culpa, a gente deixou muito tempo de lado isso, a medicina começou a olhar como ciência em 1960, 70. Então abre espaço para os “achismos”, quer dizer, vai lá o cara ex-usuário e diz a doença de dependência de drogas é assim, ele conta a história dele, e isso é o padrão, sem uma visão crítica das coisas.” (Alexandre<sup>15</sup>)*

A organização e orientação do tratamento ao dependente e as disputas que envolvem a medicina, instituições religiosas, políticas etc. mereceriam uma pesquisa específica, mas pudemos constatar, através da experiência de pesquisa, nos últimos anos, tanto por parte do governo quanto por

<sup>13</sup> Até hoje, a Presidência da República nomeou para o comando da SENAD três pessoas: um jurista e dois militares de carreira, sendo um deles o atual Secretário.

<sup>14</sup> Se no CONAD a proporção de médicos é de cerca de 23 %. No CONEN-SP, essa proporção pode chegar a um máximo de 25 %.

<sup>15</sup> Os nomes das entrevistas são fictícios para preservar a identidade dos médicos entrevistados. OS nomes verdadeiros só são

parte da mídia, a exigência de cuidados médicos imprescindíveis ao tratamento de dependentes de "drogas", mesmo que não exclusivos. A SENAD, inclusive, está realizando um levantamento de todas as clínicas para dependentes químicos no Brasil visando cadastrá-las e, posteriormente, fiscalizá-las em parceria com o Ministério da Saúde.

#### **4. Temáticas presentes nos discursos médicos sobre o uso de “drogas”**

O projeto inicial desta pesquisa tinha por hipótese que os discursos médicos sobre o uso de "drogas" se articulariam através de dois conjuntos conceituais. O primeiro recolocava os discursos médicos nos seus sentidos históricos, ou seja, um discurso normativo, disciplinador e positivo. O segundo conjunto seria aquele constituído na medicina em sua relação com o contexto institucional e social da *war on drugs*, incipiente desde a década de 1950 e decisivo a partir de meados de 1980. Estas duas hipóteses visavam conciliar as características tradicionais do discurso médico desde sua consolidação como saber científico e a teia institucional e social do dispositivo do uso de "drogas" que se consolidou na segunda metade do século passado.

As hipóteses têm se confirmado, mas o caminho seguido pela pesquisa demonstrou que a heterogeneidade dos discursos médicos e a reunião gigantesca de dados poderiam inviabilizar a análise. Partindo do pressuposto já discutido de um dispositivo que orienta a produção e reprodução dos discursos sobre uso de “drogas”, este texto pretende ressaltar aspectos temáticos do discurso médico e discutir, rapidamente, alguns aspectos de sua exposição midiática. Estes temas apontam categorias, conceitos e concepções que constituem o dispositivo do uso de “drogas” através do prisma da medicina, não desconsiderando a heterogeneidade destes discursos, mas buscando ressaltar sua homogeneidade. Temáticas importantes, como a redução de danos e as novas legislações sobre “drogas” (como a recente “justiça terapêutica”) devem ser discutidas na dissertação final.

##### **4a. “Drogas” – Conceito e disputa de significados**

Como foi dito no início do texto, o sentido comum do termo “drogas” está relacionado às substâncias psicoativas ilegais, como cocaína e maconha, o que difere sensivelmente do sentido farmacológico original da palavra. Grosso modo, o conjunto de significados presente no senso comum opera da seguinte forma: drogas = cocaína, maconha, crack, etc (substâncias psicoativas ilícitas); álcool e tabaco = bebidas e cigarro (substâncias psicoativas lícitas); remédios = medicamentos (substâncias de qualquer tipo prescritas pelo médico). Mas este quadro não esgota os significados possíveis. Desde o princípio do debate público a respeito da questão das “drogas”, uma lista de termos foi empregada pela



medicina, pela polícia, pelo Estado, enfim, todos os atores envolvidos com a questão. Tóxico, entorpecente, narcótico, entre outros, representavam substâncias diferentes, muitas vezes de maneira bastante imprecisa, como no caso do termo narcótico<sup>16</sup>. Hoje, a OMS (Organização Mundial de Saúde) entende como droga toda a "substância que, quando administrada ou consumida por um ser vivo, modifica uma ou mais de suas funções, com exceção daquelas substâncias necessárias para a manutenção da saúde normal" (OMS apud LEITE, 1999:26). Esta definição, em si, apresenta dificuldades de precisão, pois a noção de "substâncias necessárias para a manutenção da saúde normal" indicaria, à princípio, alimentos e água. Mas todo o alimento pode ser substituído por algum outro que contenha as mesmas substâncias vitais; ou seja, não importa se é ingerido água ou chá mate, ambos fornecem água necessária ao corpo humano. Se em um local consumíssemos o chá mate devido à inexistência de água "pura", estaríamos ingerindo um alimento e não uma "droga"<sup>17</sup>. Assim, pode-se afirmar que o próprio conceito científico de "droga" assume sua relação direta com relação ao contexto em que qualquer substância está sendo consumida. Talvez por isso o termo "substância psicoativa" seja hoje mais consensual na medicina, já que sua definição é clara e, em certo sentido, mais precisa: substâncias que agem sobre o SNC (Sistema Nervoso Central) ou o alteram de alguma maneira a psique e a consciência humanas<sup>18</sup>.

A discussão sobre os significados do termo "droga" não se restringe a meras opções lingüísticas. A palavra "droga" possui uma carga de significados específicos que ordenam o seu próprio dispositivo. A criminalização das substâncias hoje chamadas de "drogas" foi decisiva nesse processo, na medida em que foram justamente estas substâncias que se desvincularam do sentido farmacológico original e ocuparam o espaço negativo que lhes foi reservado pelas leis. Na construção de sua linguagem cotidiana, os médicos percorrem pela imprecisão de significados, no intuito de que possam compartilhar, com os pacientes ou com o público "leigo", significados comuns:

*"Quando você diz para o paciente: "Essa é uma droga que vai atuar no seu coração" ele pára, porque, "leigamente", droga acabou sendo usada para denominar algumas substâncias que a gente define assim." (Alexandre - GREA).*

*"Quando a gente fala em droga, tem um conceito médico que difere do popular. Para a população droga é maconha, cocaína, heroína e acabou. Na verdade droga é qualquer substância que você ingira e que tenha uma ação no organismo." (Dráuzio Varella – TV UNIP<sup>19</sup>)*

<sup>16</sup> O termo narcótico (do grego narkum=adormecer, sedar) era empregado para diversas substâncias, inclusive a cocaína, cujo efeito no organismo era exatamente o contrário.

<sup>17</sup> Na época das grandes navegações, os marinheiros estocavam vinhos no navio, ao invés de água, dada a sua durabilidade maior durante o longo período de viagem.

<sup>18</sup> A precisão do termo substância psicoativa é relativa. Algumas substâncias afetam o SNC, mas não são consideradas psicoativas pela medicina: "Tem muitas drogas que são usadas com outro objetivo e que acabam influenciando no SNC, por exemplo, um Fenegan da vida, ele é uma droga que não é uma droga psicoativa, mas ele tem um efeito colateral que é um efeito sedativo e tem muita gente, eu já vi gente dependente de Fenegan". (Marco Peluso – GREA).

<sup>19</sup> O termo TV UNIP vai se referir neste texto ao programa de entrevistas comandado pelo médico Dráuzio Varella e exibido pelo Canal 21 e pela TV UNIP.

A rede institucional, governamental ou não, que se articulou em torno da questão das “drogas” também compartilha dessa simplificação ao adotar a linguagem comum, possibilitando que os significados do termo sejam plenamente compartilhados<sup>20</sup>. O GREA, por exemplo, não só usa o termo “drogas”, como o separa do álcool (Grupo de Estudos Interdisciplinar sobre **Álcool e Drogas**)<sup>21</sup>. Ao criar há quatro anos atrás a SENAD (Secretaria Nacional Anti-**Drogas**), o governo federal incluiu o termo, somando a ele um prefixo de negação. O mesmo ocorre com a ONG “Parceria Contra as **Drogas**” e com um grande número de outras instituições.

