
ARTUR VALENTIM
Universidade Atlântica

Droga, dependência e sociedade: uma incursão (crítica) no campo do pensamento sobre as drogas¹

137

Propõe-se um sobrevoo crítico sobre os modos de pensar as drogas. Caracteriza-se o modelo médico-psicológico dominante e alinham-se informações e saberes que desconstróem os fundamentos das visões farmacocêntricas. Preconiza-se uma

perspectiva teórica alternativa filiada na tradição construtivista e apresenta-se uma outra abordagem tanto no que respeita à análise dos processos de relacionamento com as drogas como em relação ao estatuto da (toxico)dependência.

Com o século XX, opera-se uma ruptura incisiva nas políticas de controlo das drogas. No seguimento das campanhas movidas pelas ligas de temperança protestantes em meados do século XIX na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos (Bachmann e Coppel, 1991), uma conjunção de interesses irá ditar a construção do regime normativo que hoje governa a política das drogas à escala mundial. Assim, a partir da Conferência de Haia de 1912, as potências ocidentais promovem a instauração de um regime assente na proibição absoluta e global de um conjunto de substâncias psicoativas, sujeitando à criminalização todos aqueles que utilizem as mesmas, exerçam estas funções na produção, na comercialização ou no consumo. Com a Convenção Única de Genebra de 1961, estas substâncias passaram a ser referenciadas pela designação técnico-legal de *estupefacientes* (ou *narcóticos*), nome que acabou por ser retraduzido por Droga na linguagem do senso-comum.

Introdução

¹ Este artigo baseia-se na primeira parte da dissertação de mestrado em Ciências Sociais intitulada *Representações sociais da droga e toxicodependência: um estudo empírico na Península de Setúbal junto de párocos e médicos*, defendida pelo autor em 1997, no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Os critérios selectivos que presidiram à elaboração da «lista negra» constante da Convenção de Genebra não escondem o etnocentrismo cultural que comandou a cisão do espectro de substâncias psicoactivas que daqui resultou (Nadelmann, 1993; Woodiwiss, 1998). As drogas passaram, desde então, a ordenar-se segundo uma hierarquia farmacológica normativa: enquanto as drogas legais (café, tabaco e álcool) faziam parte dos hábitos culturais dos países do Centro, as principais drogas criminalizadas (canabinóides, opiáceos naturais e coca) estavam incrustadas na tradição cultural de inúmeros povos de países da periferia. Concomitantemente, omitiu-se das listas da Convenção Única as substâncias psicotrópicas produzidas pela indústria farmacêutica (tranquilizantes, barbitúricos, anfetaminas) que constituíam um mercado em crescente expansão.

A montagem deste regime recorreu a diversos mecanismos legitimadores de auto-reprodução referencial (Baratta, 1988), centrados, não só na coerção material, mas também em processos apropriadamente referenciados pelo conceito gramsciano de *hegemonia* (Grisoni e Maggiori, 1974), isto é, tendentes a gerar um consenso activo de massas. Neste âmbito sobressai a hegemonização simbólica promovida pela *farmacracia* (governos, corporações médicas, comunicação social), que procurou fundar a cruzada farmacológica na Medicina, na Saúde Pública e na Farmacologia (Szasz, 1994): assim, as drogas legais seriam inócuas e/ou com valor médico, enquanto as drogas ilegais seriam intrinsecamente nocivas, «perigosas» e sem valor terapêutico. O crescente avolumar dos problemas sociais e políticos do regime proibicionista veio a suscitar um número crescente de vozes críticas em relação aos pressupostos sanitaristas deste *status quo*, mesmo no seio dos grupos profissionais e académicos mais comprometidos com a legitimação «científica» do mesmo (Jonas, 1991; Morgan, 1992). Neste sentido, ainda recentemente o Conselho Nacional de Ética francês reconheceu que «a distinção entre as drogas lícitas e as drogas ilícitas não assenta em nenhuma base científica, seja do ponto de vista do seu modo de acção, dos seus efeitos sobre o sistema nervoso central ou dos riscos que apresentam», esclarecendo-nos ainda que «as drogas não proibidas são potencialmente tão perigosas, no seu conjunto, como as drogas proibidas» (Comité Consultatif, 1994).

Ora, a história social das drogas revela-nos como a utilização destas é moldável em função dos elementos de signifi-

cação que as configuram como objecto social, sem os quais não têm existência fora da sua anódina ecologia botânica. O objecto-Droga constrói-se em função dos padrões institucionalizados que organizam a sua apropriação social, os quais se formam, reproduzem e transformam nas relações, dotadas de sentido, que se estabelecem (a) entre o actor da Droga e esta e (b) entre o actor da Droga e os «outros». Nestes padrões, cristaliza-se o poder classificatório dos «outros», o qual se transcreve não apenas nas pesadas regulações formais já referidas, mas também em todo o aparato simbólico socialmente difundido por diferentes meios e nas atribuições de sentido quotidianas que nos possibilitam aceder a estas realidades.

O que está subjacente à orientação que seguem os diferentes dispositivos institucionais montados em torno do problema-Droga, a que a investigação não escapa, é que a Droga não deixa espaço para a escolha, quer às sociedades, quer aos indivíduos (Agra, 1995), circulando os saberes dominantes — quer de senso-comum, quer técnicos e científicos — neste pressuposto inquestionado e inquestionável, num processo de mútua legitimação entre Poder e Ciência. Conforme assinala uma historiadora das drogas, no campo da dependência «a interacção das teorias tem ganho autoridade através do suporte que oferecem às normas sociais existentes e os conceitos considerados são essencialmente teorias de carácter político, expressando os relacionamentos do poder dominante» (Berridge, 1994: 28).

Poder-se-ão sistematizar três grandes abordagens meta-teóricas na análise da dependência das drogas (Room, 1985):

- (1) uma primeira entende-a como um dado empírico externo, concebendo-a como uma doença, um vício moral ou um produto de uma deficiente aprendizagem social e explicando-a através de factores biológicos, psicológicos ou psico-sociais;
- (2) uma segunda, mantendo a dependência como um dado externo, salienta a importância dos factores sócio-culturais na sua produção;
- (3) uma terceira desloca-se das conceptualizações da dependência como um dado empírico e problematiza-a

A Droga sob o signo do empiricismo positivista

como uma construção sócio-cultural que nos diz mais sobre as estruturas de pensamento de uma dada ordem social do que sobre a natureza ou realidade da experiência individual.

