

XXVIII Reunião Anual da ANPOCS

**TENSÕES ENTRE O BIOLÓGICO E O SOCIAL NAS CONTROVÉRSIAS
MÉDICAS SOBRE USO DE “DROGAS”**

Mauricio Fiore

*ST03 - ciências sociais e biologia em cenários contemporâneos: repensando
fronteiras e interfaces.*

coordenadores: Ricardo Francisco Waizbort (FIOCRUZ) , Renan Springer de Freitas
(UFMG) , Ricardo Ventura Santos (FIOCRUZ, MN/UFRJ)

Sessão 3: As ciências sociais frente a dinâmicas socio-políticas contemporâneas.

Caxambú
2004

TENSÕES ENTRE O BIOLÓGICO E O SOCIAL NAS CONTROVÉRSIAS MÉDICAS SOBRE USO DE “DROGAS”¹

Mauricio Fiore²

O consumo sistemático de substâncias psicoativas – aquelas que de alguma forma agem no sistema nervoso, na consciência ou na psique humana – esteve presente na história humana desde o momento em que podemos alcançá-la. Uma bibliografia diversificada enumera as diversas maneiras como essas substâncias foram colhidas, produzidas, usadas e representadas por diferentes sociedades ao longo do tempo³. No entanto, a instituição do uso de algumas substâncias, então chamadas genericamente de “drogas”, como uma questão social é historicamente recente, tendo seu início na passagem do século XIX para o século XX:

Com efeito, os “problemas sociais” são instituídos em todos os instrumentos que participam da formação da visão corrente do mundo social, quer se trate dos organismos e regulamentações que visam encontrar uma solução para tais problemas, ou das categorias de percepção e pensamento que lhes correspondem (LENOIR, idem:62 - grifo do autor)

Enquanto questão social, o uso de “drogas” se constitui objeto de debate público e com isso, movimenta uma miríade de falas entre as quais se destacam as dos atores autorizados a fazê-lo, ou seja, os especialistas. A medicina, cuja consolidação definitiva como um saber social e cientificamente legitimado foi praticamente contemporânea ao surgimento da questão das “drogas” enquanto tal, goza de especial importância em grande parte do debate que cerca o tema. A pesquisa que originou esse texto teve como objetivo discutir o debate público contemporâneo sobre uso de “drogas” tendo como foco de análise as controvérsias médicas que dele participam.

Embora a fronteira entre as ciências biológicas e as ciências sociais não fosse o foco da pesquisa, o tema perpassa momentos importantes do trabalho. Assim, esse texto busca recuperar questões como a determinação de uma patologia, a classificação do prazer, a noção e as decorrências de pré-disposição genética e, como forma dar início à discussão, a definição de “droga”. Todos esses temas, objeto da fala pública dos médicos especialistas em uso de “drogas” ouvidos⁴, operam a partir da deslocação freqüente entre conhecimento biológico e determinações

¹ Esse texto tem como base a pesquisa realizada para minha dissertação de mestrado em Antropologia Social, “Controvérsias Médicas e a Questão do Uso de Drogas”, cujo financiamento foi da FAPESP.

² Mestre em antropologia social pela USP, assistente de pesquisa no Centro de Estudos da Metrópole (CEM-CEBRAP) e membro do NEIP (Núcleo de Estudos Interdisciplinar sobre Psicoativos).

³ A obra História de las Drogas de Antonio Escobedo (1999) é, sem dúvida, referência primordial na historiografia sobre o tema. Um outro trabalho importante sobre o consumo de psicoativos a partir do século XVI, embora limitado aos contextos europeu e norte americano, é o de Davenport-Hines (2003).

⁴ A metodologia é discutida com mais detalhes na dissertação de mestrado. Para os fins desse texto, lembra-se que foram entrevistados os médicos que então dirigiam à grupos e núcleos ligados ao tema uso de “drogas” nas duas

sociais de todo tipo e que se pretende chamar a atenção aqui. O fato de esse texto ser um desdobramento de um texto maior, a dissertação de mestra finalizada há pouco, talvez confira aos argumentos algo de incompleto; não pretendo que isso seja uma desculpa para lacunas, mas um convite para a leitura do trabalho completo.

a) “Drogas” – fronteiras e abrangência do termo

Uma das primeiras questões colocadas para os médicos nas entrevistas realizadas foi “como define ou entende o termo droga?”. A reação de estranhamento demonstrado por boa parte dos médicos parece indicar que, diferente dos demais temas abordados, não se trata de algo debatido com frequência, o que foi observado também na análise da produção escrita. A atenção dada a esse ponto, a problematização e conceituação do termo “droga”, era um dos objetivos imaginados já nas fases iniciais do projeto⁵. Por ser um ponto cabal, já que nomeia o próprio debate que se quer analisar, o termo “drogas” pode, para além de uma análise lingüística ou etimológica, tarefas não pretendidas aqui, iniciar a discussão a respeito dos pressupostos médicos a seu respeito.

Em primeiro lugar devemos considerar que o termo tem origem etimológica incerta⁶, e o seu significado, sob o ponto de vista farmacológico contemporâneo, engloba todas as substâncias que provoquem alguma mudança fisiológica num corpo sem ser fundamental para sua sobrevivência⁷. Entretanto, uma rápida verificação da linguagem cotidiana revela um conceito farmacologicamente impreciso, o que pode ser exemplificado nessa 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).

maiores escolas de medicina de São Paulo (USP-Universidade de São Paulo e Unifesp-Universidade Federal de São Paulo). Essas instituições foram: GREA (Grupo de Estudos Interdisciplinares sobre Álcool e Drogas) do Instituto de Psiquiatria da USP, Cebrid (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), PROAD (Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes) e UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas), todos da UNIFESP. Içami Tiba, um médico de grande destaque no debate público sobre uso de “drogas” e cujos livros tem a maior vendagem sobre o tema na história do Brasil, foi incluído no universo pesquisado, embora não pertença a nenhuma dessas instituições.

⁵ Desde a redação inicial do projeto, o termo “drogas” foi escrito entre aspas, suscitando em diversos leitores o “sinal de perigo” que costuma significar esse símbolo. As aspas foram postas com o intuito de salientar que o trabalho, entre outras coisas, buscava problematizar o próprio significado do termo.

⁶ 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. Droga teria então um parentesco lingüístico com alimento e também com coisa má. Essas acepções também existem nas outras palavras que são sinônimos contemporâneos de drogas: tóxico vem do grego *toxicon*, que significa veneno, e fármaco, de *phármakon* que significa tanto remédio como veneno” (CARNEIRO, 1993: 56).

⁷ As origens dessa definição podem estar em Galeno e sua célebre definição da diferença entre alimento e droga: o corpo vence a primeira e se submete a segunda (CARNEIRO, op. Cit.).

Pela definição farmacológica clássica, os quatro termos grifados poderiam ser definidos como “drogas”, embora, nesse caso, apenas um termo apareça tipificado como tal. Mas não é para a imprecisão conceitual (ou factual⁸) da revista que se pretende chamar a atenção, e sim para difícil relação entre a conceituação ampliada do termo e o seu sentido restrito do ponto de vista farmacológico e/ou medicinal. Grosso modo, o conjunto de significados cotidianos que podem ser apreendidos no linguajar comum e na mídia tem o seguinte formato:

Drogas = cocaína, maconha, crack, etc (substâncias psicoativas ilícitas);

Álcool e tabaco = bebidas e cigarro (substâncias psicoativas lícitas);

Remédios = medicamentos (substâncias de qualquer tipo prescritas ou não por um médico com algum efeito esperado sobre o corpo)

Esse quadro resumido não pretende esgotar a grande quantidade de outros termos utilizados na língua portuguesa cotidiana, apenas apontar de maneira esquemática algumas percepções do chamado “senso comum”. Deve-se lembrar que desde que as “drogas” foram tomadas como um problema social, uma grande quantidade de termos, já existentes ou não, foi utilizada pela medicina, pela polícia, pelo Estado, enfim, por toda a gama de agentes e saberes que participaram da instituição do fenômeno enquanto tal: tóxico, entorpecente, narcótico, estupefaciente, etc. Todos eles foram ou ainda são, de alguma forma, sinônimos do termo “drogas”. Alguns deles, como “narcótico”, ainda são muito utilizados na linguagem policial, mas foram praticamente abandonados pelos médicos e psicólogos em decorrência a sua grande imprecisão farmacológica⁹.

De qualquer forma, nenhum outro termo parece ser tão amplamente empregado como “droga”, termo capaz de representar por si só todo o debate contemporâneo e que é empregado universalmente. A OMS (Organização Mundial de Saúde), que poderia ser considerada a maior referência internacional no que diz respeito aos consensos científicos em medicina e saúde pública, define “droga” como qualquer “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). Essa definição, em si, apresenta, numa leitura mais aprofundada, dificuldades para ser precisada, visto que a idéia de “substâncias necessárias para a manutenção da saúde normal” indicaria, a princípio, que se pretende excluir

⁸ A revista admitiu o erro que cometeu quando, precipitadamente, especulou em manchete de capa que Cássia Eller tinha sido vítima de uma overdose. O laudo necrológico e o inquérito policial descartaram essa hipótese.