Além do próprio significado do termo “drogas”, duas de suas derivações discursivas adotadas pela medicina, e não só por ela, devem ser mencionadas. O primeiro diz respeito ao conceito de “drogado”, que assim como o de “bêbado”, confunde a identidade do indivíduo com a própria natureza da substância que consome. Assim, a “droga” adquire um poder negativo próprio, e seus efeitos temporais finitos (o estar “drogado”) se transformam em uma condição de existência (ser um “drogado”). O “drogado”, ou o “viciado”, quando aparece no discurso médico, refere-se ao dependente ou adicto<sup>22</sup>, mas, apesar da progressiva diminuição de seu emprego, o termo ainda é usado com frequência como um adjetivo (por exemplo em TIBA, 1994; SILVEIRA FILHO, 1995). O segundo é o tratamento discursivo que aponta o singular ao invés do plural, ou seja, as “drogas”, por serem questão, fenômeno, flagelo, não são mais um conjunto de substâncias, e sim uma questão em si. Ao invés de “drogas”, a questão da “droga”. O singular indica que a experiência do dispositivo é maior do que o conjunto; a soma das partes, as substâncias psicoativas, é menor que seu conjunto, a questão da “droga”: carregada de negatividade intrínseca, a “droga” singularizada pode representar todo o complexo universo que envolve sua produção, distribuição e consumo<sup>23</sup>.

As disputas de significados que envolvem a conceituação das “drogas” revelam e ajudam a pensar a relação entre o esforço classificador de coisas e condutas que caracterizou a medicina historicamente e a subjetivação moral destas definições, relação básica na formação de um dispositivo (FOUCAULT, 1984: 29). No dispositivo do uso de “drogas”, os discursos médicos, reproduzem a intrínseca propriedade de vontade de verdade, mas não a impõe nem a retiram do nada (FOUCAULT, 1996). Ao contrário do que se possa concluir a priori, estes discursos não impõem unilateralmente seus conceitos; negociam os significados envolvidos na questão das “drogas”, utilizando-se de sua legitimidade científica, mas adaptam-se a um conjunto amplo que conforma este dispositivo, inclusive àqueles provenientes de construções do senso comum.

<sup>20</sup> O que não acontece apenas no Brasil: desde 1973, o órgão norte-americano que serviu de inspiração para a criação da SENAD denomina-se DEA – **Drug** Enforcement Administration (grifo meu).

<sup>21</sup> A justificativa de seu fundador é o fato do grupo ter começado por causa do álcool e apenas depois de anos ter encampado também a questão das demais drogas.

<sup>22</sup> É interessante notar que o termo “adicto” vem do grego *addictum* e significava aquele que se tornava escravo para saldar uma dívida, abrindo mão da sua própria identidade humana (BENTO apud CRUZ: 236).

<sup>23</sup> Apesar de não ser comum na linguagem escrita, nos fóruns, palestras e debates observados, era muito comum médicos e não médicos singularizarem o termo e falarem algo como “a questão da droga”.

#### 4b. A definição da patologia com relação ao uso de “drogas”

Na medicina, é consensual que nem todo usuário de “drogas” é um dependente. Entretanto, os discursos não só variam de acordo com cada substância como também de acordo com a distância que separa o consumo da dependência, classificada e nomeada de diversas formas. Quais seriam, então, os limites de um uso patológico e quais categorias são mobilizadas para fixá-los nos discursos médico?

Para a análise da patologia, se deve, primeiramente, refletir a respeito do conceito de doença utilizados com relação ao uso de “drogas”. Como já foi dito, a preocupação com os excessos no consumo do álcool começaram ainda no século XVIII. Não era a própria bebida, mas sim o “bebedor-problema” que importava, visto como um degenerado. Eram imputado-lhe diversos adjetivos e classificações médicas, inclusive “doente”. Sua “doença” agregava, é verdade, degeneração física, mas esta era indissociável de seus aspectos morais, culturais e raciais que demarcavam seu caráter. No decorrer do século XX a medicina vai progressivamente considerar o alcoolismo e a dependência de outras drogas como uma entidade nosológica específica, ou seja, uma doença que poderia ser diagnosticada independentemente dos antigos critérios morais e raciais. Foi nas décadas de 1950 e 60 que este processo se consolidou, e a adição, termo então preponderante, foi caracterizada como doença mental que agrega “desejo físico irresistível acompanhado de fatores psicológicos” (TOSCANO, 2001:21). Fazia-se necessária então uma classificação nosológica e sintomática mais precisa, o que foi buscado sistematicamente, não só pela medicina, mas pela psicologia e pela própria biologia, até os dias de hoje.

A OMS, através de sua Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) classifica dois tipos de problemas médicos relacionados ao uso de “drogas”, a dependência e o uso nocivo (Quadro 1).

**Quadro 1 – Critérios para determinação do uso nocivo e da dependência segundo a OMS**

USO NOCIVO	DEPENDÊNCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O diagnóstico requer que um dano real deve ter sido causado à saúde física e/ou mental do usuário</li> <li>• Padrões nocivos de uso são criticados por outras pessoas e estão associadas a consequências sociais adversas de vários tipos</li> <li>• Uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência estiver presente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um desejo forte ou senso de compulsão</li> <li>• Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância (início, término e nível de consumo)</li> <li>• Estado de abstinência fisiológica ou uso da substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas da abstinência</li> <li>• Evidência de tolerância</li> <li>• Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância; aumento do tempo necessário para obter, tomar a substância ou recuperar-se de seu efeito</li> <li>• Persistência no uso, a despeito de consequências nocivas. Deve-se</li> </ul>

	determinar se o usuário estava consciente da natureza e extensão do dano
--	--

Fonte: CAZENAVE, 2001: 37

Em nenhum momento ficam absolutamente claros os níveis de passagem entre uso nocivo e dependência. A classificação norte-americana, concebida pela Associação Americana de Psiquiatria, também muito usada pelos médicos no Brasil, é bastante parecida com a da OMS. A maior diferença está na adoção, pelos norte-americanos, do conceito de abuso. Apesar de diversas críticas a este conceito, alguns médicos preferem adotá-lo pela possibilidade do termo unir danos físicos, mentais e sociais causados pelas “drogas”, já que noção de uso nocivo estaria restrita aos danos físicos e mentais, o que retiraria a maconha e a cocaína desta tipificação (LEITE, idem: 33). De qualquer forma, se existe algo entre a dependência propriamente dita e um uso não patológico, este algo é o uso abusivo ou nocivo. Mas a definição da OMS não é o critério usado pelos médicos na sua prática diária. Os médicos consideram que os conceitos estabelecidos ajudam na conformação geral do problema, mas reservam os limites do diagnóstico à avaliação clínica pessoal, ou seja, cada caso deve ser analisado para que fique definido algum tipo de patologia. Assim, praticamente todo usuário de “drogas” se configura, no mínimo, como um caso que merece avaliação médica.

*“Eu acho que todo paciente que começa a fazer uso regular de uma substância psicoativa merece uma avaliação, não necessariamente um acompanhamento, mas uma avaliação.” (Regina)*

Os médicos consideram que a própria percepção individual de algum distúrbio referente ao uso de “drogas” é o grande sintoma de patologia. Assim como o paciente que procura o médico devido a uma dor nas costas que passa a incomodá-lo continuamente, o indivíduo seria o melhor analista de sua própria patologia:

*“Se a pessoa usa qualquer droga, ela usa e ela está bem, mantém a escola, mantém o trabalho, mantém a família, tá bem com ela mesma, eu não acho que seja um problema médico. Mas se ela usa, independente da frequência, independente da quantidade, independente da droga, ela usa e começa ter a atritos e fica mal, ela usa droga injetável e fica com AIDS, tem um caso médico.” (Paulo)*

*“Eu acho assim, a primeira coisa, se o indivíduo admite que está com um problema ele é um caso médico. Mesmo que seja um uso pequeno. É um caso médico quando chega no abuso ou dependência, o que é isso: quando o indivíduo passa a ter problemas sociais, familiares, legais, de saúde em função da substância.” (César)*

Ao indivíduo caberia a percepção precoce de seu problema, mas caso isso não aconteça, e para os médicos isso não acontece na maioria dos casos, cabe aos seus outros vínculos sociais, a família, o trabalho, ou até mesmo a polícia e a justiça, encaminhá-lo para tratamento. O abuso poderia ser constatado justamente porque o indivíduo não respeitaria mais regras sociais básicas e as próprias leis, o que é previsto pela OMS.