As teorias dominantes no campo das drogas partilham da inscrição ontológica positivista referida em 1) e 2) e são enformadas pela normatividade proscritiva instaurada, recorrendo a explicações estruturais e determinísticas assentes num conhecimento que invoca a sua validação em factos empíricos objectivos, mas que se estriba, antes de mais, na instauração de ordens normativas convencionais construídas, com maior ou menor consenso, pelos poderes sócio-políticos. De facto, se, a partir dos anos 70, se reúne um consenso neste campo em torno do designado *paradigma multidimensional*, que considera os efeitos das drogas como resultando da conjugação de factores biológicos, psicológicos e sociais (Agra, 1995), continuam a preponderar as visões médico-psicológicas que hegemonizam a dependência sob um *modelo de doença*. Auxiliadas pela tradição estruturalista da Sociologia, estas visões situam o uso das drogas ilegais (a Droga) no território da patologia, individual e/ou social, baseando-se numa estrito positivismo empiricista e num determinismo estruturalista explicativo.

A análise epistemológica deste modelo dominante, indicamos como o mesmo submete a explicação do uso de Droga a um esquema no qual o objecto-Droga e o sujeito-Indivíduo são rigidamente separados, sendo o estímulo Droga que, ao ser captado/ingerido pelo Indivíduo, causa o (toxico)dependente. A relação entre os três elementos do paradigma bio-psico-social na produção da (toxico)dependência pode ser, assim, reproduzida de acordo com os pressupostos de todo o modelo empiricista do conhecimento, estando sujeita a uma causalidade linear onde os elementos culturais se situam excentricamente.

Este modelo, tratando a (toxico)dependência como uma realidade empírica objectiva, assimila esta a uma entidade categorial, própria a toda a doença. A (toxico)dependência é, deste modo, entendida como uma patologia para ser compreendida em termos de estado, isto é, no âmbito de um conjunto estável de atributos homogéneos na sua materialidade e significado.

Uma segunda característica deste modelo é o seu determinismo estruturalista. Os seus credos determinísticos fixam-

-se nas noções de (a) progressão inexorável (escalada), (b) perda de controlo (compulsividade) e (c) irreversibilidade de efeitos causadas pelo uso de Droga (Nadeau, 1988). A explicação utilizada é basicamente estruturalista: a dependência é o produto do jogo de forças externas que «aspiram» a pessoa para esse estado patológico, sejam estas de origem biofarmacológica e/ou de origem social e/ou mesmo de origem psicológica, invocando estas explicações uma redução ou mesmo uma anulação da capacidade de resposta da pessoa perante estes factores (Cormier, 1988). Como patologia que é, a dependência é conceptualizada não tanto como algo que as pessoas promovem, mas como algo que lhes *acontece*.

Existem teorias guiadas pelo empiricismo positivista que fazem intervir de forma distinta, como variáveis mediacionais, o *indivíduo* e o *contexto*. Porém, a função destas variáveis (como, por exemplo, os padrões familiares, o estilo de vida, as predisposições psicológicas, etc., etc.) serve para conferir uma maior especificidade a um modelo básico explicativo comum, o qual assenta na centralidade determinante do poder farmacológico da Droga — daí a *visão farmacocêntrica* que encerra.

Neste quadro:

- (1) A Droga é qualificada como agente patogénico, por o contacto com ela desencadear um efeito inexorável que instaura um desejo insaciável e incontrolável (Nahas, 1994). A dispersão de teorias que tende a explicar este efeito acolhe-se sob o conceito clínico de dependência, o qual se encontra expresso descritivamente nos dois principais instrumentos de diagnóstico: a *Classificação Internacional de Doenças* da Organização Mundial de Saúde (ICD – 10ª edição) e o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV). De acordo com esta conceptualização, a dependência comporta um elemento bioquímico — a auto-indução orgânica, também designada dependência fisiológica ou de «reforço negativo» — e outro psicológico — o consumo repetido assegurado pela pulsão psíquica, ou também designado por *craving*, ou ainda por «reforço positivo».
- (2) A demonstração empírica da dependência, que lhe conferirá uma definição objectiva, traduz-se em manifestações bio-comportamentais: para além das mani-

festações fisiológicas de tolerância e/ou privação, a dependência conhece-se por um critério comportamental que se manifesta em todo um conjunto de «comportamentos-problema».

**Pensar as
drogas
de uma
perspectiva
construtivista**

Em contraposição com as visões médico-psicológicas dominantes, tem surgido um conjunto de teorias, principalmente filiadas nas áreas das Ciências Sociais e Humanas, que, em comum, salientam alguns aspectos quanto aos usos das drogas frequentemente subestimados ou mesmo ignorados. Assim:

- a) Os usos de todas as drogas (e principalmente das drogas ilegais) não decorrem de um encontro fortuito do indivíduo com as substâncias, mas constituem comportamentos socialmente aprendidos no qual o indivíduo é um actor activo e não passivo.
- b) Os usos das drogas ilegais não se inscrevem numa rota única — a progressão contínua do consumo experimental até ao intensivo. Pelo contrário, todas as drogas (do chá à heroína) admitem padrões de consumo variáveis no tempo e em todos os pontos das trajectórias biográficas.
- c) Os efeitos de qualquer droga resultam de decisivas dimensões subjectivas e simbólicas, culturalmente induzidas e reelaboradas individualmente, que não se confinam à farmaco-dinâmica da substância.
- d) A dependência de qualquer droga não é uma entidade categorial e admite uma pluralidade de «saídas», o que contradiz a irreversibilidade de efeitos dos consumos.
- e) Os problemas relacionados com as drogas ilegais derivam primordialmente dos contextos sócio-políticos que as enquadram, e não das suas propriedades farmacológicas.