⁹ O termo narcótico (do grego *narkum* = adormecer, sedar) é empregado para todo o conjunto de substâncias psicoativas ilícitas, inclusive a cocaína, cujo efeito no organismo foi desde o século XVI, consensualmente descrito pela ciência como estimulante (CARNEIRO, op. Cit.)

desse conjunto os alimentos. Mas a própria noção de alimento não poderia ser definida *a priori*, já que, por sua vez, esses são considerados veículos de energia ou nutrientes vitais para o corpo humano; ou seja, não importa qual forma de líquido é ingerida – água pura (no sentido comum), chá mate ou cerveja –, ambos são capazes de fornecer a água necessária ao funcionamento do organismo humano. Se em um determinado contexto hipotético algum ser humano fosse obrigado a ingerir, em decorrência da inexistência de uma outra fonte de líquidos, cerveja, esse estaria ingerindo um alimento e não uma “droga¹⁰”, embora assim pudesse ser considerado farmacologicamente o álcool, também presente na composição da bebida. Outros exemplos poderiam ser dados¹¹, mas o importante é ressaltar que a própria definição farmacológica do termo “droga” baseia-se numa referência contextual e dificilmente pode ser considerada uma qualidade intrínseca de alguma substância. Além disso, não há nenhuma relação, segundo a própria OMS, entre “droga” e psicoatividade, que é a propriedade das substâncias capazes de agir sobre o SNC (Sistema Nervoso Central) ou o alterar de alguma maneira a psique e a consciência humana. Talvez por isso, hoje em dia o termo “substância psicoativa” seja considerado quase consensualmente, em termos farmacológicos, como o mais preciso. Há ainda o termo psicotrópico, considerados por alguns médicos como sinônimo de psicoativo, embora alguns ainda percebam diferenças entre os dois:

“Droga psicotrópica é aquela que altera o psiquismo, o comportamento, e tem um potencial de provocar dependência Ela é uma fatia, se a gente fizesse uma pizza, das drogas psicoativas (...) que atuam no psiquismo. (...) Então, a gente não está interessado em saber de neuroléptico, por exemplo, que é uma droga psicoativa, mas a gente sabe que não causa dependência.” (Pedro¹²)

Esse tipo de divisão entre substâncias psicoativas e psicotrópicas é problematizada, no entanto, por outro médico:

“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 Fenegan¹³”. (Guilherme).

De qualquer forma, a utilização cada vez mais freqüente do termo “substância psicoativa” não se dá pela diminuição significativa do uso do termo “drogas” como um sinônimo direto dos psicoativos ilícitos. Isso pode ser visto na maior parte da produção editorial sobre o tema,

¹⁰ Para citar um exemplo do caráter plausível do exemplo basta lembrar que no período das grandes navegações (séculos XV-XVII), os marinheiros estocavam, ao invés de água, barris de vinho devido sua maior durabilidade durante o longo período de viagem. Sobre a complexa distinção histórica entre alimentos e “drogas” ver, entre outros, Carneiro (2003).

¹¹ Há um outro exemplo interessante, como o tradicional consumo de água de determinadas fontes devido ao seu suposto efeito medicinal. Nesse sentido, a água é vista como remédio, portanto uma “droga”, pois alteraria funções do organismo humano (ver, entre outros, Vargas, 2002).

¹² Os nomes que seguem a trechos de entrevistas foram substituídos por nomes fictícios.

¹³ Fenegan é o nome fantasia de um anti-inflamatório.

inclusive os títulos cujos autores são médicos, tem em seus títulos ou subtítulos o termo “droga” com esse sentido (fora da área médica esse uso é ainda mais intenso)¹⁴. Outra mudança na utilização do termo “drogas” vem ocorrendo com relação a sua abrangência, haja vista que nas duas últimas décadas as duas substâncias psicoativas legais (na maioria dos países) mais consumidas do mundo, o tabaco e o álcool, têm sido cada vez mais nomeadas sob essa denominação. Esse processo se deve basicamente a um esforço de diversos setores ligados ao tema, no qual se destacam os médicos e os profissionais de saúde pública, por um controle mais rigoroso do Estado da propaganda e da venda dessas substâncias, o que foi percebido também no conjunto das instituições pesquisadas. No entanto, é interessante notar que, para além de uma constatação farmacológica, a associação do álcool e do tabaco (nicotina) com o termo “drogas” se dá justamente no momento em que ocorre um grande esforço por parte de diversos segmentos em mostrar o lado negativo e perigoso do consumo dessas substâncias que estariam, até então, camuflados. Nesse sentido, a mensagem impressa obrigatoriamente nas propagandas e embalagens de cigarro por determinação do Ministério da Saúde é reveladora: “Nicotina é droga e fumar causa dependência.”¹⁵.

No caso dos médicos estudados, pôde ser apreendido que o uso do termo “drogas” torna possível a comunicação com os pacientes e com a mídia através de um significado publicamente compartilhado, o que não ocorreria no caso de outros termos, como substâncias psicoativas. Ainda que se note uma utilização cada vez mais freqüente de outros termos, o uso da palavra “droga” possibilita que um campo semântico comum – entre os médicos e os “leigos” – possa ser compartilhado:

“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)

Ainda que o conceito farmacológico do termo “droga”, obviamente conhecido por todos médicos, possa ser considerado muito mais preciso do que o usado comumente, a sua adoção não se dá apenas no sentido de instituir uma comunicação entre “leigos” e médicos. Na verdade, a própria medicina terminou por incorporar em sua linguagem as definições cotidianas do termo “drogas”, possuidoras de uma carga de significados específicos que formaram, e ao mesmo tempo são formados, pelos aspectos sociais e legais relacionados ao seu uso. A criminalização das substâncias hoje chamadas de “drogas”, como a cocaína, a heroína, a maconha, etc., foi, nesse sentido, decisiva, na medida em que foram justamente essas as substâncias que se desvincularam do sentido

¹⁴ Esse trabalho provavelmente, tanto em decorrência do seu tema como de seu título, também poderá ser localizado em acervos bibliográficos, quando concluído, através da palavra-chave “drogas”.

¹⁵ A associação álcool=droga é mais complexa e não tão disseminada como a associação tabaco=droga. O estatuto do álcool como uma “droga especial” será discutido posteriormente.

farmacológico original e passaram a ocupar o espaço proscrito e negativo que lhes foi reservado pelas leis e por um debate mais amplo:

“Você usar um tipo de substância para produzir uma alteração química no seu cérebro com o objetivo de ter prazer, esse é o significado mais restrito da palavra droga.” (Antônio)

“Tudo o que as pessoas usam para alterar o comportamento, sensação ou pensamento é droga. A definição é muito simples, seca, curta e clara. Independente de fazer mal ou não, tem distorções mentais, é droga. E a droga tem como característica o uso não indicado, por exemplo, quando indicado pelo médico, não é droga, é remédio, agora, quando ele passa a usar sozinho, já é droga.” (Fábio)

Esses casos parecem demonstrar que os médicos incorporaram, em maior ou menor grau, a conceituação popular do termo. Outro exemplo desse emprego está em boa parte da rede institucional existente, seja ela governamental ou não, onde o significado comum é reproduzido e compartilhado. No conjunto das instituições pesquisadas, para citar um exemplo próximo, o GREA não só adota o termo “drogas” em sua nomenclatura, como o separa do álcool (Grupo de Estudos Interdisciplinar sobre **Álcool e Drogas**)¹⁶. O UNIAD (Unidade de Pesquisa em **Álcool e Drogas**) também o faz. Já o Cebrid utiliza o termo “drogas” associando-o a um outro, psicotrópicas, e, portanto, introduz uma diferença importante quanto ao significado comum. O PROAD (Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes), para completar a lista das instituições pesquisadas, sequer utiliza o termo em sua denominação. Ao criar, em 1998, 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 muitas outras instituições, cuja listagem não cabe realizar aqui. A SENAD, numa publicação informativa que, inclusive, teve consultoria do PROAD, assim define o termo:

Drogas são substâncias utilizadas para produzir alterações, mudanças, nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional. (SENAD, 2000)

Além do próprio significado do termo “drogas”, duas de suas derivações discursivas percebidas entre muitas falas de médicos (e no debate público como um todo) devem ser mencionadas. O primeiro diz respeito ao conceito de “drogado”, que assim como o que pode estar implícito no de “bêbado”, confunde a identidade social do indivíduo com a própria natureza da substância que consome. Dessa forma, a “droga” adquire um poder negativo próprio, e seus efeitos temporais finitos, aqueles que fazem com que um indivíduo esteja sob seu efeito (estar “drogado”), passam a significar uma condição de existência permanente (ser um “drogado”). O “drogado”, ou o

¹⁶ A explicação dada pelo seu fundador é o fato do grupo ter começado sua atividades no estudo do álcool e apenas depois de anos ter encampado também a questão das demais drogas.

“viciado”, aparece em diversas falas, inclusive dos médicos pesquisados, como o dependente ou adicto¹⁷, mas, apesar da progressiva diminuição de seu emprego pelos médicos, percebida por sua ausência nas entrevistas e nas publicações, o termo ainda é usado com freqüência como um adjetivo na mídia e em publicações (por exemplo em TIBA, 1994; SILVEIRA FILHO, 1995).

Um outro exemplo interessante é a utilização freqüente nas falas do 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”, trata-se da questão da “droga”. O singular parece indicar que o peso do significado de “droga” é superior a especificidade da substância em questão. Dito de outra forma, a soma das partes, as substâncias psicoativas, é menor que seu conjunto, a questão da “droga” – carregada de uma negatividade intrínseca, a “droga” singularizada pode representar todo o complexo universo que envolve sua produção, distribuição e consumo¹⁸.