*“Quando infringe, ou quando compromete algumas áreas, áreas de saúde, mesmo dele, legal, em função de um comprometimento mesmo do álcool. Eu não estou dizendo que é doença porque ele tem problema com o sistema legal. Eu tô dizendo que é doença porque em função do uso e do consumo a crítica fica prejudicada e ele compromete limites sociais.” (César)*

Fatores como frequência e quantidade de uso são relativizados pelos médicos a favor de critérios mais amplos que relacionem os prejuízos que o uso de “drogas” traz para a vida do indivíduo.

*“A gente sempre trabalha com prejuízo, para o usuário de álcool, o cara usa todo santo dia uma quantidade de um terço de uma garrafa de uísque, na sua casa, ele chega do trabalho, pega seu uísque, vai bebendo durante a noite um terço da garrafa, vendo televisão, vai dormir, acabou, pronto. Esse cara é um dependente de álcool? Primeiro, a dependência de álcool não é só frequência, ele pode tomar todo dia e não ser dependente. A gente trabalha com dependência com alguns fatores associados, por exemplo, será que ele é capaz de optar?”(Alexandre)*

Verifica-se que a prática clínica adota e considera como fatores de determinação de patologia muito mais os aspectos qualitativos do consumo que os quantitativos. Entretanto, a dificuldade na caracterização de um “uso nocivo ou abusivo de drogas”, além da própria dependência, ultrapassa o nível da clínica médica pois, como uma questão de saúde pública, a necessidade de estudos epidemiológicos de grande escala demanda uma precisão de diagnóstico. Se o uso de “drogas” é considerado pela medicina como um ato voluntário (ao menos enquanto não abusivo), como determinar a sua nocividade (MEDINA et. Al., 2001: 162)? O último estudo epidemiológico brasileiro, realizado pelo CEBRID<sup>24</sup>, se baseou nos critérios da NHSDA (National Household Surveys on Drug Abuse). Eles não envolvem apenas dados de frequência quantitativa. Para a determinação de dependência, o indivíduo deve dar respostas positivas a pelo menos duas das seguintes indagações:

1. Gastou grande parte do tempo para conseguir drogas, usar ou se recobrar dos efeitos.
2. Usou quantidades ou frequências maiores do que pretendia.
3. Tolerância (mais quantidade para produzir os mesmos efeitos).
4. Riscos físicos sob o efeito ou logo após o efeito de drogas (por exemplo: dirigir, pilotar moto, usar máquinas, nadar etc.).
5. Problemas pessoais (tais como: com familiares, com amigos, no trabalho, com a polícia, emocionais ou psicológicos).
6. Desejo de diminuir ou parar o uso de determinada droga.(GALDURÓZ et. Al., 1999: 30)

Ao considerar a dependência ou o uso abusivo de “drogas” uma doença crônica, ou seja, uma doença sem uma cura propriamente dita, mas que necessita de acompanhamento médico para não se agravar, a medicina termina por colocá-la no mesmo patamar de doenças como a diabetes ou da hipertensão vascular. A diferença é que estas doenças podem ser diagnosticadas estatisticamente com um bom nível de segurança, pois são medidas através de dados quantitativos obtidos em exames clínicos. Assim, o critério qualitativo citado acima tenta suprir esta dificuldade, mas não consegue superá-la (MEDINA, idem). O caso do álcool é o que mais desafia este tipo de estudo, dada ao alto grau de consumo

<sup>24</sup> Na verdade, o CEBRID acaba de divulgar uma nova pesquisa em âmbito federal. Seus resultados simplificados foram disponibilizados na Internet ([www.senad.gov.br](http://www.senad.gov.br)), mas os resultados completos estão no prelo.

em todo o país. A última pesquisa do CEBRID detectou 11,2% de dependentes de possíveis dependentes de álcool (nas cidades com mais de 200 mil habts.), utilizando-se do critério citado. Mas existem critérios que estimam a dependência de acordo com a quantidade ingerida (LARANJEIRA e PINSKY, 2001: 12-15) Nele, a dosagem alcoólica é medida por unidades, e o uso semanal não deve superar um certo número de unidades. Os próprios autores limitam o nível de precisão deste tipo de dado, principalmente por não considerar que o consumo destas unidades pode ocorrer em um só dia. O que parece importante salientar é que, diferentemente das substâncias ilegais, o padrão de consumo tolerado para o álcool pela medicina é relativamente alto. O caráter especial do álcool no dispositivo do uso de “drogas” vem justamente de amplitude de seu consumo. Diferentemente do que mostram os dados, as “drogas” ilegais parecem atrair mais a preocupação dos médicos, principalmente na exposição pública de seus discursos:

*(...) Além disso, cada vez mais, pessoas em idades mais jovens têm consumido mais drogas, inclusive drogas não-conhecidas anteriormente.*

*Mas nenhuma outra droga tem causado tantos problemas como a cocaína. É nesse universo que este livro foi concebido.* (prefácio de LEITE e GUERRA, idem)

A última pesquisa nacional divulgada pelo CEBRID (2002) estima em 11,2% a porcentagem de dependentes de álcool, enquanto os dados sequer puderam ser medidos, devido a baixa ocorrência, para os dependentes de cocaína.

O estabelecimento de uma patologia, como o uso abusivo ou nocivo e a dependência de “drogas”, vem acompanhado da necessidade de classificações nosológicas claras. A complexidade de se operar estas classificações no caso do uso de “drogas” é explicada pela ausência de fatores sintomáticos claros. A fala de um médico exemplifica bem o problema:

*“Não dá para dizer que qualquer um que use uma droga esteja tendo problemas com ela. Existe um tipo de uso de drogas que realmente é problemático. O extremo é muito fácil de ver. Quando tá no meio é muito complicado”* (Guilherme)

O meio, ou seja, aquilo que é ambíguo, escapa à classificação exata que a medicina está acostumada a lidar no caso de outras doenças crônicas. A linha traçada entre um indivíduo que não usa substância psicoativa alguma, e aquele que, concretamente não parece mais estabelecer outra relação com sua vida que não seja através de alguma(s) substância(s), é repleta de curvas e lacunas. A prática da clínica, o planejamento de saúde pública e a construção de legislações tentam contorná-las, estabelecendo limites mais ou menos rígidos, alicerçados nos pontos que parecem estar mais claros nesta linha: seus extremos, assumindo, assim, uma série de riscos e contradições.

#### **4c. Aspectos da determinação biológica com relação ao uso de “drogas”**

Muito antes dos avanços recentes da biogenética, com suas marcantes conseqüências, a noção de degeneração hereditária e a sua influência no abuso de “drogas”, principalmente o álcool, já estava presente na medicina. A toxicomania ou o alcoolismo eram muito menos problemas ligados a substâncias do que degenerações de toda espécie que tornavam vulneráveis a alma e o corpo do indivíduo (ADIALA, idem:74). Nina Rodrigues, por exemplo, cânone da medicina legal brasileira, considerava que os mestiços, por sua degeneração física e cultural, eram mais propícios ao alcoolismo e a vadiagem (RODRIGUES, 1899:13). Como foi discutido anteriormente, a ligação da dependência de “drogas” com uma patologia específica (doença) (CRUZ, idem:235, FORMIGONI, 2000) se desenvolveu realmente a partir dos anos 1950. Antes dos avanços realizados no mapeamento genético humano, diversos estudos foram realizados seguindo, na maior parte das vezes, concepções mendelianas clássicas, utilizando-se como parâmetro de comparação gêmeos, filhos adotivos e biológicos, etc. A maioria deles tentava entender as origens do alcoolismo, não porque não houvesse interesse em outras substâncias, mas, simplesmente, pela facilidade de se encontrar objetos de estudo, além de uma distribuição altamente igualitária nas mais diversas classes sociais. Nesses estudos, gêmeos eram avaliados com o intuito de apurar se os monozigóticos dividiam mais a propensão ao alcoolismo entre si dos que os dizigóticos. Filhos biológicos de alcoólatras criados por pais não-alcoólatras e vice-versa também foram testados. Na grande maioria dos casos foi constatada a influência do fator genético. Assim, a psiquiatria confirmava que, mesmo na ausência das tecnologias de sequenciamento genético, o potencial para dependência de qualquer substância estava dado desde o momento do nascimento.