Mais de 30 anos de investigações sobre o uso massificado de drogas ilegais trouxeram algum conhecimento, nomeadamente o sintetizado nestes aspectos, que tornam consistente a perspectiva construtivista no campo do estudo das drogas. Recorrer a esta tradição de pensamento — a qual não forma nenhuma corrente teórica homogénea, mas

trabalha num espaço comum de problemas (Corcuff, 1997) — implica recusar a realidade-Droga naturalizadamente, como um «dado» e inscrevê-la, antes, numa construção histórica e quotidiana de actores sociais.

Em contraposição com a acepção de dependência no *modelo de doença* que a apresenta como uma universalidade objectiva psico-biológica, poder-se-á apresentar a (toxico)-dependência como um conceito socialmente construído em torno de julgamentos avaliativos baseados em valores e crenças culturais com consequências nas interações sociais e no funcionamento da sociedade. Neste sentido, a (toxico)-dependência não *acontece* por efeito do poder farmacológico da Droga, conjugado ou não com a fragilidade da pessoa, mas resulta de uma construção social assente na definição que a sociedade faz do uso de Droga, produzindo práticas e categorias que organizam, legitimam e dão sentido a este fenómeno.

É no quadro desta nossa proposta que analisaremos a construção social da Droga através de duas *démarches*: 1) a (des)construção de três princípios-chave em que assenta o *modelo de doença*; 2) uma (re)construção alternativa do conceito de (toxico)dependência baseada na experiência subjectiva dos usos das drogas.

De facto, no *modelo de doença* três princípios adquirem um estatuto similar ao de «leis», a saber:

- 1) A Droga (leia-se, o uso de Droga) constringe o cérebro no sentido de produzir um efeito conducente à perda de controlo da vontade e à auto-administração repetida.
- 2) A Droga (leia-se, o uso de Droga) manifesta uma fuga perante a realidade, levando a pessoa a cortar os laços com a sociedade.
- 3) A dependência da Droga é uma doença que, como tal, só desaparece se sujeita a tratamento e cuidados.

Importa sublinhar que os dois primeiros princípios estão reportados à Droga ou, mais rigorosamente, ao seu uso (no singular), porque o que está presente nas definições de (toxico)dependência, por vezes explicitamente, mas a maior parte das vezes implicitamente, é que, distintamente das drogas legais, as drogas ilegais não têm usos (no plural): qualquer uso é um abuso na acepção jurídico-moral ou conduz ao

abuso na aceção do *modelo de doença* (Agar, 1995). Neste sentido, poderá afirmar-se que o modelo médico-psicológico dominante reifica e ontologiza a Droga: esta é um «dato» externo ao uso e o seu efeito invariante conhecido — as *trevas* — é atributo desta (que assim ganha «vida»), porque não há usos variantes possíveis.

144 **Crítica
da Droga no
absoluto da
dependência**

Num manual clássico escrito há mais de vinte anos, Helen Nowlis é taxativa na rejeição de um «efeito-Droga» unicitário, salientando, antes, que «todas as drogas têm múltiplos efeitos que variam segundo a dose, segundo os indivíduos, segundo o momento e segundo o quadro em que se encontra o indivíduo» (Nowlis, 1979: 26).

Os efeitos de uma droga comportam uma farmacodinâmica proveniente das componentes de indução bioquímica, como sejam as propriedades farmacológicas da droga, a dose, a frequência, a pureza, o modo de administração. Mas associam-se também a uma componente estritamente individual de natureza fisiológica, a saber, a sensibilidade idiossincrática do organismo à substância, e decorrem, ainda, de duas importantes componentes contextuais: os significados do uso e as condições de acesso à substância.

Contrariamente à visão normativa dominante, a história social das drogas, a investigação epidemiológica e os estudos antropológicos revelam-nos que todas as drogas estão sujeitas a uma pluralidade de padrões de consumo inseridos numa diversidade de práticas sociais, não havendo substância que não seja atravessada por qualquer regime de consumo, isto é, da simples experimentação à compulsividade mais severa. Nowlis fazendo uma recensão dos diferentes tipos de consumo, tanto para drogas legais como para drogas ilegais, procede formalisticamente à distinção entre consumo experimental, consumo ocasional, consumo regular e consumo compulsivo (Nowlis, 1979).

A componente contextual extra-farmacológica tem um peso decisivo nos efeitos das drogas e a ontologização farmacocêntrica da Droga tende a elidir que os efeitos daquelas dependem menos das suas propriedades químicas e mais das expectativas daqueles que as consomem, assim como do modo ou do contexto em que as mesmas são consumidas (Becker, 1974). Os estudos experimentais de *placebo* efectuados nos anos 70 com alcoólicos, vieram a comprovar um efeito-droga sem a existência de droga, mostrando, assim, a

possibilidade de se atingirem relações-limite com as drogas através da exclusiva componente subjectiva (Helman, 1994).

Mas já em 1947 Alfred Lindesmith tinha constatado que doentes tratados com opiáceos durante longos períodos não se tinham tornado dependentes. Interrogando antigos morfínómanos, Lindesmith chegou à conclusão de que, para a dependência se manifestar, é necessário que um indivíduo estabeleça uma relação entre a ingestão de uma substância e uma significação expectativada associada aos efeitos da droga (Lindesmith, 1980). O clássico estudo de Howard Becker sobre o fumador de marijuana (Becker, 1995: 64-82) desenvolve esta linha interpretativa, mostrando como, para experimentar os prazeres da droga, ele tem que aprender com o grupo a reconhecê-los e a reproduzi-los. Esta atribuição de sentido não é individual, nem apenas da esfera das relações inter-individuais ou grupais. Estas interações partilham de códigos simbólicos sociais, de pautas culturais socialmente partilhadas de que o indivíduo e os grupos se apropriam, através de um processo activo de aprendizagem social.

O enquadramento simbólico insere-se em contextos de utilização das substâncias que Escohotado, fazendo um balanço histórico dos usos, formaliza em dois grandes eixos tipológicos. Um primeiro dicotomiza o uso individual e o uso colectivo. Outro distingue quatro grandes tipos: de natureza religiosa/festiva; lúdico/recreacional; curativo/terapêutica e desviante (Escohotado, 1995). Por outro lado, a estruturação simbólica está sujeita a uma apropriação subjectiva segundo as funções que os usos assumem individualmente. Recortam-se, deste modo, diferentes práticas de consumo de drogas que, reportando-se à esfera das motivações individuais, só adquirem sentido no todo da prática social do indivíduo.