A contraposição entre a complexa definição do termo “drogas” e a ausência de debate ou até mesmo de uma reflexão mais detida sobre o assunto na medicina, explicitada na reação de estranhamento dos médicos quando perguntados a respeito, parecem revelar um fenômeno interessante: mesmo que não haja definições precisas ou unânimes, muitos médicos e instituições assumiram que “drogas” pode ser considerado, no geral, como um conjunto de substâncias específicas, justamente aquelas que, como foi dito inicialmente, foram ao longo do século XX consideradas como tal. Em outras palavras, por mais distante que o significado farmacológico do termo “droga” esteja do seu emprego mais comum, é a este último que se referem preferencialmente muitas das falas dos médicos, inclusive aquelas de caráter oficial. Se, por um lado, o emprego do termo “drogas” em seu sentido comum se configura numa opção, posto que os médicos, como foi verificado, percebem as diferenças entre o repertório farmacológico e a linguagem comum, por outro, esta opção está relacionada ao fato da medicina ser parte de um debate já bastante consolidado e com seus termos muito bem definidos.

Em todo esse campo de significados compartilhados, as opções conceituais colocam algumas questões: 1. uma redução drástica do sentido farmacológico, onde a associação entre “drogas” e substâncias psicoativas (ou psicotrópicas) torna-se preponderante, que resultam (ou são resultados) de 2. a reprodução da partilha moral entre “drogas” lícitas e ilícitas, muito bem apontada por Vargas (2001: 122): não são todas as substâncias psicoativas as qualificadas como “drogas”, termo que se refere quase sempre às drogas ilegais. Retoma-se, assim, a questão “drogas” x substâncias psicoativas legais, tratada há pouco. O álcool, por exemplo, continua gozando de uma

¹⁷ É interessante notar que o termo “adicto” teve sua origem no grego antigo *addictum*, aquele que se tornava escravo para saldar uma dívida, abrindo mão da sua condição de ser humano (BENTO apud CRUZ: 236).

espécie de estatuto diferenciado, percebido principalmente em discursos médicos veiculados publicamente, momento no qual é comum a referência, em separado, ao “álcool” e às “drogas”.

Os motivos que levam à diferenciação entre álcool e o tabaco (nicotina) são muitos, mas o que parece interessante para o momento é salientar que, mesmo que ambos sejam para a medicina substâncias psicoativas com potencial de abuso, o consumo de álcool em determinadas doses e frequência é considerado inofensivo e até recomendado por uma série de estudos¹⁸. O uso do cigarro, ao contrário, não teria nenhum tipo de benefício para a saúde humana e, mais, não haveria uso seguro de tabaco em nenhuma escala. A negatividade intrínseca, portanto, o aproxima do termo que mais carrega essas características, ou seja, “droga”.

b) A determinação de uma patologia

Uma das fontes de legitimidade da medicina enquanto um discurso autorizado a se posicionar sobre o uso de “drogas” é a associação dessa ação com a idéia de doença ou patologia. Embora essa associação tenha sido um dos principais pilares da instituição do uso de “drogas” enquanto uma questão social, não se deve simplesmente tomá-la como o produto, ou até como uma prova, da medicalização da questão. Isso porque no interior da medicina essa associação é problemática, não havendo um consenso sobre a idéia, por um lado, de que qualquer uso de “drogas” é um comportamento patológico em si ou, por outro, se apenas o caso do indivíduo que se torna dependente possa ser entendido como patológico. No universo pesquisado, foi praticamente consensual a primeira assertiva, ou seja, nem todo usuário de “drogas” pode ser considerado um doente. Esse aparente consenso deve, entretanto, ser observado com mais atenção através da análise mais cuidadosa da maneira sobre as quais se constroem as falas e textos a respeito. O entendimento dos médicos do que é ou não patológico não só varia de acordo com cada substância, cada indivíduo, como também de acordo com a distância que separa um “simples” consumo da dependência, classificada e nomeada de diversas formas. Cabe, assim, discutir quais os limites de um uso patológico e quais categorias são mobilizadas para fixá-los entre os falas e textos estudados, partindo, para isso, da necessária contextualização histórica da questão.

A preocupação com os excessos no consumo de substâncias psicoativas, principalmente com o álcool, é bastante antiga. A partir da difusão do uso de bebidas destiladas (séc. XVIII), cujo nível alcoólico é muito superior ao das bebidas fermentadas disponíveis até então, essa preocupação cresceu significativamente. No entanto, a literatura indica que historicamente não eram as bebidas

¹⁸ Apesar de não ser comum na linguagem escrita, nos fóruns, palestras e debates observados, é muito comum que médicos e outros profissionais singularizem o termo através de expressões como “a questão” ou “o problema da “droga”.

¹⁹ O nível de risco para uso de álcool será mais detalhado no próximo item, no momento em que se discute a definição de uma patologia relacionada ao uso de “drogas”.

alcoólicas, ou seja, o álcool, e sim os “bebedores-problema” que incomodavam e repercutiam como problemas para a sociedade. A esses “bêbados” eram imputados diversos adjetivos e classificações que já tinham como fonte, então, o vocabulário da época: degenerado, imoral e “doente” estavam entre eles. Sua “doença” (o alcoolismo) agregava, é verdade, degeneração física, mas esta era indissociável de aspectos morais, culturais ou raciais que definiam o caráter defeituoso dessas pessoas. Somente no desenrolar do século XX é que a medicina vai progressivamente considerar o alcoolismo e a dependência de outras “drogas” como uma entidade nosológica²⁰ específica, ou seja, uma doença que poderia ser diagnosticada independentemente de critérios morais e raciais. Nas décadas de 1950 e 60 este processo se consolidou e o termo “adição”, então preponderante como adjetivos de dependência, passou a ser definido como doença mental que agrega “desejo físico irresistível acompanhado de fatores psicológicos” (TOSCANO, 2001:21). Fazia-se cada vez mais necessárias, então, classificações nosológicas e sintomáticas precisas, buscadas sistematicamente, não só pela medicina, mas também pela psicologia e pela biologia, até os dias de hoje.

Um ponto de partida para a análise contemporânea da questão pode ser a definição que goza de maior legitimidade científica: a OMS (Organização Mundial de Saúde), através de sua Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), classifica dois tipos de patologias relacionadas ao uso de “drogas”, a dependência e o uso nocivo (Quadro 3).

Quadro 3 – Critérios para determinação do uso nocivo e da dependência segundo a OMS

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

Fonte: CAZENAVE, 2001: 37

²⁰ Nosologia é a área da medicina que classifica as doenças.

Não são claros, nestas classificações, os níveis de passagem entre o que define um uso nocivo e o momento em que se pode diagnosticar um quadro de dependência, nem tampouco quais as diferenças entre um uso “normal” e um uso nocivo. No primeiro caso, pode-se dizer que a dependência seria um agravamento drástico dos sintomas relativos ao uso nocivo, sendo sua principal característica a existência de crise de abstinência, no caso de supressão do uso, e uma perturbação completa da vida do indivíduo. Não obstante esses limites sejam problemáticos, as demarcações entre as definições de um uso “normal” e de um uso “nocivo” são ainda mais reveladoras. O limite mais claro entre o “normal” e o patológico é a constatação de um “dano real à saúde do indivíduo”. No entanto, se incluíam, nessa chave, as “conseqüências sociais” acarretadas por esse uso e, dessa forma, sua definição é associada diretamente reprovação social desse ato. Em outras palavras, aspectos legais e sociais são levados em consideração para definir um comportamento patológico.

Ao se tomar como base outra referência de classificação importante, a Associação Americana de Psiquiatria, tida como modelo por parcela considerável dos médicos brasileiros, tais “conseqüências sociais” ficam mais claras. Isto porque uma outra categoria é incluída entre a definição de uso “normal” e uso nocivo: *o uso abusivo*. O uso abusivo não teria como característica necessária um dano à saúde mental ou física do indivíduo, podendo ser definido, por exemplo, por uma situação de conflito com a lei a que ele estaria sujeito caso usasse alguma substância ilegal. A inclusão de critérios legais no diagnóstico de uso nocivo e, principalmente, de uso abusivo, é criticada por alguns médicos que consideram esse parâmetro problemático (ver, por exemplo, SEIBEL, 1996:17). No entanto, para seus defensores, a idéia de uso abusivo²¹ se mostra interessante justamente porque torna possível levar em conta todos os possíveis danos físicos, mentais e sociais causados pelas “drogas”. Assim, pode-se incluir neste quadro, por exemplo, o uso de maconha e cocaína, que, em princípio, não trariam, ao menos consensualmente, danos reais à saúde, de um ponto de vista estritamente biológico, do usuário não frequente (leite, idem: 33). De qualquer forma, uso nocivo ou uso abusivo podem ser tomados como tentativas de classificação de sintomas patológicos entre uma doença claramente constatada, a dependência, e o possível uso “normal” de algumas substâncias. No entanto, se levarmos em conta que o uso de algumas substâncias é proibido na maior parte dos países, os indivíduos que as usarem serão, de acordo com as duas classificações mencionadas (OMS e AAP), considerados usuários abusivos ou nocivos de “drogas”.