A medicina, hoje, parece estar ainda mais certa de que existem aqueles que nasceram com um risco muito mais alto para dependência, independente de qualquer condição ambiental ou cultural. No caso do álcool, os médicos têm uma fração aproximada na ponta da língua: 1 em cada 10. Ou seja, 10% da população que bebe terá problemas com dependência, número que, aproximadamente, corresponde aos dados levantados pelas pesquisas quantitativas (CEBRID, 2002). Entretanto, são poucos os casos de médicos que consideram apenas as disposições biológicas como causa da dependência. Quando o fazem, baseiam-se exclusivamente nos dados quantitativos: se de cada 10 bebedores do álcool, um tem problemas, isto é mais que mera casualidade.

*“E sendo uma doença química e mental, quer dizer, o alcoólatra é alcoólatra antes de começar a beber, ele não fica alcoólatra de tanto beber, ele chega a beber muito por ser alcoólatra, então existe a pré-disposição física e mental..”*.(Emanuel Vespucci - , TV UNIP)

Mas a visão defendida por Vespucci (1999) não é consensual no interior da medicina. Defende-se muito mais o conceito de potencialidades, ou seja, haveria indivíduos com maior probabilidade de se tornarem dependentes. Não obstante, é justamente nesse ponto que parece estar em curso uma transformação radical: pesquisadores no mundo inteiro debruçam-se na tentativa de descobrir

quais genes estariam relacionados à dependência química. Alguns médicos fazem prognósticos que consideram animadores para a medicina:

*“Eu acho que poderia ser uma coisa muito boa, a gente poder fazer o mapa genético da pessoa e chegar para ela e falar: você tem genes que te dão pré-disposição para ter diabetes, para ter alcoolismo.”*  
(Guilherme)

*“E nós não temos um teste ainda, tipo um teste do pezinho, talvez as coisas da ciência evoluam para isso: “Mamãe, a senhora ganhou um bebê alcoólatra, se cuida!”* (Emanuel Vespucci – TV UNIP)

Boa parte dos médicos é reticente quanto às origens biológicas da dependência. Vêm com ressalvas as pesquisas genéticas, mas a partir de uma lógica negativa: é perigoso demais para alguém achar que não tem pré-disposição para ser um dependente, ou seja, quase todos aqueles que bebem podem se tornar alcoólatras, todos que fumam “crack” podem se tornar dependentes. Dizer que um gene é responsável pela dependência pode estimular mais pessoas a correr riscos e fazer uso de “drogas”.

*“Todos nós podemos nos tornar alcoolistas, basta começar a beber. A não ser que você tenha ojeriza pelo uso de álcool, várias pessoas têm, por falhas enzimáticas, metabólicas, passam mal, esses não vão ser. Mas se você insistir, vira alcoolista rapidinho, não precisa de genética não, tem outros fatores envolvidos.”* (César)

É muito reveladora a análise da medicina sobre as falhas enzimáticas que impedem o uso de álcool por parte de algumas pessoas. Tomadas como falhas, elas impedem que o indivíduo possa ingerir bebidas alcoólicas, o que se constituiria em uma deficiência com relação a um organismo “normal”. Entretanto, esta falha protege este mesmo indivíduo de tornar-se, no futuro, um dependente e, portanto, portador de uma patologia. Entre a noção de falha e de pré-disposição, percebe-se que a medicina continua a operar com a distinção clássica de seu período de consolidação, a distinção entre o “normal” e o patológico (CANGUILHEM, 1982). Com o avanço da bio-genética, pode-se esperar que esta oposição torne-se ainda mais complexa, pois a possibilidade de interferência na programação enzimática torna-se cada vez mais próxima. Pode-se imaginar o momento que poderíamos pedir aos médicos para desligarem o metabolismo de processamento alcoólico de um humano enquanto ele ainda fosse um embrião. Se tal hipótese parece distante, as vacinas para impedir o que substâncias determinadas tenham efeito já estão sendo testadas.

*“Isso existe cada vez mais, a pesquisa tem se direcionado para isso. Por exemplo, produzir vacinas que consigam bloquear a ação das drogas, e aí tiraria o efeito reforçador do consumo, essa parte mais orgânica e neurobiológica é um campo que tende a crescer muito.”* (Regina)

As transformações pelas quais passam o conhecimento genético nos obrigam a refletir sobre novas formas de determinação, novos controles, muito próximos daquilo que Foucault chamou de “biopolítica” (FOUCAULT, 1993). As descobertas parecem caminhar mais rápido do que qualquer reflexão a



seu respeito. No caso do uso de “drogas”, a medicina demonstra que pretende utilizar os avanços dos conhecimentos neuroquímicos para, cada vez mais, proteger o ser humano, sobretudo dele próprio, e de seu insistente e incurável desejo de alterar a consciência e buscar o prazer.

#### 4d. A determinação do prazer das “drogas”

No discurso médico, parecem prevalecer três tipos de concepção sobre a motivação para o uso de “drogas”. O primeiro diz respeito a uma curiosidade típica da adolescência, da juventude, um momento em que a necessidade de confrontação com os valores estabelecidos é muito grande. Os trabalhos médicos que lidam com adolescência e voltados para o grande público reforçam este tipo de motivação por considerarem a adolescência o momento de maior risco no tocante ao uso de “drogas”. A curiosidade do adolescente o motiva a experimentar novas sensações, o que é considerado normal pelos médicos, mas o expõe aos riscos do uso de “drogas”. Este tópico é controverso entre os médicos: enquanto para alguns experimentar “drogas” pode fazer parte do desenvolvimento natural do adolescente<sup>25</sup>, para outros, esta curiosidade é intrinsecamente ruim:

*É preciso, entretanto, saber separar a boa curiosidade da curiosidade nociva, e querer conhecer o mundo das drogas é, de fato, uma **curiosidade ruim**, já que sabemos efetivamente que as drogas fazem mal à saúde, alteram o pensamento e mudam o comportamento das pessoas.* (TIBA, idem: 16 grifo do autor)

O segundo, mais abrangente, concentra-se na busca da fuga ou compensação para uma vida difícil, tensa, angustiada, problemática. Os trabalhos médicos voltados para grande público e as notícias vinculadas pela mídia se detêm muito sobre esse tipo de motivação. Os próprios médicos compartilham a idéia de que o uso de “drogas”, e não necessariamente o abuso ou a dependência, está ligado aos problemas graves da vida subjetiva moderna, repleta de situações de limite e que beiram a anomia social.

*“Não dá a sensação de que por azar o cara pegou essa droga e essa droga é uma droga fudida e fudeu com a vida dele. A sensação que dá é que a vida do cara foi fudendo, foi fudendo e ele foi acabar numa droga muito fudida.”* (Guilherme)

*“Então a droga acaba sendo um bode expiatório para uma série de mazelas sociais que as pessoas não conseguem resolver porque não estão afim.”* (César)

Também na mesma direção da idéia de fuga ou compensação, outro fator que pode levar ao uso de drogas, para os médicos, é a fuga de perturbações mentais, consideradas pela psiquiatria como doenças que precisam de tratamento específico. Se não tratadas, podem levar à dependência química grave. A desestruturação familiar também é citada pelos médicos como fator importante, principalmente na família sem exemplos e regras claras. Enfim, uma série de problemas que geram, segundo os médicos,

<sup>25</sup> Os médicos consideram que o problema maior está na experimentação excessivamente precoce de “drogas” por jovens.

ou um vazio a ser preenchido ou um excesso a ser aliviado. Esses dois fatores envolvem o elemento que conforma um terceiro, aquele que parece envolver maior complexidade, a busca pelo prazer.

Há consenso no interior da medicina com relação ao prazer proporcionado pelo uso de “drogas”. Entretanto, a noção de prazer deve ser necessariamente relativizada. Não há concordância clara sobre que tipo de prazer esse uso de diversas substâncias envolve e no caso de uso regular e freqüente, se esse prazer permanece o mesmo por um tempo prolongado. A noção de que as drogas proporcionam prazer até o momento em que se instala a dependência e a tolerância é bastante difundida.