Procurando captar a pluralidade de sentidos na utilização contemporânea das drogas, Alain Ehrenberg distingue entre as práticas das *trevas*, auto-destruidoras e anónimas, as práticas de *socialização* que integram os consumos nas sociabilidades quotidianas e as práticas de *performance* relacionadas com auto-terapêuticas motivadas pela realização pessoal (Ehrenberg, 1995).

Se a Droga é menos um efeito biofarmacológico e mais uma relação da pessoa com a sociedade mediada pela substância, como acabamos de sustentar, todas estas articulações sociais do consumo de drogas exprimem não só significações, mas também estruturas sociais. Quer isto dizer que, não havendo relações isomórficas e determinísticas

entre condições sociais e tipos de uso, investigações no campo das Ciências Sociais têm sublinhado que as práticas (toxico)dependentes destruidoras têm um traço social acentuadamente pauperizado. Aconteceu assim no passado com o alcoolismo nas classes populares (e verifica-se ainda hoje em Portugal em muitas comunidades) e ocorre o mesmo com a politoxicod dependência juvenil em meio urbano. Assim, enquanto a visão dominante espalha tipos de droga por aqueles diferentes usos, acantonando as drogas ilegais nos usos extremos da a-socialidade, e, desta forma, enuncia a existência de um endofenómeno farmacológico, investigações sociais evidenciam que todas as drogas estão sujeitas a diferentes tipos de socialização e que as práticas (toxico)dependentes poderão constituir um epifenómeno social (Lukoff, 1980).

De facto, algumas abordagens têm iluminado a (toxico)dependência como um epifenómeno da exclusão social. Nos EUA existe uma abundante literatura focando a segmentação social do consumo de drogas ilegais e a filiação das práticas mais destrutivas e desviantes do uso de «crack», «free-base» e heroína nas minorias étnicas desfavorecidas (Harrell e Peterson, 1992). Mas também em França uma recente investigação realizada nos bairros periféricos de Paris descreve-nos diferentes práticas de camadas juvenis, em torno da heroína, como síndrome de exclusão social em que a privação social, a desestruturação familiar, o abandono escolar e o desemprego produzem uma centrifugação social para uma cultura de desvio de cuja ecologia participa a heroína (Bouhnik, 1996).

No entanto, também existem investigações a revelarem o facto dos consumos de drogas ilegais não se circunscreverem às práticas das *trevas*, desfazendo, deste modo, a poderosa crença do modelo dominante de que as drogas ilegais instauram um potente apetite pelo seu consumo levando a pessoa, em face deste encarceramento químico, a perder o controlo da sua vontade, tudo subordinando a um fim — o uso compulsivo de Droga.

Para esclarecer a relação do indivíduo com a Droga, tem sido utilizado o conceito de *carreira*. Mas este conceito evoca manifestamente um ponto de partida com um previsível traçado, orientado para a progressão, como acontece com a carreira profissional. Integra-se num modo de explicação que tende a distribuir pontos de passagem do utilizador num continuum de sentido único, o qual, a atender, por exemplo, na

descrição do psiquiatra Luís Patrício, se iniciaria num 1º degrau de experiência até ao 5º degrau da compulsividade (Patrício, 1995). Porém, as investigações que penetraram na diversidade de relações sociais que pautam os consumos de drogas ilegais mostraram que estas trajectórias não se subordinam a orientações programadas em função do uso toxicomaniaco, nem correm num continuum de progressão linear, contrariando, assim, a escalada farmacológica de progressão fatalista que nos é apresentada por esta ontologização farmacocêntrica.

As investigações sociais em meio natural revelaram-nos que as trajectórias são marcadas, em termos genéricos, pela extrema diversidade e variabilidade de percursos e padrões de consumo, dominados pela descontinuidade e pelas rupturas e não pela continuidade (Hanson *et al.*, 1985; Moore, 1992; Cohen, 1994; Bouhnik, 1996). Os percursos colhem-se em contextos sócio-estruturais de facilitação, mas traçados através de um processo activo de aprendizagem, em que a substância desempenha uma função sob um enquadramento simbólico e social.

Em 1969 O'Donnell avaliava em apenas 1/3 os consumidores de heroína que se tornavam dependentes (Robins, 1980) e já nesta década se apontava nos EUA que as drogas, na sua generalidade, são usadas por 90% das pessoas que as consome e abusadas pelos restantes 10%, exceptuando-se o tabaco, em que ocorre o inverso (Nicholson, 1992).

Mas o acontecimento que veio a comprovar a flexibilidade do uso da heroína deu-se com o regresso dos soldados americanos do Vietname: da amostra de consumidores dependentes no Vietname estudada por L. Robins e a sua equipa durante 3 anos após o seu regresso, apenas uma exígua minoria manteve este padrão nos EUA e a maioria passou a consumir ocasionalmente, indicando assim que, «ao contrário do que normalmente se julga, parece ser possível o uso ocasional de narcóticos sem gerar habituação, mesmo no caso de homens que já foram dependentes» (Robins *et al.*, 1974: 248).

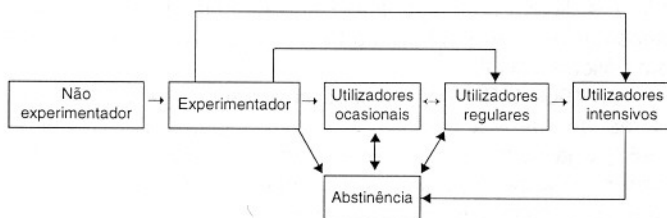
Também os estudos realizados em meio natural nos EUA, utilizando metodologias etnográficas, revelaram a existência de uma pluralidade de modos de consumo das principais drogas ilegais, inseridos numa diversidade de carreiras articuladas em diferentes práticas e contextos sócio-culturais.