A OMS, no intuito de dividir os usos não patológicos de “drogas”, adotou também outras classificações, como o “uso experimental”, o “uso ocasional” e o “uso recreativo”. Todas essas tipologias buscam classificar os usos possíveis de “drogas” com potencial de abuso e,

portanto, ações que acarretam, invariavelmente, algum tipo de risco para a saúde. Entretanto, nenhuma delas poderia, segundo a OMS, ser classificada, a priori, como patológica. Os médicos pesquisados também consideram que essas definições são válidas como referências para seu trabalho, principalmente no momento em que precisam se comunicar com um público mais amplo, não obstante reconheçam que em sua rotina clínica cotidiana os conceitos estabelecidos apenas ajudam na conformação geral do problema. Os limites dos diagnósticos devem estar reservados, segundo esses médicos, à avaliação clínica pessoal, ou seja, cada caso deve ser analisado individualmente para que possa ser definida com maior exatidão a existência ou não de um quadro patológico. Nesse ponto, há uma contraposição entre os médicos que reconhecem na patologia muito mais um fenômeno da relação indivíduo-substância e aqueles que consideram os aspectos biológicos da dependência como determinantes (essa divergência será mais bem analisada no Cap. 5). Por ora, salienta-se que a própria percepção individual de algum distúrbio referente ao uso de “drogas” é, para os médicos, um forte indício para o diagnóstico da patologia. Assim como quem procura um médico em decorrência, por exemplo, de uma dor nas costas que o incomoda freqüentemente, o próprio indivíduo (paciente) seria o mais bem capacitado, do ponto de vista da precocidade do diagnóstico, para perceber os sinais de uma situação potencialmente patológica:

“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 freqüência, independente da quantidade, independente da droga, ela usa e começa ter atritos e fica mal, ela usa droga injetável e fica com AIDS, tem um caso médico.”
(Paulo)

“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)

A importância depositada na “auto-percepção” individual parece se contrapor às falas de médicos que consideram que praticamente todo usuário de “drogas” se configura, no mínimo, como um caso merecedor de avaliação médica, pois nem sempre o indivíduo, principalmente aqueles mais jovens, são confiáveis enquanto informantes de seus próprios problemas:

“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.” (Marcel)

Ou seja, apesar de o considerarem o ponto de observação potencialmente mais precoce para o diagnóstico de um quadro patológico, alguns médicos não avaliam que o usuário de “drogas” seja

²¹ Interessante notar que o termo “uso abusivo” foi expandido na definição de algumas substâncias, criando uma nova categoria bastante usada, “drogas de abuso”. “Drogas de abuso” seriam praticamente um sinônimo de “drogas psicotrópicas, discutidas no tópico anterior.

um informante confiável. Partindo do pressuposto de que o indivíduo não poderia, justamente pelas distorções de realidade a que estaria sujeito em decorrência do uso de “drogas”, julgar sua situação, caberia aos agentes de seu círculo social (a família, os amigos, os colegas de trabalho ou estudo, etc.) ou aos especialistas que ele tenha contato (o médico, ou até mesmo a polícia e a justiça) encaminhá-lo para avaliação ou tratamento. Um quadro de abuso poderia ser constatado, inclusive, pelo fato do indivíduo não mais respeitar uma série de convenções sociais tidas como normais, e não necessariamente infringir as normas penais previstas na lei.

“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)

Ou seja, algumas das falas estudadas deslocam-se da forma de constatação inicial, situada na esfera de percepção do próprio indivíduo, para a identificação de um quadro patológico a partir da quebra de vínculos sociais variados. O diagnóstico, enfim, só caberia ao indivíduo caso pudesse ter condições “normais” de decidir, condições essas afetadas, segundo alguns médicos, pela recorrência do uso de “drogas”.

Há muitos outros fatores que corroboram para a determinação de um quadro patológico, como a frequência de uso e a quantidade da substância utilizada. No entanto, esses fatores são relativizados por boa parte dos médicos, que preferem critérios mais amplos capazes de abarcar os possíveis prejuízos que o uso de “drogas” traz para a vida daquele 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)

“A dependência, eu gosto de definir assim, é perda de liberdade. A pessoa não tem mais a liberdade de chegar em casa na hora do almoço e tomar o aperitivo ou não, ele tem que tomar o aperitivo, senão ele não consegue almoçar.” (Pedro)

Nas duas falas citadas, a frequência de uso não se configura como um fator decisivo na determinação da dependência, que estaria ligada, na verdade, à liberdade de escolha entre usar ou não a substância. No entanto, deve-se levar em conta que a OMS adota, no caso de consumo do álcool, uma tabela que permite ao indivíduo, ou a alguém próximo dele, saber se esse é ou não um hábito seguro. Essa tabela, cujas variáveis principais são a unidade alcoólica (dosagem e tipo de bebida) e o gênero, posto que esse último interfere diretamente na capacidade de metabolização do álcool no organismo, considera que um homem que ingerisse, ao longo de uma semana, cerca de

duas latas de cerveja por dia, tem um risco baixo de danos à saúde. Se tomasse até quatro, estaria exposto a um risco moderado. Acima disso, já entraria num patamar de risco elevado²². Esse tipo de escala quantitativa para medição de riscos de consumo não é considerado preciso pela maior parte dos médicos ouvidos que, como já foi visto, confiam muito mais num diagnóstico de tipo qualitativo. O fato desse tipo de tabela considerar que há um nível de uso de álcool seguro incomoda especialmente parte desses médicos, que percebem nessa postura uma tolerância excessiva para com o consumo dessa substância, muito mais aceita socialmente, em detrimento das “drogas” ilegais, o que “empurraria” a linha de determinação de um quadro de dependência quando se está tratando de álcool.

“O indivíduo precisa estar bebendo, beber um bode, para as pessoas reconhecerem que ele é alcoólatra. Agora, aquele garoto que fuma um baseado no final de semana é muito fácil ele ser chamado de drogado” (Afonso)

A contraposição a essa fala pode ser a de outro médico, que considera a aceitabilidade do uso do álcool não apenas por questões culturais, mas baseada em riscos que ele oferece a saúde do usuário:

“Tem poucas drogas que você pode falar que exista um uso sem problema, com pouco problema, talvez o álcool seja das poucas drogas que possa usar tendo a perspectiva de não ter problemas. Existe um padrão de consumo de álcool, se você for adulto, não jovem, mais de 25 anos, beber um cálice de vinho por dia, ou dois, vai estar dentro de um beber sem problemas. Isso não é válido para nenhuma outra droga. Se você fumar um baseado por dia de maconha, ou um por semana, tem chance de ter problemas. Não existe um uso seguro de maconha, como não existe um uso seguro de cocaína.” (Antônio)

Deve-se notar que a noção de risco tem, nessas falas, dois sentidos possíveis: o risco²³ relacionado à possibilidade de desenvolvimento de um quadro patológico de dependência e o risco associado ao desenvolvimento de outras patologias em decorrência do uso da substância, como, por exemplo, desenvolver um câncer no pulmão como resultado da fumaça de maconha inspirada durante o uso. Para além das divergências entre estas duas percepções, que será analisada posteriormente, deve ser notado que o uso da noção de risco é realizado freqüentemente nas falas médicas sem que, claramente, seja feita a demarcação exata de que nível de risco se está tratando. Essa indeterminação fica ainda mais latente na medida em que se percebe um grande número de falas

²² Estes números são baseados na seguinte tabela de risco por unidade de álcool (10 – 12 g de álcool puro), considerando que 1 lata de cerveja corresponde a aproximadamente 1,5 unidades de álcool e uma dose de destilado de 2 a 2,5 unidades:

Risco	Mulheres	Homens
Baixo	Menos de 14 unidades por semana	Menos de 21 unidades por semana
Moderado	De 15 a 35 unidades por semana	De 22 a 50 unidades por semana
Alto	Mais de 36 unidades por semana	Mais de 51 unidades por semana

Fonte: (LARANJEIRA, 2001:5)

médicas que considera o consumo de maconha mais *arriscado* que o do álcool. O arriscado, ou seja, a existência de riscos, oscila, nesse caso, entre as comorbidades (num exemplo já citado, a possibilidade de desenvolvimento de câncer devido a inspiração de fumaça) e a possibilidade de desenvolvimento de dependência, ou até uma possibilidade maior de envolvimento com outras “drogas” (porta de acesso a outras substâncias mais “perigosas”). De qualquer forma, parece estar delineado que o objetivo das falas que salientam os riscos do uso de “drogas” é mostrar que elas são, invariavelmente, perigosas. O exemplo disso é que, quando indagado sobre a existência de um problema no indivíduo que fuma um ou dois baseados por semana, o mesmo médico que, num momento anterior, considerava arriscado qualquer uso de maconha devido às comorbidades associadas a essa prática, transita para o outro sentido de risco, o desenvolvimento de dependência:

“Depende do que você chama de problema, Se você tem 14 anos e fuma dois baseados por semana (...) Se você tem trinta anos e fuma dois baseados a chance é ter menos problemas, mas se você tem 14 anos é diferente.” (Antônio)

Ou seja, o risco ao qual o médico se refere anteriormente, ao considerar que o consumo moderado de álcool não oferece riscos à saúde, não era definido claramente: a dependência de alguma substância ou a possível comorbidade associada ao seu uso. Mais uma vez, não se busca aqui constatar incoerências. Trata-se de constatar, na verdade, a mobilidade conceitual que a definição de um comportamento patológico exige, realizada geralmente através de gradações cujas características oscilam com frequência, não raro oscilando de dados farmacológicos ou metabólicos para questões legais ou morais.