De acordo com uma concepção muito comum, as “drogas” proporcionam dois tipos de prazer, um positivo, resultante de experimentações iniciais ou de um uso não contínuo, e um prazer negativo, característico de um quadro de dependência onde o indivíduo usa a substância apenas para diminuir o mal estar de sua abstinência (por exemplo OLIVENSTEIN, 1988; TIBA, 1989, SISSA, 1999). Para que esta oposição positivo/negativo opere, o fenômeno da tolerância é fundamental, pois comporia o elemento básico do prazer negativo, ligado diretamente à dependência, como já foi visto. A tolerância, pressupostamente um fenômeno bioquímico, ocasionado por uso freqüente de uma substância, obrigaria o usuário a ingerir quantidades progressivamente maiores dessa substância, ou até utilizar outra substância mais forte, para atingir o efeito desejado, geralmente o mesmo do momento em que começou a utilizá-la. Este processo foi bem demonstrado com opiáceos (ESCOHOTADO, 1997) e diversas outras substâncias, mas não existem pesquisas concludentes sobre sua existência com relação à outras, como maconha ou cocaína. No caso da cocaína, ao invés de efeitos, a tolerância é atestada em decorrência da quantidade que um usuário freqüente é capaz de consumir, dose que seria letal a um não usuário (SEIBEL, 2001). Mas o caso da maconha é mais interessante: a tolerância não foi comprovada fisicamente pela medicina através de exames clínicos (KARNIOL, 2001: 133), mas seria percebida pelos médicos através de depoimentos de usuários ou da freqüência de uso registrada:

*“O uso crônico (da maconha) causa uma certa tolerância. Nós vemos pessoas que nos procuram e fuma 12 baseados de maconha por dia, ou seja, ela é altamente tolerante.”* (Ronaldo Laranjeira – TV UNIP).

Trata-se de um problema que é resolvido através de constatações subjetivas do paciente: dosar os efeitos da maconha em pessoas diferentes, ou seja, saber se um indivíduo tem um organismo tolerante ou se simplesmente acostumou-se de tal maneira com o uso da substância que não consegue mais deixar de usá-la. Isso envolve ainda a dosagem de THC (tetrahidrocannabinol), substância psicoativa mais forte da maconha, cujos percentuais determinam os efeitos no organismo. Plantas geneticamente alteradas podem produzir ervas com percentual de THC que pode ser até 10 vezes acima do normalmente encontrado. Este processo estaria tornando a maconha uma droga mais forte e com maior potencial de tolerância.

*“Quando se conversa com usuários de muitos anos de maconha, eles dizem "ah, naquele tempo é que tinha uma maconha boa, forte, a de hoje não vale nada". E é exatamente o contrário.”* (Ronaldo Laranjeira – TV UNIP)

No mesmo programa, outro médico, desta vez um toxicologista, relata que pesquisas realizadas no Brasil apontam para outra direção:

*“Eu quero informar, não em primeira mão, mas é bom que os jovens saibam disso: a maconha brasileira é uma das piores do mundo. Nós temos vários casos de maconha que não tem nada detectável de THC através de estudos bioquímicos que temos feito.”* (Anthony Wong – TV UNIP)

Não se trata apenas de discordância contextual entre dois médicos entrevistados pelo mesmo programa. Diz respeito a concepções subjetivas quanto aos efeitos do uso da maconha e de outras substâncias, e a forma como a medicina enxerga este prazer. Para a medicina, o prazer liga-se diretamente ao aspecto fisiológico que a substância produz. Contextos rituais, culturais e religiosos que envolvem o uso de diversas substâncias são, na maior parte das vezes, colocados abaixo do que realmente parece importar: determinados neurotransmissores que são acionados ou desligados pela ação de determinadas substâncias. Os mesmos psicoativos que, no caso de um diagnóstico médico de mania-depressiva, estimulam a serotonina para suprir as falhas de um sistema neurológico, são vetados para o consumo onde essa falha não for “devidamente” constatada. Sem a indicação médica, as “drogas” dão apenas uma falsa sensação de realidade e prazer:

*“Você perde a noção de realidade, você vê as coisas de uma forma distorcida, talvez mais otimista o mais pessimista que normalmente.”* (Anthony Wong – TV UNIP)

*“E as drogas dão uma espécie de curto-circuito, dão ao corpo uma espécie de prazer sem que ele exista. Dão uma ilusão química do prazer.”* (Ronaldo Laranjeira TV UNIP)

A noção de prazer químico é uma constante em trabalhos voltados para o grande público. Esse prazer químico se diferenciaria de um prazer natural, que é ligado às atividades normais da vida humana. O prazer químico seria uma forma de “enganar” o organismo com estímulos neurais que ele teria sido programado para gerar em momentos que realmente são importantes ou benéficos para a espécie, como reprodução, alimentação e descanso.

*As drogas, de maneira geral, dão um **prazer químico**, o que é diferente do prazer fisiológico, que é natural (...) Em geral, quem procura o prazer químico não está satisfeito com a própria vida e não tem saúde psíquica suficiente para trabalhar a sua insatisfação. É importante saber que, após o prazer químico, sucede-se uma depressão, isso não acontece com o prazer natural.* (TIBA, 1994: 45 grifo do autor)

Nesse sentido, o prazer decorrente do uso de “drogas” portaria, em si, uma negatividade decorrente de seu aspecto antinatural ou anormal. Ele seria, nesse sentido, plenamente dispensável, mas não serão abandonadas pela humanidade, na medida em que fazem parte de uma “cultura” universal:

*“Porque não tem, mais uma vez, na visão médica clássica, eu não consigo ver, como médico, assim... um benefício, francamente, no uso de drogas pela sociedade. (...) Não, não acho não (sobre a possibilidade de não haver mais uso de “drogas”). Acho que o uso de drogas faz parte da nossa cultura, eu acho que precisamos nos adaptar a isso daí.” (Paulo).*

O preço pela “ilusão química” do prazer seriam os riscos que ela envolve. Em um mecanismo natural, o corpo humano responde a tentativa de enganá-lo:

*“O cérebro dela (a pessoa que usa cocaína) às vezes fica incapacitado de sentir prazer. É quase como se fosse uma vingança divina contra uma pessoa que busca o prazer artificial, é como se ela fosse punida pelo próprio cérebro, fica quase que incapacitado de experimentar as outras fontes de prazer.” (Ronaldo Laranjeira – TV UNIP)*

Os discursos médicos são consensuais com relação ao prazer proporcionado pelas “drogas”, mas buscam inseri-los em categorias classificatórias, como “positivo”, “negativo”, “químico” ou “ilusório”. Característica clássica da psiquiatria, a tipificação do comportamento humano é fundamental para compreender como a medicina articula-se como peça fundamental da bio-política. Assim como foi estabelecido o limite entre o prazer sexual normal e aquele que se tornava patológico, a medicina busca qualificar e determinar os limites possíveis do prazer proporcionado pelas substâncias psicoativas, através da manipulação de conceitos e categorias que unem o cada vez mais sofisticado e complexo saber sobre os aspectos bioquímicos do corpo humano às percepções morais profundas que estruturam seu discurso.