Durante os anos 70, Norman Zinberg e a sua equipa da Harvard Medical School analisaram nos EUA os consumos não toxicomaniacos de heroína. Das pesquisas efectuadas e

dos muitos casos observados, extraíram um conjunto de princípios que concluíram orientar os consumidores «controlados» de opiáceos, todos associados à interiorização de normas que desaprovam o uso compulsivo, ritualizam/circunscrevem os consumos a contextos donde extraem experiências positivas e prescrevem o isolamento da sua prática de consumo face às outras práticas sociais da sua vida quotidiana (Zinberg, 1984).

Uma equipa da Universidade de Chicago corroborou as conclusões de Zinberg em diferentes pesquisas realizadas nos anos 70 e desenhou as múltiplas carreiras de consumidores de heroína no diagrama que se apresenta na Figura 1 (Crawford *et al.*, 1983).

Figura 1
Carreiras de utilizadores de Heroína



No início dos anos 80, Judith Blackwell, a partir de uma pesquisa de terreno feita em Londres junto de consumidores de heroína, pôde observar igualmente diversos padrões de consumo, concluindo que os consumidores controlados desenvolviam um conjunto de estratégias de auto-regulação de modo a excluir um estilo de vida em torno do consumo de heroína. Tal como Zinberg, J. Blackwell salienta que há pessoas que sabem utilizar a heroína de forma controlada, que a dependência não é uma consequência inevitável do uso regular e que esta pode assumir formas conjunturais (Blackwell, 1983).

No que respeita à cocaína, os estudos epidemiológicos realizados nos EUA revelaram existir ao longo da década de 80 (considerada a da «epidemia» de cocaína) uma grande discrepância entre as prevalências de uso nos últimos 30 dias (4,5% em 1988 para a faixa 18-25 anos) e ao longo da

vida (19,7% no ano de 1988 para a mesma faixa), valores estes indicadores de que o uso intensivo da cocaína era um padrão residual na população (Stephens, 1992).

Em Portugal, os indicadores indirectos de consumo de Droga apontam nesse sentido. De facto, há um imenso desfasamento entre as (grandes) quantidades de cocaína apreendidas e os (diminutos) casos problemáticos de consumo. Por exemplo, os casos em que a cocaína é a principal droga de abuso representam 1% no atendimento a toxicodependentes no estudo de 1994 realizado em toda a rede do SPTT (Costa e Viana, 1996). Apesar de a justificação oficial para este desfasamento invocar que a cocaína importada para o nosso País não é lançada no mercado nacional, mas é exportada para outros países europeus, é plausível pensar que alguma é consumida e que acaba por não se repercutir no aparelho sanitário.

De resto, estudos etnográficos realizados na Holanda (Cohen, 1994), nos EUA (Waldorf *et al.*, 1991), e em França (Ingold, 1992) identificam com facilidade uma diversidade de padrões de consumo da cocaína em que o da escalada até à dependência é muito minoritário, sendo predominante os que oscilam entre consumos regulares em certas fases, regredindo para consumos intermitentes ou para a abstinência.

Quanto aos canabinóides — marijuana e haxixe — diversos estudos têm acentuado (Dubet, 1992; Pais, 1993) que o seu consumo obedece primordialmente a um padrão ritualizado, participando expressivamente das sociabilidades juvenis, em contextos recreacionais de convívio, dominados por uma ética transgressora de *fun morality*, isto é, marcadamente oposta aos padrões anómicos toxicomaníacos.

Não se pretende negar a importância dos efeitos bioquímicos da farmacologia das substâncias que, evidentemente, influenciam as trajectórias pessoais. Os opiáceos são drogas com uma potente actividade psicotrópica resultante da justaposição das suas propriedades hedónicas com mecanismos de adaptação do organismo em face da presença da substância (Facy *et al.*, 1993). Mas deste dado não se pode concluir pela anulação da acção humana, mas tão só inferir que as práticas de relacionamento com estas drogas têm que ser inscritas numa monitorização reflexiva dessa acção capaz de gerir as economias bioquímicas emocionais de forma a evitar as derrapagens geradoras de dependência. De resto, importantes estudos etnográficos realizados nos EUA (Zinberg, 1984; Waldorf *et al.*, 1991) mostraram como são mobilizados

150 **Crítica do
acantona-
mento
da Droga
na des-socia-
lização**

rituais e normas internalizadas para os consumos controlados de heroína e cocaína, à semelhança do que acontece com drogas convencionais como o álcool.

A desconstrução do segundo princípio retira-se dos estudos que têm sido realizados em meio natural e que nos mostram que (a) a (toxico)dependência não é definida por um estatuto único e homogéneo e (b) as práticas que se organizam em torno da Droga participam de um regime social *convencional*.

Os diferentes padrões de consumo, nomeadamente o toxicomaniaco, não vivem num vácuo, mas inscrevem-se em quadros existenciais que se organizam em função de determinados contextos. A ordem moral clínica que guia a análise da (toxico)dependência ergueu uma barreira de convencionalismo reificador que a impede de olhar os usos de Droga do ponto de vista apreciativo, isto é, do ponto de vista da racionalidade subjectiva dos consumidores, e descobrir aí algumas pistas para estas condutas como soluções existenciais, com características idênticas a tantas outras mais banais apesar de todos os prejuízos e censuras que recaem sobre as mesmas.

A estratégia *émica apreciativa* é uma ferramenta metodológica muito desenvolvida pelas correntes interaccionistas e etnometodológicas, principalmente no estudo dos modos de vida desviantes. Foi utilizada nas investigações da antropologia urbana das drogas nos EUA e permitiu abrir o campo de análise dos usos de Droga. Esta estratégia metodológica tem por objectivo analisar o fenómeno por dentro, isto é, compreender o ponto de vista do sujeito «desviado» e interpretar o mundo tal como é percebido por este, sem que isto signifique que o analista esteja de acordo com esta definição (Matza, 1979).

Ora, todos aqueles estudos de sociologia e antropologia urbanas das drogas realizados nos EUA nos anos 60 e 70 vieram fixar uma nova concepção do (toxico)dependente como um *actor social comum*, desfazendo a ideia dominante, estreitamente articulada com a da patologia da vontade, de que o consumidor de Droga envereda por uma fuga à realidade, torna-se anómico, cortando os laços com a sociedade.