Se a definição dos limites de uma patologia associada ao uso de “drogas” é complexa mesmo no contato direto propiciado pela clínica médica, tal complexidade se torna radical quando se trata de determinações na área de saúde pública, pelas quais há a necessidade de estudos epidemiológicos de grande escala. A exigência de um nível razoável de precisão nas pesquisas com amostras populacionais se depara, no caso do uso de “drogas”, com um importante complicador: se o uso de “drogas” é considerado pela medicina como um ato voluntário (ao menos quando ele ainda não é abusivo), como determinar a sua nocividade em nível epidemiológico (MEDINA et. Al., 2001: 162)? O primeiro e único estudo específico sobre uso de “drogas” de abrangência nacional realizado no Brasil, realizado pelo CEBRID²⁴, se baseou nos critérios da NHSDA (National Household Surveys on Drug Abuse), órgão responsável por esse tipo de levantamento nos EUA. Esses critérios não envolvem apenas perguntas específicas sobre frequência de uso, ou seja, determinar se o indivíduo tem algum problema com determinada substância através da constância

²³ A noção de risco é a possibilidade de ocorrência de um evento qualquer. Ou seja, risco é uma definição, nesse sentido, probabilística. No caso das pesquisas em medicina, o evento pode ser a instalação de um quadro patológico – risco de ficar diabético – ou de uma ocorrência corporal, geralmente negativa – risco de um infarto.

com que a consome, ou seja, um padrão temporal e quantitativo de uso. No critério adotado pela NHSDA, a dependência é constatada caso o indivíduo der 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 mesmo 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)

Partindo do pressuposto que a dependência de “drogas” é uma doença crônica e, guardadas as diferenças, equivalente, por exemplo, à diabetes ou à hipertensão vascular, ou seja, doenças sem uma cura propriamente dita, mas que necessitam de acompanhamento médico permanente e constante para que possam ser mantidas sob controle, buscam-se estimativas que indiquem a real dimensão epidemiológica do problema. A diferença é que, enquanto estas doenças são identificadas estatisticamente com um bom nível de precisão, pois a maior parte delas pode ser, em última análise, medida através de dados quantitativos obtidos em exames clínicos, o mesmo não pode ser feito com relação ao uso de “drogas” (assim como grande parte de todos os chamados “transtornos mentais”). Dessa forma, o critério qualitativo citado acima tenta superar essa dificuldade, o que, ao visto, não tem logrado êxito (MEDINA, idem). Mesmo que sejam resguardadas as dificuldades de se avaliar essa patologia sem uma análise clínica mais demorada, os critérios de caracterização de dependência adotados pelo Cebrid resultam em dados aparentemente contraditórios. Os exemplos mais eloqüentes que podem ser citados são os relacionados ao consumo de álcool e de maconha. Para o primeiro, enquanto os usuários regulares (bebem de duas a três vezes por semana) são estimados pela pesquisa em 5,2%, a estimativa de dependentes de álcool alcança 11,2%. No caso da maconha, 0,6% dos entrevistados disseram ter feito uso da substância no último mês antes da pesquisa, mas, no entanto, 1% foi a estimativa final de dependentes da substância. Ou seja, em ambos os casos, a desvinculação entre a parte do questionário dedicada para constatar a frequência de uso e a parte que buscava identificar sinais de dependência revela a dificuldade da determinação epidemiológica para as patologias associadas ao uso de “drogas”.

Os dados revelados pela pesquisa do Cebrid são, não obstante qualquer dos problemas citados, a referência quantitativa mais ampla a respeito do uso de substâncias psicoativas no Brasil. E os dados por ela levantados revelam a discrepância entre a preponderância no debate público de algumas substâncias, como a cocaína e a maconha, e a dimensão do consumo de outras, como o álcool. Por exemplo, a pesquisa do CEBRID (2002) estimou, como já foi dito, que 11,2% da

²⁴ Seu universo se limitou às cidades com mais de 200.000 habitantes.

população urbana brasileira com mais de 12 anos de idade (cidades com mais de 200 mil habitantes) sejam dependentes de álcool, utilizando-se do critério supracitado. A dependência de maconha, em contrapartida, é estimada na casa de 1% e a de cocaína não tem porcentagem suficiente para ser estimada sem entrar na margem de erro da pesquisa, ou seja, não é relevante do ponto de vista estatístico. Mas, diferentemente do que mostram os dados da pesquisa nacional, “drogas” ilegais, como a cocaína e a maconha, representam uma atenção especial dos médicos, o que pode ser constatado através de sua produção editorial, por exemplo:

(...) 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)

Entretanto, esse não é um consenso e boa parte dos médicos crítica a exacerbada preocupação com “drogas” ilegais. Mesmo que se leve em conta a dificuldade de se obter dados quantitativos seguros sobre o uso de uma substância ilegal como a cocaína, dados como esse demonstram, para parte dos médicos entrevistados, que, do ponto de vista da saúde pública, o problema de dependência de álcool e tabaco é incomparavelmente mais grave que o de substâncias ilegais.

“Se eu for pensar em termos de saúde pública no Brasil, é só álcool e tabaco, não existe outro, o resto é perfumaria.”(Afonso)

Assim como no caso da definição do termo “drogas”, o universo de falas e textos médicos analisados revelam que o estabelecimento de uma patologia específica no tocante ao uso de “drogas” se dá sob limites instáveis. Ao mesmo tempo em que, sob o ponto de vista da epidemiologia, a medicina busca classificações nosológicas claras, o cotidiano clínico é relatado, pelos médicos, como um exercício contínuo de diagnóstico a partir da 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 precisa com a qual a medicina historicamente buscou se constituir. A linha traçada entre um indivíduo que não usa substância psicoativa alguma e aquele que claramente não parece mais estabelecer outra relação com sua vida que não seja através de alguma(s) substância(s) é repleta de curvas e lacunas, onde ainda devem se somar as comorbidades – outros possíveis riscos relacionados a este consumo, como uma chance maior de desenvolver tumores cancerígenos ou dirigir sem ter as condições

mínimas de segurança. Os médicos, seja a partir de sua prática clínica, do planejamento em saúde pública ou de seu posicionamento sobre legislações, tentam, de alguma maneira, contorná-las, estabelecendo limites mais ou menos rígidos, alicerçados nos pontos que parecem estar mais claros nesta linha, ou seja, seus extremos. Em outras palavras, os médicos trabalham a partir da necessidade de explicar uma série de variáveis complexas a partir de pontos mais claros, o usuário sem problemas e o dependente. Com o intuito de superar as lacunas desse processo, os médicos utilizam categorias como uso abusivo ou uso nocivo que, publicamente, terminam por ser definidas ora através de dados biológicos ora através do desdobramento de normas jurídicas e de regras de conduta social.

c) Fundamentos biológicos da dependência

Muito antes dos avanços recentes da biogenética, com suas importantes conseqüências para o entendimento de um grande número de patologias, a noção de degeneração hereditária e a sua influência no momento em que se estabelece uma questão das “drogas”, principalmente aquela mais difundida, o uso do álcool já era uma preocupação para a medicina. A toxicomania e o alcoolismo eram percebidos, até o século XIX, muito menos como problemas ligados a substâncias do que degenerações de toda espécie que tornavam vulneráveis a alma e o corpo de determinados indivíduos (ADIALA, *idem*:74). Nina Rodrigues (1899:13), por exemplo, cânone da medicina legal brasileira, considerava que os mestiços, por sua herança hereditária marcada pela degeneração física e cultural, eram aqueles com maior propensão ao alcoolismo e a vadiagem. Como já foi discutido no item anterior, a percepção da dependência de “drogas” como uma patologia específica (doença) se desenvolveu, de fato, a partir dos anos 1950 (CRUZ, *op. cit.* :235, FORMIGONI, 2000). A partir de então, muitos estudos passaram a ser realizados com o intuito de buscar as influências de fatores hereditários no desenvolvimento de quadros de dependência. Tomando como objeto famílias que tinham casos de irmãos gêmeos ou adoções, tais pesquisas tentavam entender, na maioria das vezes, as origens do alcoolismo, não porque não houvesse interesse em outras substâncias, mas, simplesmente, pelo grande número de dependentes e pela distribuição relativamente equânime nos mais diversos segmentos e classes sociais. Irmãos gêmeos, por exemplo, eram acompanhados com o objetivo 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. Se, na grande maioria dos casos, foi constatada a “importância de fatores hereditários como causa de dependências químicas, eles pouco dizem a respeito dos modos de transmissão genética” (MESSAS, 1999:34). Em outras palavras, se a medicina já considerava

altamente provável uma disposição genética para a dependência, faltava ainda demonstrar como tal disposição era transmitida hereditariamente.

Estudos genéticos ou moleculares têm por propósito decifrar quais os genes estariam envolvidos na pré-disposição para a dependência (ANTHENELLI, 1997:42). Segundo Messas (1999), do ponto de vista genético, a dependência vem sendo progressivamente encarada, pela medicina, como uma “doença complexa”, assim como a diabetes e a pressão arterial, nas quais o “efeito genético é proveniente de vários genes atuando em conjunto para a produção de uma situação de vulnerabilidade que, em conjunto com a ação ambiental, produzem o fenótipo final” (idem: *ibidem*). Além disso, a dependência pode estar associada a outros transtornos mentais, que poderiam, inclusive, estar relacionados também a vulnerabilidades genéticas. Os receptores dopaminérgicos, aqueles envolvidos no sistema de recompensa cerebral²⁵, principalmente o DRD2, têm recebido a maior atenção desses estudos, acarretando “padrões afetivos e neuropsicológicos vulneráveis ao surgimento do transtorno (dependência)” (idem: 37). As conclusões mais gerais dessas pesquisas apontam para a existência de uma maior vulnerabilidade genética para a dependência em determinados indivíduos mas, no entanto, permanece a dificuldade de dissociá-la de outros fatores ambientais, sociais e culturais²⁶.