#### **4e. Apontamentos sobre a relação mídia e discursos médicos sobre “drogas”**

Alguns estudos têm apontado que a mídia aborda a questão do uso de “drogas” de maneira preponderantemente estereotipada e exagerada, acarretando a criação de um pânico “não-justificado” (CARLINI-COTRIM et al. 1995). As observações de dois anos de diversos segmentos da mídia revelaram que o tom alarmista é, de fato, freqüente. Nesse processo, os discursos médicos ocupam um lugar de destaque: são eles que vão referendar cientificamente a matéria ou artigo publicado. Geralmente, os artigos já têm ou um pressuposto de antemão, falar dos malefícios provocados por quem usa “drogas”, ou expõem alguma controvérsia, como o uso terapêutico ou legalização da maconha. O espaço e o tempo reduzidos fazem com que o discurso médico seja editado de forma a apenas a comprovar o que a matéria afirma, ou ilustrar um dos lados do debate, geralmente de maneira estereotipada. Os médicos dizem já ter se acostumado com esse esquema, apesar de evitarem críticas diretas:

*“Às vezes até o próprio jornalista, que tem uma visão já do problema, ele busca uma forma de... Então você pega jornais mais conservadores, eles querem pegar “causa câncer, queima neurônio”, eles pegam do que você fala. O outro lado, é alguma coisa desse tipo “o Joãozinho usa maconha a vida toda e nunca teve problema na faculdade”. (...) Se você pegar um jornalista que teve filho usuário de drogas, o cara vai pegar diferente.” (Alexandre)*

Na maior parte dos casos os jornalistas buscam especialistas ligados aos grupos que tratam do tema mas, em muitos casos, médicos de diferentes especialidades são ouvidos<sup>26</sup>. O editor de Saúde da Folha de S. Paulo, indagado sobre como é feita a seleção do especialista para a finalização da matéria, respondeu da seguinte maneira:

*“Depende muito de quem está cobrindo a pauta. Se for uma coisa com mais tempo, que eu mesmo esteja fazendo, procuramos aqueles médicos que sabemos que tem um trabalho na área. Mas se a pauta precisa ser fechada rapidamente, o repórter que estiver fazendo vai buscar numa lista que ele dispõe, meio aleatoriamente.”*<sup>27</sup>

Os médicos, sabendo do interesse da mídia por declarações polêmicas, dosam as palavras, principalmente para não terem seu nome ou o nome da instituição que trabalham vinculados a alguma posição específica.

*“Se você tem um espaço para se explicar, tudo bem, agora se isso sai na manchete de um jornal, “médica do Hospital das Clínicas falou que é natural adolescente experimentar drogas”, se imagina o que acontece. E é isso que a mídia gosta, infelizmente.”* (Regina)

Ou seja, a exposição do discurso médico pela mídia privilegia o aspecto polêmico que a controvérsia em torno da questão do uso de “drogas” suscita, legitimando-se prioritariamente sobre o peso institucional do médico que opina. Esta vinculação será mais explorada na finalização da pesquisa. De qualquer forma, um importante aspecto foi revelado através de uma análise sistemática do tema no Jornal Folha de S. Paulo. Em matérias analisadas durante um ano e meio, procurou-se identificar qualquer reportagem, artigo ou editorial que tratasse de uso de “drogas” e citasse nominalmente algum médico, de qualquer especialidade. Foram selecionados 18 artigos que obedeceram a esse critério. Apenas para melhor visualização dos resultados, os dados foram tabulados de acordo com uma classificação do tipo e do assunto do artigo (Quadro 2).

**Quadro 2 - Artigos do Jornal Folha de S. Paulo que tratavam de uso de “drogas” e citavam nominalmente médicos no período de 01/01/2001 À 30/06/2002**

	Artigos escritos por médicos	Artigos ou editoriais que citam médicos	Reportagens que citam médicos	TOTAL
Legislação sobre “drogas”	2	2	3	7
Caso “Soninha” <sup>28</sup>	1	1	1	3
Tratamento para dependentes	-	-	2	2
Uso terapêutico de maconha	-	-	1	1
Avaliação dos efeitos	-	-	1	1
Escolas e Uso de “drogas”	-	-	1	1

<sup>26</sup> Dráuzio Varella, mesmo sendo especialista em oncologia e infectologia, é um dos médicos freqüentemente ouvidos por jornais e TVs. Já está pré-marcada uma entrevista com ele no segundo semestre de 2002, para a fase final da pesquisa.

<sup>27</sup> Pergunta realizada durante a Jornada “Mídia e Uso de Drogas” realizada em junho de 2002 pela Associação Paulista de Medicina.

<sup>28</sup> Em novembro de 2001 a apresentadora Soninha foi demitida da TV Cultura de televisão por ter afirmado à Revista Época que fumava maconha ocasionalmente, o que causou grande repercussão na mídia.

Campanha da Fraternidade da CNBB <sup>29</sup>	-	-	1	<b>1</b>
Médicos dependentes <sup>30</sup>	-	-	1	<b>1</b>
Mudanças na diretoria do CONEN <sup>31</sup>	-	-	1	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>18</b>

Percebe-se que na maioria das vezes que os médicos são ouvidos pelo jornal, as temáticas se concentram em debates diretos a respeito de legislação e controvérsias públicas sobre uso de “drogas”, como o “caso Soninha”. Uma análise possível para o dado é que os discursos médicos têm um peso importante para dar validade à debates amplos sobre uso de “drogas”, que envolvem temas muito mais amplos que o tratamento de dependente. Ou seja, ao mesmo tempo que os médicos demonstram preocupação com relação à excessiva medicalização na abordagem do uso de “drogas”, suas opiniões são sempre requisitadas (e concedidas) pelo jornal para avaliar o amplo espectro temático da questão, desde o caso de um artista que revela ser usuário de maconha até mudanças nas penas para traficantes e consumidores.

Para que a análise, já bastante breve, não ficasse restrita ao jornalismo, foi perguntado aos médicos sobre a abordagem do tema uso de “drogas” na ficção, especialmente a teledramaturgia. Caso os médicos não abordassem espontaneamente o assunto, lhes era perguntado a respeito da abordagem do tema “drogas” na novela *O Clone*, que a Rede Globo exibiu em 2001/2002<sup>32</sup>. Apenas um médico não quis opinar. Todos os outros disseram considerar positiva a experiência da novela.

*“As coisas que eu vi, eu achei bem feitas. As coisas que existiam de vez em quando de você pegar alguém que teoricamente está tendo abstinência de uma coisa tendo sintomas que não costumam aparecer naquele tipo de abstinência. São coisas desse tipo, mas sinceramente, para o público geral, isso não tem importância nenhuma, o fato de descobrir que existem sintomas, o fato de poder olhar para uma heroína, de não poder se livrar, de ter um olhar que não é só um olhar de preconceito, isso faz uma bela de uma diferença no país entendeu, acho que foi muito educativo.”* (Guilherme)

*“Acho que foi bom porque introduziu o assunto dentro das famílias. (...) Não existe hoje ninguém livre desse problema. (...) Se você não pode falar das pessoas da tua família, fala da novela. (...) Não precisa perguntar claramente “O que você acha da maconha?”, você pergunta “o que você achou daquele capítulo da novela?”* (Regina)

A mesma médica também enxerga algo de negativo na novela:

*“O que eu acho que precisa tomar cuidado, é o tempo todo relativizar, não precisa chegar num estágio final para ser identificado como dependente, você tem todo um processo. (...) Mas também causou um contra-identificação, “eu não estou assim, então não tenho problema”.* (Regina)

<sup>29</sup> O tema da Campanha da Fraternidade da CNBB (Confederação Nacional dos Bispos do Brasil) em 2001 foi “Vida sim, drogas não”.

<sup>30</sup> Pesquisa realizada pela Unifesp sobre o perfil de médicos dependentes químicos.

<sup>31</sup> Em abril de 2002 o psiquiatra Sérgio Seibel foi demitido da presidência do CONEN (Conselho Estadual de Entorpecentes).

<sup>32</sup> A trama da novela incluía três personagens que se envolviam com maconha e álcool e, “meteoricamente”, se tornavam dependentes crônicos de cocaína. A novela conseguiu, em grande parte graças a esta temática, audiência recorde, o que gerou um debate intenso na mídia.

*“Acho que tem alguns aspectos, a novela foi mais carregada, mais voltada para as conseqüências negativas do uso de drogas. Se for para escolher um, é melhor escolher esse modelo. Esse modelo serve para usuários pesados, porque o usuário que cheira de vez em quando “Eu não tenho nada a ver com isso”. (...) Por outro lado, o cinema é muito liberal em relação à droga, sempre o vilão da história é o modelo, o modelo psiquiátrico.” (Guilherme)*

Como já havia sido percebido, os médicos preferem que, ao se falar de drogas, se fale preferencialmente de seus aspectos negativos. A preocupação didática de jamais se aproximar de qualquer tipo de apologia ao uso de “drogas” é compartilhada tanto pela medicina quanto pela mídia. Ambas, reproduzindo um elemento fundamental do dispositivo do uso de “drogas”, optam por uma dramaturgia onde prevaleçam, muito bem definidos, o certo e errado; mais uma vez, centrada sobre extremos, a possível ambigüidade do meio da linha não parece ser bem-vinda, tanto pela mídia quanto pelos médicos.