De facto, quer o estudo realizado entre 1957 e 1963 por Harvey Feldman sobre os bandos de jovens italianos de Nova Iorque (Feldman, 1968), quer o estudo de Ed Preble e

John Casey feito em 1959 junto de gangs de jovens negros da mesma cidade (Preble e Casey, 1969), mostraram a inscrição de práticas regulares de consumo de Droga num regime social comum, integrando-se os usos de Droga (no caso, a heroína) na ordem das obrigações correntes dos guetos a que pertenciam. Estas práticas, classificadas de toxicodependências do ponto de vista sanitário, faziam parte de um modo de vida suportado por um contexto sócio-cultural estável que operava como um importante controlo social, socializador dos consumos. Neste quadro, *drogar-se* correspondia a entregar-se a uma actividade intensa e estritamente codificada que era fonte de satisfação e de construção identitária. A raridade de casos de politoxicodependência entre os jovens destes guetos era uma das manifestações da integração cultural dos consumos de heroína, similar à que encontramos nas sociedades antigas no que respeita à utilização de alucinógenos para fins ritualizados.

Percebe-se que eram frágeis as condições que garantiam o suporte sócio-cultural normalizador das práticas de consumo e que sempre estariam sujeitas à intervenção desintegradora da polícia, das mutações do mercado clandestino ou dos fenómenos de mobilidade social, pelo que as mesmas não se podem transpor linearmente no tempo e no espaço. A importância destes estudos foi mostrar que era mais o enquadramento sócio-cultural caracterizado pelo efeito estabilizador de uma forte subcultura que determinava as práticas de consumo do que a bio-farmacologia da droga ou as personalidades desviantes ávidas dos efeitos euforizantes descritas pelos saberes dominantes.

Já na década de 80, um estudo feito pela equipa de Bill Hanson em quatro grandes cidades dos EUA revelou a integração de práticas regulares de consumos de heroína em modos de vida que procuravam a «normalidade» e evitavam os estilos de vida delinquentes. Hanson mostrou-nos que, para muitas pessoas, a heroína não era um prazer que as desligava da sociedade, conseguindo, pelo contrário, adaptar flexivelmente os seus níveis de consumo às vicissitudes pessoais e do mercado de abastecimento (Hanson *et al.*, 1985).

De resto, aos próprios consultórios dos terapeutas afluem heroínodependentes que conservam laços sociais e internalizam normas sociais convencionais, atestando que a heroína não habita apenas na a-socialidade. Por exemplo, o estudo de 1994 feito no nosso País junto dos serviços públicos de atendimento a (toxico)dependentes revela que «existe uma

população toxicodependente que mantém consumos sem que o funcionamento social e profissional pareça ressentir-se, o que sugere conseguirem alguma forma de controlo sobre os consumos que lhes permite não descompensarem a estes níveis» (Costa e Viana, 1996: 18).

A heroína e outras drogas não convencionais surgem, deste modo, em práticas de consumo que se inscrevem em padrões socializados onde são utilizadas com as funções que estão «autorizadas» para as drogas convencionais, seja uma psicofarmacologia caseira dirigida para o apaziguamento da angústia, para o estímulo do humor, para a fortificação da imaginação, ou ainda para assegurar um bem-estar, funções estas que servem de regulador emocional para o exercício dos diferentes papéis sociais a desempenhar.

Toda esta dimensão clandestina e invisível da Droga mostra quão redutor é acantonar esta estritamente no campo do «flagelo» e da «destruição». Excluir a Droga da ambivalência obscurece o facto de ser uma produção das nossas sociedades que faz coexistir diferentes modos de consumir, diferentes modos de viver. O grau de socialização ou des-socialização não se reporta à Droga, mas à relação significativa com esta e, máxima sociológica, com o impacto da estrutura social, que poderá ser facilitadora e constituir-se como uma estrutura de oportunidades, ou opressora e propulsionar a des-socialização.

Reconhecer a «normalização» dos usos de Droga e a (toxico)dependência como modo de vida, não significa desvalorizar a fragilidade destas práticas e os riscos sanitários e sociais em que incorrem aqueles que nelas participam. Mas o que torna a heroína tanto mais perigosa serão menos as suas propriedades farmacológicas e mais o facto de o enquadramento político e social proscritivo submeter o seu uso a uma segregação que estimula a organização de modos de vida em torno da substância e, conseqüentemente, a deriva da des-socialização. Daqui que se possa assinalar o paradoxo do regime internacional que governa a Droga, montado em nome da protecção da saúde pública, mas gerador do efeito inverso. Este facto, de resto, é frequentemente apontado por parte de análises que se situam na óptica da Saúde Pública, as quais salientam que o interdito é um factor muito agravante em matéria de dependência a um produto (Mosher e Yanagisako, 1991).

Associado com o acantonamento dos usos de Droga na «doença» está o terceiro princípio, o de que, sendo a dependência uma doença, carece de tratamento e recuperação para ser «curada».

O domínio das «saídas» da dependência é aquele em que melhor se explicita a construção social e individual deste objecto, o que distancia a (toxico)dependência da *disease*, a doença biomédica, encontrando, pelo contrário, uma explicação mais consistente como *illness*, a doença experimentada subjectivamente (Morgan *et al.*, 1993). A construção social opera-se pelo modo como o indivíduo interpreta significativamente a relação com a substância e pelo modo como a sociedade e os corpos especializados concebem o problema da dependência.

Do ponto de vista do indivíduo, todas as etapas da carreira, que resultam de um processo de aprendizagem social, envolvem uma elaboração significativa das experiências que contêm os enunciados da vivência dos efeitos das drogas. A dependência configura-se, deste modo, como um fenómeno de percepção selectiva, qual «processo, em que as sensações corporais diferentemente percebidas e transmitidas ao outro se constituem como a própria experiência da doença para as pessoas» (Herzelich, 1970: 21).