Os fatores de pré-disposição biológica que, de alguma forma, podem influenciar no desenvolvimento dos diferentes padrões individuais de uso de “drogas” ganham novos significados na passagem de um discurso acadêmico – os artigos e livros escritos para serem compartilhados no interior do próprio campo, para um discurso de caráter mais aberto – falas ou artigos para divulgação (o que inclui, de certa forma, as falas coletadas nas entrevistas). No caso do uso de álcool, por exemplo, os médicos costumam apontar uma fração já bem conhecida de usuários problemáticos: 1 em cada 10. Ou seja, 10%, no mínimo, dos indivíduos que bebem álcool com alguma regularidade, terão algum nível de problemas com esse uso, proporção que, aproximadamente, corresponde aos dados levantados nas maiores pesquisas amostrais (CEBRID, 2002). Entretanto, não foi encontrada nenhuma fala ou texto dos médicos pesquisados que defenda a idéia de que apenas pré-disposições biológicas possam explicar a maior parte dos casos de dependência²⁷. Como já foi dito, a grande maioria dos médicos aceita a idéia de vulnerabilidade ou potencialidade, ou seja, haveria indivíduos com maior probabilidade de se tornarem dependentes. Mesmo assim, uma parte desses médicos aposta muito que o avanço no conhecimento genético,

²⁵ Esses receptores fazem parte do sistema límbico, nome dado às funções cerebrais responsáveis pelas sensações de bem-estar e prazer.

²⁶ Para os detalhes de pesquisas genéticas recentes, ver a coletânea organizada por Agarwal e Seitz (2001).

²⁷ Um olhar mais amplo do universo dos médicos revela alguns casos que consideram que a explicação do alcoolismo está exclusivamente na pré-disposição genética à dependência. Para um bom exemplo ver o trabalho dos irmãos Vespucci (1999).

proporcionado pelo grande investimento na área, possa ser extremamente útil e positivo no entendimento da pré-disposição biológica para a dependência:

“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)

Por outro lado, a resistência na aceitação da possível determinação genética para a dependência de “drogas” pode ser dividida em dois conjuntos distintos de argumentos. Os primeiros vêm com ressalvas as pesquisas genéticas pois sua divulgação pode ter um caráter didaticamente negativo: é perigoso demais para alguém achar que não tem pré-disposição para ser um dependente, pois todos aqueles que consomem álcool ou outra “droga” correm algum risco de se tornarem dependentes. Depositar num conjunto de genes a responsabilidade pela dependência poderia ser mais estímulo, segundo esses médicos, ao uso de substâncias perigosas, as “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)

“Por maior que seja a disposição, se a pessoa não usar não fica viciada” (Fábio).

Nesse tipo de argumentação, é bastante instigante a análise de alguns médicos a respeito das falhas enzimáticas que tornam o álcool intolerável para alguns indivíduos. Esse tipo de insuficiência enzimática impede a metabolização do álcool pelo organismo, levando algumas pessoas a se sentirem muito mal quando ingerem bebidas alcoólicas, ainda que em pequena quantidade. O que poderia ser visto como uma deficiência com relação a um organismo “normal” pode ser, ao contrário, considerado por alguns médicos como uma espécie proteção genética: o indivíduo não teria a possibilidade de tornar-se, no futuro, um dependente e, portanto, portador de uma séria patologia.

“Tem gente que não consegue se adaptar ao álcool, se sente tão mal com o efeito do álcool... por exemplo, minha esposa, não consegue beber meio copo de cerveja, ela passa mal, ela tem uma proteção genética, biológica, com relação ao álcool” (Antônio)

Dessa forma, ao mesmo tempo em que a idéia de normalidade pode ser remetida ao indivíduo que consegue metabolizar álcool como a maior parte dos seres da sua espécie, essa “normalidade” pode ser considerada problemática em decorrência de um fator a mais de vulnerabilidade para a instalação de uma patologia. A incapacidade de beber álcool não é vista, por esses médicos, como uma deficiência em si, pois este ato é considerado, *a priori*, como

desnecessário – no sentido de que não é uma necessidade vital – e perigoso. Com o avanço da biogenética e a possibilidade de, no futuro, realizar intervenções no metabolismo humano, passa a estar no horizonte de alguns médicos a supressão do metabolismo de processamento alcoólico de um humano enquanto ele ainda fosse um embrião, por exemplo. No entanto, o contrário, ou seja, corrigir a não-metabolização do álcool não seria atraente. A atual “anormalidade” genética pode se constituir, assim, em peça-chave para a ciência na construção de uma nova normalidade, na qual os indivíduos não tenham mais riscos de serem dependentes porque simplesmente não podem suportar biologicamente determinadas substâncias psicoativas - no caso aquelas chamadas de “drogas”. Se tal hipótese parece demasiado especulativa atualmente, vacinas elaboradas com o intuito de impedir que determinadas substâncias façam o efeito esperado já estão sendo testadas²⁸:

“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.” (Marcel)

Toda a discussão que envolve as noções de falha, de pré-disposição biológica e de possíveis intervenções no metabolismo humano aponta para o empreendimento que marcou toda a história do conhecimento médico e sua demanda constante de classificação entre o que é “normal” e o que é patológico. Retomando a clássica construção de Canguilhem (1982) segundo a qual somente o “normal” pode vir a ser patológico e, portanto, somente a ameaça da anormalidade é que possibilita a definição da “normalidade”, percebe-se melhor que a falha metabólica, ou o erro (termo que Canguilhem preferiria), pode deixar de sê-lo na medida em que, num novo contexto (ambiente), é a proteção de uma futura patologia. De “inadaptados”, esses indivíduos podem passar a ser considerados, em um novo contexto, “adaptados” e, em certo sentido, modelos para uma nova normalidade mais sadia.²⁹

A segunda linha de argumentação médica de resistência às pré-determinações biológicas, oriunda principalmente de médicos que afirmam não se limitar a uma visão biologizante do fenômeno, parte do princípio de que embora a existência de componentes hereditários seja altamente provável, a dependência tem que ser vista sempre como um processo multifacetado:

Existem alguns estudos, sobretudo no caso do álcool, que mostram uma pré-disposição genética. Só que o que os geneticistas não mencionam, não divulgam e que a população não fica

²⁸ Foi recentemente noticiado que a indústria farmacêutica inglesa Xenova está testando, segundo eles próprios, com sucesso, uma vacina que estimula o corpo humano a produzir anticorpos que impedem a passagem da cocaína do sangue para o sistema cerebral, ou seja, impedindo o seu efeito.

²⁹ Para a interessante discussão sobre falha metabólica e inadaptação ver Canguilhem (1982:249-261), principalmente quando analisa o déficit de glicose-6-fosfato-desidrogenase descoberto entre descendentes de africanos nos EUA quando do uso de medicamentos antimaláricos. Em princípio, esses africanos eram “normais”, posto que mais resistentes a malária, se comparados aos “inadaptados” que chegavam ao continente africano. No novo contexto, eram, para as novas determinações de patológicas, “inadaptados”.

sabendo, é que a maioria dos estudos que tentou estabelecer uma transmissão genética, não conseguiu (...) O que isso significa? A gente só vê a divulgação dos que conseguiram, daí fica aquela coisa: 'O alcoolismo é genético'. Mas se você sabe que a maioria dos estudos não consegue provar uma questão genética, o que você pode pensar é que existem diversas formas de alcoolismo, sendo que a maioria delas não tem um componente genético.” (Afonso)

Essas posições podem ser consideradas minoritárias entre os médicos pesquisados. Na verdade, elas parecem refletir muito mais os pressupostos dos médicos ligados à linha da Redução de Danos, oposta a uma concepção médica mais tradicional e que foi discutido em outro momento da dissertação que, por uma questão de espaço, não pode ser tocado nesse texto. Vale atentar, então, para a importância das profundas transformações geradas pelo avanço das pesquisas em genética e como elas acarretam novas formas de determinação, novos controles, muito próximos do processo histórico chamado por Foucault de “bio-política” (FOUCAULT, 1993). Muitas das descobertas parecem caminhar mais rápido do que as reflexões a seu respeito. No caso do uso de “drogas”, é especialmente reveladora a recepção positiva de muitos médicos à utilização dos avanços nos conhecimentos neuroquímicos no sentido de, cada vez mais, proteger o ser humano, sobretudo dele próprio, e de seu insistente, incurável e perigoso desejo de alterar a própria consciência ou buscar o prazer:

“Eu acho que o que vai acontecer nesse futuro aí, como cromossomo, mapa genético, é que a gente vai descobrir, nesses 8 ou 10 anos próximos, quais são os riscos que você tem de usar aquela droga: cocaína, crack, maconha. Com maconha, eu tenho um gene que, aquele lá... não é que eu vou ser maconheiro, de forma alguma, mas saiba que eu vou ter uma interação boa. Opa, se eu sei que vou ter uma interação boa, eu vou fazer um programa de prevenção, eu vou evitar.” (Paulo)

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

d) Motivação do uso de “drogas”: a classificação do prazer

Nos diversos textos e falas médicas pesquisadas, prevalecem três tipos de concepção sobre as motivações envolvidas na decisão do indivíduo de usar alguma “droga”. O primeiro diz respeito ao que seria uma curiosidade típica da adolescência, da juventude, um período em que a necessidade de confrontação com os valores adultos já estabelecidos é muito comum. Os trabalhos de médicos que lidam com adolescentes e voltados geralmente para o grande público reforçam esse tipo de argumento por considerarem a adolescência o momento de maior risco no tocante ao uso de “drogas”.