## **5. Esboço de uma conclusão**

A medicina social se constituiu como um saber implicitamente moral e político (MACHADO, 1978:158). A psiquiatria, especificamente, já foi classificada por Castels como uma Ciência Política (CASTELS, 1978) ou como um discurso da moralidade (BIRMAN, 1978). Não pesam mais dúvidas, ao menos nas ciências humanas, quanto a estes aspectos da medicina. O que este texto procurou discutir foi como esta dimensão moral da medicina se constrói considerando temáticas e vinculações específicas que a questão do uso de “drogas” suscita, utilizando-se da noção foucaultiana de dispositivo. Buscou-se, através destas temáticas, apontar para categorias e conceitos que guiavam o discurso médico por entre os saberes que compõe esse dispositivo.

Em primeiro lugar, ficou constatado que a medicina é um discurso legítimo sobre a questão das “drogas”, mas que, do ponto de vista governamental, esta não é, no Brasil, uma questão prioritariamente de saúde pública. Em segundo lugar, se discutiu como a própria conceituação do termo “drogas” faz parte de uma elaboração na qual a medicina compartilha seus conceitos com a linguagem do senso comum e os ressignifica. A determinação da patologia médica foi o terceiro ponto analisado, no qual foram apresentados os critérios oficiais para determinação da dependência e do abuso de “drogas”, analisando as tênues fronteiras que os médicos aplicam em sua prática clínica e nos estudos epidemiológicos. Em quarto lugar, se problematizou as motivações apontadas pelos médicos como decisivas no uso de “drogas”, discutindo-se como o conceito de prazer é classificado pela medicina com categorias que ultrapassam suas fronteiras, como “positivo”, “negativo”, “químico” etc.

Por fim, foi brevemente discutida a repercussão midiática dos discursos médicos, quando foi apontado que a mídia busca o discurso médico como forma de legitimação, mas a necessidade de se estabelecer polêmicas regem o mecanismo midiático da temática do uso de “drogas” Os médicos tendem

a se pronunciar a respeito de questões gerais do uso de “drogas”, principalmente legislação, onde terminam, na maior parte das vezes, compartilhando a visão negativa e passional da teledramaturgia.

Como se vê, concluiu-se o texto com mais questões do que se iniciou, o que não parece ser de todo modo improdutivo, mas em tempo para uma última consideração retirada da observação de campo. Quase todos os médicos entrevistados demonstravam estranhamento frente ao tema da pesquisa. Parecia-lhes estranho que um antropólogo se ocupasse de algo que não fosse o estudo dos próprios usuários ou dependentes de “drogas”. A interpretação inicial desta postura, a possível arrogância dos médicos frente ao questionamento de seu trabalho, mostrou-se simplista, e na verdade sugeriu uma reflexão mais instigante. Em nenhum momento a medicina reivindica para si uma legitimidade exclusiva no que diz respeito ao uso de “drogas”. Trata-se, na verdade de um problema epistemológico: a medicina, apesar de reconhecer o uso de “drogas” como questão multidimensional<sup>33</sup>, opera numa lógica que não pode condicionar o objeto de sua razão ao que considera circunstancial. Em outras palavras, o médico não julga saber mais sobre “drogas” que profissionais de outras áreas, mas não aceita colocar em questão a motivação ontológica de sua disciplina: melhorar a vida, prevenir o sofrimento, adiar a morte. Na maior parte das vezes em que foram questionados sobre os mais diversos aspectos do uso de “drogas”, os médicos preambulavam suas respostas com sentenças do tipo: “Como médico”, “Na medicina”, “Os estudos médicos”, “Para a medicina”. Ao mesmo tempo em que utiliza uma forma discursiva que legitima cientificamente suas posições, o médico também retira de discussão o objeto de seu trabalho, num fenômeno discursivo que Foucault denomina interdição (1996). Nesse caso a busca da verdade da medicina está estabelecida acima de qualquer coisa.

*É porque a medicina invoca – com justa razão – a ciência, e porque a ciência tornou-se sinônimo de verdade, que a medicina se constitui um bastião resistente, tanto aos mais vigorosos ataques quanto aos elogios desajeitados, e que seu próprio totalitarismo é suportado como um mal do qual é preciso esperar um bem. Mais ainda, sua metodologia, ou pelo menos a da biologia, tornou-se um modelo de que a epistemologia particularmente se apropriou. (CLAVREUL, idem: 49)*

Ainda em andamento, esta pesquisa não pretende fazer uma crítica da medicina, de suas percepções, ou, parafraseando Foucault (1998: XVIII), "por uma medicina contra uma outra, ou contra uma medicina, por uma ausência da medicina". Pelo contrário, parece importante que a questão do uso de "drogas" deva ser, do ponto de vista governamental, tratada como problema de saúde pública. Entretanto, historicamente, e em relação ao uso de "drogas" parece não ser diferente, resguardar um distanciamento dos diversos aspectos que compõe a complexa problemática do corpo, do prazer e da normalidade, com o pretenso objetivo de defender interesses superiores da humanidade levaram os discursos e pressupostos médicos ao encontro da moral e, principalmente, da bio-política. Na relação entre a medicina e o dispositivo do uso de "drogas", dispositivo que ela ajudou a fundar, os discursos se situam, de fato, entre

<sup>33</sup> Os médicos por diversas vezes insistem que o uso de “drogas” deve ser visto de diversos ângulos, econômico, sociológico, antropológico, político etc.



a criminalização e a medicalização, conformando uma lógica beligerante; no contexto da *war on drugs*, nada que possa ser considerado permissividade ou fraqueza para com o inimigo deve ser tolerado.

Texto apresentado na XXVI Reunião anual da ANPOCS, realizada em Caxambú 2002.

## BIBLIOGRAFIA

- ADIALA, Julio César. "A criminalização dos entorpecentes" In: Papéis Avulsos, Crime e Castigo vol. 1. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 1986.
- BECKER, Howard S. *Outsiders: Studies in the sociology of Deviance*. New York:, The Free Press, 1966.
- \_\_\_\_\_. *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1976.
- BIRMAN, Joel. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.
- BUSCHER, Richard. *Drogas e Sociedade nos tempos da AIDS*. Brasília: Editora UnB, 1996.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1982.
- CARLINI-COTRIM, Beatriz & GALDURÓZ, José C. F. & NOTO, Ana R. & PINSKY, Ilana. "A mídia na fabricação do pânico de drogas: um estudo no Brasil". *Comunicação & Política*, v. 1, nº. 2, nova série. Rio de Janeiro: Cebela, 1995.
- CARNEIRO, Henrique. *Mezinhas, Filtros e Triacas: Drogas no mundo moderno (XVI ao XVIII)*. São Paulo, USP/FFLCH. Dissertação de Mestrado em História, 1993.
- CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: A Luta Contra a Sífilis no Brasil, da Passagem do Século aos Anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998
- CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.
- CAZENAVE, Silvia de Oliveira Santos. "Toxicologia geral das substâncias psicoativas de abuso". In SEIBEL, Sérgio Dário e TOSCANO, Alfredo Jr (orgs). *Dependência de Drogas*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000.
- CHALHOUB, Sidney. "Medo branco de almas negras: escravos, libertos e republicanos na cidade do Rio". In: Papéis Avulsos, Crime e Castigo, vol. 2. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 1986.
- CHAUÍ, Marilena. *Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Ed. Moderna, 1981.
- CLAVREUL, Jean. *Poder e Impotência no Discurso Médico*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983.
- CRUZ, Marcelo Santos. "Práticas médicas, toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania". In ASCELRAD, Gilberta. *Avessos do Prazer: drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- DOUGLAS, Mary (org.). *Constructive Drinking: Perspectives on Drink from Anthropology*. New York: Cambridge University Press, 1991.
- DUARTE, Luis Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPq, 1986.
- DURHAM, Eunice Ribeiro. "A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas". In CARDOSO, Ruth (org.). *A Aventura Antropológica: teoria e pesquisa*. São Paulo: Paz e Terra, 1988.
- \_\_\_\_\_. "A dinâmica cultural na sociedade moderna". *Ensaio de Opinião*. Rio de Janeiro: Ed. Paz e