Do ponto de vista social, a gestão do problema-Droga, nomeadamente no que respeita à tutela sanitária, depende, não de uma qualquer aplicação a-valorativa de tecnologias eficazes, mas das concepções que prevalecem sobre o acto de *drogar-se* e da natureza da patologia que é a dependência. Historicamente, a (toxico)dependência começou por ser considerada um vício/uma fraqueza moral, cabendo ao indivíduo, através da sua força de vontade, pôr-lhe um termo. A popularização dos consumos criou um mercado de cuidados que adaptou esta representação à procura social, dando lugar (a) a grupos de auto-ajuda (de que os mais importantes são os Alcoólicos Anónimos e os Narcóticos Anónimos), que procuram, através da organização colectiva, ajudar o indivíduo a restabelecer a vontade de abandonar o álcool e outras drogas e (b) a grupos religiosos (de que o mais famoso na Europa é o «Patriarche»), que assentam a sua filosofia nos designados «tratamentos a frio», uma «cura» através de processos que servem como uma expiação da culpa perante um colectivo que tem uma função salvífica e de doutrinação ideológica.

A emergência do *modelo de doença* desenvolveu toda uma panóplia de cuidados técnico-especializados que se dis-

**Crítica da
irreversibili-
dade
de efeitos
da Droga: as
«saídas» da
dependência**

persam em função das escolas teóricas e profissionais que se organizaram para explicar a patologia. Há quatro grandes modalidades ou tipos de tratamento clínico (Roman, 1992): a desintoxicação, os «programas-livres» ambulatoriais que combinam em doses diversas psicofarmacologia e psicoterapia visando a abstinência dos consumos; as comunidades terapêuticas profissionais que aplicam psicoterapia e/ou sócio-terapia também numa óptica de abstinência; e os programas de manutenção, que utilizam drogas de substituição e que, deste modo, não têm por objectivo primeiro a abstinência dos consumos, mas o restabelecimento do funcionamento do indivíduo na sociedade.

Porém, a dependência tem-se mostrado rebelde aos diferentes esquemas de controlo social (nomeadamente o dos cuidados terapêuticos) e às modalidades de pensamento que procuram enquadrá-la, apresentando múltiplas «saídas». Se se considerar que a «cura» só se concretiza na abstinência, poder-se-á sistematizar três grandes tipos de «saídas»: 1) curas com tratamento; 2) curas sem tratamento; e 3) tratamentos sem cura (Solal, 1994).

Durante longo tempo, predominou a crença em que, *uma vez dependente (da Droga), dependente toda a vida*. A medicalização da dependência veio amenizar esta crença ao instaurar a tutela «científica» competente para regular a patologia. Mas cedo se verificou que o campo médico-psicológico tinha dificuldade em obter os resultados que a medicina alcançava com as outras doenças, nomeadamente, na área da saúde mental onde, no final dos anos 50, com as grandes descobertas dos medicamentos psicotrópicos, conseguiu firmar uma autoridade social. Tal facto provinha dos primeiros estudos de acompanhamento de toxicodependentes sujeitos a intervenção terapêutica e que mostravam uma elevada taxa de recaídas. Os resultados das investigações etnográficas feitas nos anos 60 nos EUA indicavam, porém, que a dependência de opiáceos poderia ter outras evoluções. Foi, contudo, o regresso dos soldados americanos do Vietname, num período em que se vivia uma «epidemia de heroína» nos EUA, que veio modificar as crenças no que respeita às «saídas» e mostrar que, neste domínio, existia a «cura sem tratamento», isto é, a *cessação espontânea* do consumo (Stall e Biernacki, 1986).

De facto, dos estudos que efectuaram nos princípios dos anos 70, a psiquiatra Lee Robins e a sua equipa verificaram que a esmagadora maioria dos soldados que tinha utilizado

narcóticos no Vietname abandonara espontaneamente os consumos após o regresso aos EUA (Robins, 1980). Este facto histórico mostrou, assim, que o devir da dependência de uma droga «dura» não seguia o fatalismo da desinserção social e da auto-destruição e que aquela era uma «doença» que podia terminar espontaneamente, sendo acentuadamente influenciada por factores contextuais.

Os resultados dos estudos de Robins estimularam toda uma linha de investigação nos EUA no sentido de comparar populações (toxico)dependentes que recorriam e que não recorriam a tratamentos, cujos resultados tornaram consistente a hipótese da maturação do sujeito (*maturing out*) como uma das «saídas» da (toxico)dependência, isto é, que a saída da dependência resulta, não raras vezes, de uma mudança ocorrida no desenvolvimento da pessoa, sendo autogerida sem cuidados terapêuticos (Snow, 1973).

De resto, mesmo no âmbito da intervenção terapêutica admite-se a natureza, por vezes decisiva, da própria gestão existencial da pessoa na «cura» da dependência, de forma relativamente autónoma face ao tratamento. A este respeito, Nuno Félix da Costa esclarece-nos «não ser linear a atribuição da suspensão (dos consumos de droga) à intervenção terapêutica, seja ela qual for, parecendo antes dependente de um articulado de factores», chamando ainda a atenção para «a dificuldade sentida na clínica de fundamentar *a priori* critérios prognósticos, como se o processo de decisão de suspensão dos consumos decorresse de um conjunto de factores psicológicos e situacionais complexo, mas independente da variável tempo de abuso e das outras variáveis citadas (idade, sexo)» (Costa e Viana, 1996: 14).

O que a pluralidade de relações com as drogas ilegais nos mostra é que não existe apenas uma (toxico)dependência — a (toxico)dependência anómica que povoa o imaginário das sociedades contemporâneas. Existem, pelo contrário, diversas relações com a Droga e diversas (toxico)dependências, estando, por isso, a gestão das «saídas» dependente das percepções do indivíduo, dos padrões culturais que partilha, dos apoios sociais que pode mobilizar e da própria oferta institucional de cuidados estimulada. Por exemplo, num importante estudo comparativo de populações dependentes de heroína realizado nos EUA na década de 80, apurou-se que a população que não recorria a tratamento apresentava todo um conjunto de melhores indicadores de funcionamento social. Porém, referem os autores do estudo, «apesar de

comparativamente terem problemas menos severos no funcionamento da sua vida, os dependentes inseridos na comunidade (que não procuram tratamento) são um grupo substancialmente debilitado cuja recusa em procurar ajuda aparece mais relacionada com a incompreensão da severidade do seu uso de droga e das oportunidades de tratamento do que da falta de necessidade para a ajuda» (Rousanville e Kleber, 1985: 1072). Dos comentários destes psiquiatras se depreende a parte construída da «doença» geradora de dependência como produção das concepções clínicas e da fenomenologia dos «doentes», já atrás explanada.