“Se você bebe duas vezes por semana vodka aos 14 anos é diferente de você beber aos 30 anos, então você tem que entender que a adolescência é um período de vulnerabilidade ao uso de drogas, a pessoa fica propensa a usar drogas, e o impacto biológico de usar droga na adolescência é bem diferente de ser adulto.” (Antônio)

A curiosidade inerente ao adolescente, constantemente influenciado pelos “modismos” (SCIVOLETTO, 1997 e 2001), o motivaria para a busca de novas sensações, fenômeno considerado, até certo ponto, normal por uma parte dos médicos. Este tópico é especialmente controverso: enquanto para alguns deles experimentar “drogas” pode fazer parte de um processo de desenvolvimento “normal” da adolescência³⁰(idem, ibidem:11), para outros, essa curiosidade é, além de perigosa, intrinsecamente negativa:

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, 1994: 16 - grifo do autor)

A adolescência é, sem dúvida, um dos pontos mais sensíveis do debate sobre uso de “drogas” e algum nível de limitação ao uso de “drogas” por essa faixa etária é um ponto consensual entre os médicos. Fica claro, assim, que a relação jovens/uso de “drogas” é praticamente um consenso entre os médicos; sua inevitabilidade e os níveis de riscos associados a ela é que motivam opiniões diferentes.

O segundo tipo de motivação para o uso de “drogas” é mais abrangente e seria caracterizado pela busca de uma fuga ou de uma compensação para uma vida difícil, tensa, angustiada e problemática. Os trabalhos médicos voltados para grande público e as entrevistas veiculadas pela mídia se detêm muito sobre esse tipo de motivação. Os próprios médicos compartilham a idéia de que o uso de “drogas”, entendido aí como um todo e não apenas a dependência, está ligado aos problemas graves da vida subjetiva moderna, repleta de situações limítrofes que beiram uma espécie de “anomalia 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)

³⁰ Alguns médicos consideram que o problema maior está na experimentação excessivamente precoce de “drogas” pelos jovens. A preocupação com a juventude corresponde também à percepção de que o uso de “drogas ilícitas” tem sido, ultimamente, um fenômeno preponderantemente juvenil (SCIVOLETTO, idem:1).

Uma outra vertente, mais próxima de uma matriz europeia de abordagem ao fenômeno do uso de “drogas” (ver, por exemplo, OLIVENSTEIN, 1985), considera que o uso de alguma substância com o intuito de fugir da realidade é um das principais características da relação de indivíduo/substância no caso específico de um quadro de dependência. Para esse tipo de abordagem, a intenção de se alterar a consciência não é um fenômeno patológico em si; a patologia estaria na impossibilidade de se viver sem alterar a realidade:

“A dependência química, na concepção francesa, seria o indivíduo que precisa alterar a percepção da realidade para continuar vivendo, ou seja (...) é o indivíduo que tem uma situação vivencial insuportável que não consegue modificar e que resta, como única alternativa, deixar de perceber.”
(Afonso)

Na mesma direção da idéia de fuga ou compensação, um outro fator que motivaria o indivíduo a usar “drogas” seria a pré-existência de outras perturbações mentais, consideradas pela psiquiatria tradicional como doenças que precisam de tratamento específico. Se não forem tratadas precocemente, esse tipo de perturbação, associado ao uso de “drogas”, pode levar a um quadro grave de dependência³¹. Também relacionada a um pano de fundo apropriado de motivação para o uso de “drogas” é a desestruturação familiar, citada pelos médicos como um dos fatores que colabora, inclusive, para a instalação de um quadro de dependência, principalmente em famílias sem exemplos e regras a serem seguidas (nessa linha de argumento ver todos os trabalhos de Içami Tiba). Portanto, essa linha de motivação agruparia todo uma série de fatores que levam, segundo os médicos que defendem sua plausibilidade, um vazio a ser preenchido ou um excesso a ser aliviado.

Os dois tipos de motivação discutidos há pouco não podem ser tomados em separado e envolvem sempre um elemento que conforma um terceiro tipo, justamente o que parece ser mais complexo e que será discutido mais detidamente: usar “drogas” na busca de prazer.

Parece haver consenso, entre todas as falas e textos analisados, que existe uma sensação prazerosa proporcionada pelo uso de todas as “drogas”. Entretanto, a conceituação de prazer deve ser necessariamente problematizada. Não há concordância clara sobre que tipo de prazer esse uso de diversas substâncias envolve e, no caso em que o consumo se torna regular, se o prazer permanece freqüente e por quanto tempo. Parte dos médicos considera que as “drogas” proporcionam prazer até o momento em que um quadro de dependência se instala. De acordo com essa concepção, muito comum, o prazer proporcionado pelas “drogas” seria de dois tipos, um positivo, resultante de experimentações iniciais ou de um uso não contínuo, e um prazer negativo, característico de um quadro de dependência no qual o indivíduo usa a substância apenas para diminuir o mal estar causado pela sua abstinência (por exemplo OLIVENSTEIN, 1988; TIBA, 1989, SISSA, 1999). Para

que esta oposição positivo/negativo opere, o fenômeno conhecido como tolerância é fundamental, pois comporia o elemento básico do prazer negativo, ligado diretamente à dependência. A tolerância³², em princípio um fenômeno bioquímico ocasionado pelo uso freqüente de uma substância, obrigaria o usuário a ingerir doses progressivamente maiores dessa substância, ou até utilizar outra substância mais forte ou diferente, para atingir o efeito desejado, efeito esse que se associa geralmente ao dos usos iniciais. Esse processo é bem demonstrado na literatura médica para o caso dos opiáceos (ESCOHOTADO, 1997) e diversas outras substâncias, mas não existem pesquisas concludentes sobre sua existência com relação às “drogas” de uso mais comum no Brasil, como o álcool, a maconha ou a cocaína (ELSTER & SKOG, 1999:8). No caso da cocaína, por exemplo, ao invés de pesquisas, a tolerância seria constatada pelos médicos através da decorrência da quantidade que um usuário freqüente é capaz de consumir, dose potente que seria letal a um não usuário (SEIBEL, 2001). Mas o caso da maconha é ainda mais interessante: não sendo comprovada a existência de tolerância através de exames clínicos (KARNIOL, 2001: 133), esse fenômeno poderia ser constatado, ao menos segundo alguns médicos, através de depoimentos de usuários ou da freqüência com que esse uso se dá:

“O uso crônico (da maconha) causa uma certa tolerância. Nós vemos pessoas que nos procuram e fumam 12 baseados de maconha por dia, ou seja, ela é altamente tolerante.” (Antônio).

A tolerância à maconha, nesses casos, é constatada através de percepções do próprio usuário. Portanto, o médico busca 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. Essa discussão envolve também a porcentagem de THC (tetrahidrocannabinol), alcalóide psicoativo preponderante da maconha, cujas taxas determinam a maior parte dos efeitos buscados no uso da planta. Plantas geneticamente alteradas podem produzir ervas com percentual de THC que chega a ser até 10 vezes maior do que a planta não modificada. Esse desenvolvimento estaria tornando a maconha, portanto, uma droga mais poderosa e, para esses médicos, com um maior potencial de desenvolvimento 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.”
(Antônio)

³¹ Este ponto remete aos estudos que buscam pré-disposições genéticas à dependência que, como foi discutido, relatam que distúrbios de personalidade e adaptação tornam os indivíduos vulneráveis a transtornos mentais diversos, como depressão, paranóia e dependência química.

³² A tolerância também é conhecida como mitridatismo em função da história de um rei de um pequeno país da Ásia Menor, Mitridates, que no século I a.C., passou a se auto-ministrar arsênico em pequenas doses para que seu organismo se tornasse resistente às tentativas de envenenamento, muito comuns na época. Ironicamente, esse rei teria morrido, segundo a lenda, assassinado com um punhal (MANSUR, 1987:38).

No entanto, é interessante notar que um toxicologista famoso e que freqüentemente é ouvido pela mídia, relatou recentemente, numa entrevista para a televisão, 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 – Entrevista dada a Drauzio Verella na TV UNIP)

Não se trata apenas de discordância entre dois médicos, até porque um deles sequer se enquadra no escopo do trabalho. Sua fala foi citada porque diz respeito às concepções subjetivas que são utilizadas quando a medicina busca qualificar os efeitos do uso da maconha e de outras substâncias e, portanto, de como se classifica o prazer. Para parte significativa dos médicos, esse prazer proporcionado por uma “droga” é relacionado quase exclusivamente aos efeitos fisiológicos que ela aciona. O tipo de uso, o contexto, a personalidade, etc. não são inteiramente descartados, mas situados numa posição residual no processo que seria, de fato, o responsável pelo efeito prazeroso do uso de “drogas”: determinados receptores que acionam o sistema dopaminérgico³³ pela ação de determinadas substâncias. As mesmas substâncias psicoativas que, no caso de um diagnóstico médico de transtorno bipolar³⁴, para citar apenas um exemplo, são prescritas para compensar um sistema desequilibrado de recompensa cerebral (patológico), seriam impróprias para o uso onde essa falha ou desequilíbrio não forem “devidamente” constatados. Sem a indicação médica, essas “drogas” proporcionariam apenas uma falsa sensação de realidade e prazer:

“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.” (Antônio)

A noção de prazer químico é uma constante em trabalhos sobre “drogas” voltados para um público mais amplo. Esse prazer químico se contraporia ao prazer natural, associado às atividades vitais e “normais” da vida humana, sendo definido, então, como uma forma de “enganar” o organismo com estímulos neurais que ele teria sido programado para gerar nos momentos que realmente são importantes ou benéficos para a espécie, como na reprodução, na alimentação e no 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)*

³³ Responsável, no cérebro, pela sensação de bem-estar ou de recompensa.