- Terra, 1977.
- DURKHEIM, Émile. *As Regras do Método Sociológico*. In Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- EDWARD, Griffith et. al. *A natureza da dependência de drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- ESCOHOTADO, Antonio. *O Livro das Drogas: Usos e abusos, desafios e preconceitos*. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.
- \_\_\_\_\_. *História de las drogas: Vols. 1, 2 e 3*. Barcelona: Alianza Editorial, 1998.
- FONSECA, Guido. *O submundo dos tóxicos em São Paulo (Séculos XVIII, XIX e XX)*. São Paulo: Ed. Resenha Tributária, 1994.
- FORMIGONI, Maria Lúcia O. Souza. “Neurobiologia da Dependência de Substâncias Psicoativas”. In SEIBEL, Sérgio Dário e TOSCANO, Alfredo Jr (orgs). *Dependência de Drogas*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000.
- FOUCAULT, Michel. *A Arqueologia do Saber*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1972.
- \_\_\_\_\_. *História da Sexualidade II: O uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984.
- \_\_\_\_\_. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1993.
- \_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1994.
- \_\_\_\_\_. *A Ordem do Discurso*. São Paulo: Edições Loyola, São Paulo, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- \_\_\_\_\_. *O Nascimento da Clínica*. São Paulo: Forense, 1998.
- GALDUROZ, José Carlos et. al. *I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas (Parte A - São Paulo)*. São Paulo: CEBRID, 2000.
- GIUMBELLI, Emerson A. *O fim da religião: controvérsias acerca das “seitas” e da liberdade religiosa no Brasil e na França*. Rio de Janeiro, UFRJ/Museu Nacional. Tese de Doutorado em Antropologia Social, 2000.
- \_\_\_\_\_. “Para além do Trabalho de Campo”: reflexões supostamente malinowiskianas”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 17, nº. 48. São Paulo: ANPOCS, 2002.
- GRAEFF, Frederico G. *Drogas Psicotrópicas e seu modo de ação*. São Paulo: EPU, 1984.
- GOOD, Byron J. *Medicine, Rationality, and Experience: An anthropological perspective*. New York: Cambridge University Press, 1990.
- IGLESIAS, Francisco de Assis. “Sobre o vício da Diamba” (publicado originalmente em 1918). In HENMAN Anthony & PESSOA Oswaldo Jr. (orgs.). *Diamba Sarabamba*. São Paulo: Ground, 1986.
- INABA, Darryl S. e COHEN, William E. *Drogas: estimulantes, depressores, alucinógenos: Efeitos físicos e mentais das drogas psicoativas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.
- KARNIOL, Isac Germano. “Subsídios à problematização dos discursos médico e jurídico”. In GONÇALVES, Odair & BASTOS, Francisco Inácio (orgs.). *Só socialmente*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- \_\_\_\_\_. “*Cannabis Sativa* e Derivados”. In SEIBEL, Sérgio Dário e TOSCANO, Alfredo Jr (orgs). *Dependência de Drogas*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000.
- LABATE, Beatriz Caiuby e ARAÚJO, Wladimir Sena (orgs.). *O uso ritual do ayahuasca*. Campinas: Mercado de Letras. São Paulo: FAPESP, 2002.
- LARANJEIRA, Ronaldo et al. *Drogas: maconha, cocaína e crack*. São Paulo: Contexto, 1998.
- \_\_\_\_\_. e PINSKY, Ilana. *O alcoolismo*. São Paulo: Contexto, 2001.

- LEITE, Marcos da Costa e ANDRADE, Arthur, Guerra de (orgs.). *Cocaína e Crack: Dos fundamentos ao Tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- LIMA, Hermeto. *O alcoolismo no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1914.
- LONGENECKER, Gesina L. *Drogas: ações e reações*. São Paulo; Market Books: 2002.
- LUZ, Madel Terezinha. *Medicina e Ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.
- MACHADO, Roberto {et al.} *Danação da Norma: Medicina social e construção da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MACRAE, Edward e SIMÕES, Júlio Assis. *Rodas de Fumo: O uso da maconha entre camadas médias urbanas*. Salvador: EDUFBA, 2000.
- MARLATT, G. Alan (org.) *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- MEDINA, Maria Guadalupe {et al.} “Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas”. In SEIBEL, Sérgio Dário e TOSCANO, Alfredo Jr (orgs). *Dependência de Drogas*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000.
- MERTON, Robert King. *Teoria Social e Estrutura*. São Paulo: Mestre Jou, 1970.
- MONTERO, Paula. *Da doença à desordem: as práticas mágico-terapeutas na umbanda*. FFLCH/USP. Tese de doutoramento em Antropologia Social, 1983.
- MUSUMECI, Bárbara. Participação no Seminário “Mídia, Drogas e Criminalidade”. Comunicação & Política, v. 1, nº. 2, nova série. Rio de Janeiro: Cebela, 1995.
- OLIVENSTEIN, Claude. *A Droga*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1988.
- PAIXÃO, Antonio L. “Problemas sociais, políticas públicas”. In ZALUAR, Alba (org.). *Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994.
- PASSETTI, Edson. *Das “fumerías” ao narcotráfico*. São Paulo: EDUC, 1991.
- ROCHA LIMA, Janirza Cavalcante da. Por detrás das muitas máscaras – legislação, psiquiatria e drogas. Mimio, sem data.
- RODRIGUES, Nina. *Os africanos no Brasil*. Rio de Janeiro: Cia. Editora Nacional, 1933.
- \_\_\_\_\_. *As raças humanas e a responsabilidade penal do Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1957.
- RODRIGUES, Thiago M. S. “Proibição e controle social nos Estados Unidos: uma genealogia da guerra às drogas”. Texto apresentado a o encontro da ANPHU. São Paulo, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Política e Drogas nas Américas*. São Paulo, PUC. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais, 2001.
- ROSEN, George. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994.
- SANCHEZ, Amauri M. Tonucci (et al.). *Drogas e Drogados: O Indivíduo, A Família, A Sociedade*. São Paulo: EPU, 1987.
- SZASZ, Thomas. *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Anagrama, 1994.
- SCHEERER, Sebastian. “Dominação Ideológica versus Lazer Psicotrópico” in RIBEIRO, Maurides de M. & SEIBEL, Sergio D. (orgs.). *Drogas: a hegemonia do cinismo*. São Paulo, Editora Memorial, 1997.
- SECRETÁRIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. *Padrões de Saúde: A farmacodependência em seus múltiplos aspectos*. II Volume. São Paulo, 1982.
- SEIBEL, Sérgio Dário e TOSCANO, Alfredo Jr (orgs). *Dependência de Drogas*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000.

- SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier. *Drogas: Uma Compreensão Psicodinâmica da Farmacodependência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.
- SISSA, Giulia. *O prazer e o mal: Filosofia da droga*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- TIBA, Içami. *Saiba mais sobre maconha e jovens*. São Paulo: Ed. Ágora, 1989.
- \_\_\_\_\_. *Respostas sobre drogas*. São Paulo: Editora Scipione, 1994.
- VARGA, Istvan Van Deursen. *Certezas Médicas, Subversões Francesas, Paixões Barrocas, Especiarias Africanas*. São Paulo, PPGAS/USP. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social, 1995.
- VARGAS, Eduardo Viana. “Os corpos intensivos: sobre o estatuto social das drogas legais e ilegais” In DUARTE, Luis Fernando Dias e LEAL, Ondina Fachel (orgs). *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas Etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- VELHO, Gilberto. *Individualismo e Cultura: notas para uma Antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.
- \_\_\_\_\_. “A dimensão social e política dos mundos das drogas”. In ZALUAR, Alba (org.). *Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Nobres e Anjos: um estudo sobre tóxicos e hierarquia*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- VESPUCCI, Emanuel Ferraz e Ricardo. *O revólver que sempre dispara*. São Paulo: Casa Amarela, 1999.
- ZALUAR, Alba “A criminalização das drogas e o reencantamento do mal”. In ZALUAR, Alba (org.). *Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994.
- \_\_\_\_\_. *A Máquina e a Revolta: As organizações populares e o significado da pobreza*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1985.
- \_\_\_\_\_. “Violência e crime”. In MICELI, Sérgio (org.). *O que ler na ciência social brasileira: Antropologia (1970-1995)*. São Paulo: Ed. Sumaré, 1999.

Texto apresentado na XXVI Reunião anual da ANPOCS, realizada em Caxambú 2002.