³⁴ Transtorno mental, anteriormente chamado de psicose maniaco-depressiva, que tem como característica principal a oscilação entre períodos de extrema excitação e de completa prostração.

Nesse sentido, o prazer decorrente do uso de “drogas” portaria, em si, uma negatividade decorrente de seu aspecto antinatural ou anormal. Ele seria, portanto, plenamente dispensável, mas não será abandonado pela humanidade, na medida em que faz 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 obtenção da “ilusão química” do prazer seria cobrado pelos riscos que esse auto-engano pode acarretar. Como uma forma de mecanismo natural de defesa, o corpo humano responderia a essa tentativa de se acionar artificialmente as zonas de prazer:

“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, entrevista a Drauzio Varella)

“Toda droga tem um efeito rebote, então eu prefiro enxergar o efeito da droga nesse contexto, qual o impacto que a pessoa está buscando, no sentido do efeito prazeroso. (...) Se você mexe na química do cérebro para ter um efeito especial que a droga produz, quando passa o efeito da droga o cérebro tende a compensar esse efeito produzindo o efeito oposto”. (Antônio)

Efeito oposto, impossibilidade de sentir prazer, dependência: muitos são os danos possíveis apontados por muitos médicos quando se menciona o uso de “drogas”. Se não há mais dúvidas quanto ao prazer proporcionado pelas “drogas”, os médicos buscam, então, compreendê-lo, muitas vezes através de categorias classificatórias, como “positivo”, “negativo”, “químico” ou “ilusório”. Característica clássica da medicina, principalmente da psiquiatria, a tipificação do comportamento humano como “normal” ou patológico é fundamental na construção desse tipo de argumentação. Assim como em dado momento da história, foi estabelecido o limite entre um prazer sexual normal e um anômalo, busca-se qualificar e determinar os limites possíveis do prazer proporcionado pelas substâncias psicoativas, influenciada decisivamente por uma relação ambígua com o prazer. Conceitos e categorias que incorporam o cada vez mais sofisticado e complexo saber sobre os aspectos bioquímicos do corpo humano, mas não se desligam de pressupostos morais que sempre alimentaram o saber médico – processo cuja recíproca também é verdadeira.

Apontamento conclusivo

As controvérsias médicas apontadas não estão aleatoriamente dispostas no debate público. O espaço limitado não permitiu que um capítulo inteiro sobre como as divergências tomam

forma no debate público a respeito do uso de “drogas” fosse incluído. Nele, poderíamos perceber como a Redução de Danos é uma linha de corte possível entre os médicos no que tange não apenas às legislações sobre o tema, mas também em diferentes ênfases nos aspectos fisiológicos do uso de “drogas”. Para os médicos ligados à Redução de Danos, o uso de drogas deve ser tomado equilibradamente em seus aspectos biopsicossociais, o que se distingue sensivelmente de uma abordagem mais tradicional da medicina que prioriza a dimensão biológica do fenômeno.

De qualquer forma, este trabalho buscou chamar a atenção para o fenômeno do uso de “drogas” como duplamente relevante na área de fronteira entre medicina e ciências sociais: por um lado, qualquer análise que se faça sobre o seu significado social ou debate público a seu respeito terá que transitar entre as duas áreas; por outro, o uso de “drogas”, notadamente um fenômeno biopsicossocial, pode ser um campo fértil para que ciências biomédicas e sociais desenvolvam projetos de pesquisa interdisciplinares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGARWAL, Dharam P. e SEITZ, Helmut K. *Alcohol in Health and Disease*. Nova York: Marcel Dekker Inc., 2001.
- ANTHENELLI, Robert M {et. al.}. Verbete “Genetic” In LOWISON, Joyce H. *Substance Abuse – A Comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams e Wilkinz Editors, 1997.
- BONNIE, Richard J. “Addiction and Rasponsability”. *Social Resarch*, vol. 68, Nº. 3. (fall 2001).
- BUCHER, 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, E. A. et Al. *I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001*. São Paulo: Cebrid/UNIFESP, 2002.
- CARLINI-COTRIM, Beatriz et Al. “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. *Filtros, Mezinhas e Triacas: as drogas no mundo moderno*. São Paulo: Xamã, 1994.
- _____. *Amores e sonhos da flora: afrodisíacos e alucinógenos na botânica e na farmácia*. São Paulo: Xamã, 2002.
- _____. *Comida e Sociedade. Uma história da alimentação*, Rio de Janeiro: Campus, 2003.

- 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.
- CESAROTTO, Oscar. *Um Affair Freudiano: Os escritos de Freud sobre a cocaína*. São Paulo: Ed. Iluminuras, 1989.
- CLAVREUL, Jean. *Poder e Impotência no Discurso Médico*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983.
- CREMESP/AMB. *Usuários de Substâncias Psicoativas: Abordagem, Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo, 2002.
- 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.
- DAVENPORT-HINES, Richard. *La búsqueda del olvido: Historia global de las drogas, 1500-2000*. México e Madrid: Turner e Fondo de Cultura Económica, 2003.
- EDWARD, Griffith et. al. *A natureza da dependência de drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- ELSTER, Jon e SKOG, Ole-Jorgen. *Getting Hooked: Rationality and Addiction*. Cambridge: Cambridge University, 1999.
- 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.
- FIORE, Mauricio. “Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de “drogas””. Trabalho apresentado na XXVI Reunião da ANPOCS, Caxambu, 2002.
- 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.
- _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: 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.
- _____. *O Nascimento da Clínica*. São Paulo: Forense, 1998.
- _____. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2001.

- GALDUROZ, José Carlos et. al. *I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas (Parte A - São Paulo)*. São Paulo: CEBRID, 2000.
- 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.
- LARANJEIRA, Ronaldo et al. *Drogas: maconha, cocaína e crack*. São Paulo: Contexto, 1998.
- _____. “Abuso e Dependência do Álcool – Diagnósticos e Tratamento Farmacológico”. In focli, Guilherme R. de Azevedo {et. al.}. *Dependência Química: novos modelos de tratamento*. São Paulo: Editora Roca, 2001.
- _____ 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.
- LENOIR, Remi. “Objeto sociológico e problema social”. In CHAMPAGNE et al. *Iniciação à Prática Sociológica*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1998.
- 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.
- _____. “Aspectos Socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos” In www.hpg.neip.org.br
- _____ e gorgulho, Mônica. “Redução de Danos e Tratamento de Substituição: Posicionamento da Reduc – Rede Brasileira de Redução de Danos”. Mimeo (s/data).
- 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.
- NADELMAN, Ethan {et. al.}. Verbete “Harmful Reduction” In lowison, Joyce H. *Substance Abuse – A Comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams e Wilkinz Editors, 1997.
- NICASTRI, Sérgio & RAMOS, Sergio de Paula. “Prevenção do uso de drogas”. In *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, vol 2, Supl.1, 2001.

O'HARE, Pat. "Redução de Danos: Alguns princípios e Ação Prática" In MESQUITA, Fábio & BASTOS, Francisco Inácio. *Drogas e AIDS: Estratégias de Redução de Danos*. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

OLIVENSTEIN, Claude. *Destino do Toxicômano*. São Paulo: Almed, 1985.

_____. *A Droga*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1988.

SCIVOLETTO, Sandra. *Tratamento Psiquiátrico Ambulatorial de Adolescentes usuários de drogas: características sócio-demográficas, a progressão do consumo de substâncias psicoativas e fatores prediletivos de aderência e evolução do tratamento*. São Paulo, FM/USP. Tese de Doutorado em Psiquiatria, 1997.

_____. & MORIHSA, Rogério Shigueo. "Conceitos básicos em dependência de álcool e outras drogas na adolescência". *Jornal Brasileiro de Dependência Química*. Nº. 2 Supl. 2001.

SEIBEL, Sérgio Dário. *O uso, o abuso e a dependência de drogas: da teoria à prática num serviço universitário no Brasil*. Campinas, FCM/UNICAMP. Tese de Doutorado em Psiquiatria, 1995.

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.

_____. *Anjos Caídos: Como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente*. São Paulo: Editora Gente, 2003.

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, 2001.

_____. *Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de "drogas"*. Belo Horizonte, FFCH/UFMG. Tese de Doutorado em Ciências Humanas. 2001.

_____. "Por uma genealogia das drogas". Trabalho apresentado na XXVI reunião anual da ANPOCS. Caxambu, outubro de 2002.

VELHO, Gilberto. *Individualismo e Cultura: notas para uma Antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.

_____. *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.

ZINBERG, Norman E. *Drug, Set and Setting*. New Haven: Yale University Press, 1984.

_____. "The Social Setting as a Control Mechanism in Intoxicant Use" in Lettieri, Dan J. et al. *Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives*. Maryland: NIDA, 1980.