Avançamos, inclusivamente, com a hipótese de que será o próprio modelo macro-político de regulação do problema-Droga que orientará significativamente as «saídas», promovendo activamente as «curas» com tratamento. O modelo assenta num equilíbrio homeoestático entre repressão e «cura» no plano da objectivação institucional, insuflando representacionalmente a gestão do problema na dicotomia do tudo ou nada, isto é, abstinência/destruição. Trata-se, por isso, de um modelo que, centrado no absoluto da abstinência, não fomenta a auto-responsabilização fora das situações extremas, optando por intervir junto dos «desviados» através de hetero-controlos especializados — a polícia e os médicos — que assim fundam o estatuto das categorias sociais de quem se relaciona com a Droga. Nesta medida, não será de estranhar em Portugal a afluência de (toxico)dependentes «doentes» aos serviços médico-terapêuticos especializados que cresceram substancialmente nos anos 90. Admitimos que este facto expressará não só a maior cobertura humanística que a intervenção sanitária reserva a estas pessoas em contraste com o contexto censório e repressivo que as cerca, mas também a consolidação ideológica e representacional da dependência como «doença» (logo, da competência do corpo especializado médico-terapêutico).

Mas as «saídas» espontâneas de (toxico)dependentes não se circunscrevem apenas a um efeito de maturação e Waldorf, por exemplo, num importante estudo que realizou através de metodologia etnográfica, identificou um quadro tipológico de seis vias, a saber, o regresso à vida convencional, a mudança geográfica de residência, a conversão a uma religião, a militância em assuntos sociais, o abandono do consumo (mas não do estilo de vida) e, finalmente, o tornar-se alcoólico ou doente mental (Waldorf, 1983).

Na segunda metade dos anos 80, o aparecimento da SIDA fez emergir com relevância uma nova «saída»: o tratamento sem «cura». De facto, a política proscritiva das drogas não-convencionais conduziu os (toxico)dependentes a adoptarem formas de maximizarem a economia do consumo de heroína, em condições segregadas de grande precariedade e degradação, partilhando os instrumentos da parafernália que utilizavam para se injectarem, prática esta de grande risco para os próprios e, conseqüentemente, para a propagação daquela doença infecciosa. O caldo, as seringas, as agulhas contaminadas, tornaram-se rapidamente a principal via de transmissão do vírus HIV. Os (toxico)dependentes foram gradualmente crescendo entre os contaminados com vírus HIV e, nos anos 90, tornaram-se mesmo o maior grupo de seropositivos em todos os Países europeus e nos EUA. A propagação da SIDA levou quase todos os Países europeus a adoptarem estratégias de *redução de danos* que passaram por favorecer a acessibilidade às práticas de consumo de heroína em condições de diminuição de riscos (O'Hare *et al.*, 1992). As resistências à aceitação destas medidas sanitárias por parte das políticas mais repressivas vieram revelar abertamente que a perigosidade da heroína decorria mais do seu estatuto legal do que das suas propriedades farmacológicas. No início dos anos 90, a Escócia (onde não havia programas de redução de danos e em que 60% dos (toxico)dependentes eram seropositivos) e a região de Liverpool (onde havia programas de redução de danos iniciados nos anos 80 e onde se registava menos de 1% dos (toxico)dependentes seropositivos) serviam de modelos concretos sobre os resultados radicalmente distintos atingidos em função das políticas públicas seguidas nesta matéria (Mino, 1994).

Diversas foram as estratégias seguidas no âmbito desta política de redução de danos: programas de informação junto de toxicodependentes, programas de troca de seringas e programas de manutenção com drogas de substituição.

Os *programas de manutenção*, que hoje adquirem cada vez mais preponderância em toda a Europa, instauraram uma nova modalidade de regulação sanitária da (toxico)dependência, qual seja o tratamento «sem cura». De facto, os programas de *manutenção* — a maior parte utilizando um opiáceo sintético, a metadona — não prosseguem na sua filosofia a abstinência dos consumos, mas a estabilização psicológica e social dos toxicodependentes, invocando um espectro largo de objectivos no tratamento (Lowenstein *et al.*, 1998).

**Uma (re)construção
conceptual da
dependência:
causalidade
vs.
compreensão**

Os programas de metadona são, por isso, alvo de críticas e resistências por não satisfazerem o objectivo clínico que é a «cura». E, neste caso, «curar» é libertar a pessoa da Droga, é conseguir a abstinência. Adoptados sob a pressão da explosão da SIDA, como mero instrumento técnico para melhor controlar esta epidemia, a normalização dos programas de metadona em manutenção está a gerar um efeito desdramatizador sobre a política da Droga, questionando a sua própria integração global no âmbito de uma medicalização do existencial, à semelhança da função que exercem todos os medicamentos psicotrópicos.

A plasticidade dos usos das principais drogas ilegais que referimos, ocorre num nível de clandestinidade e não participa dos padrões simbólicos que codificam a Droga institucionalmente. Porém, analiticamente, estes padrões não deixam de aferir o carácter socialmente construído não só dos usos de Droga, mas da própria (toxico)dependência. Por outras palavras, a argumentação que se alinhou na desconstrução crítica do modelo farmacocêntrico possibilita (re)construir um outro modo de pensar que tem incidência sobre qualquer regime de utilização das drogas, inclusive sobre a (toxico)dependência. Mas importa distinguir nesta reconstrução conceptual dois planos distintos, a saber: o processo envolvido na (toxico)dependência e o estatuto desta.

Convém recordar, como faz B. Alexander que não há qualquer comprovação científica que nos demonstre se os dependentes da heroína e cocaína são controlados pelas substâncias, como sustentam as visões farmacocéntricas, ou se, pelo contrário, escolhem e orientam-se para a dependência das drogas como melhor meio de se adaptarem à vivência social (Alexander, 1987). As *teorias adaptativas* sobre a dependência (Peele, 1985) proporcionam uma inversão do modo de pensar dominante, distinguindo-se deste em três pontos nucleares:

- 1) O modelo dominante postula que o (toxico)dependente é um doente. O modelo adaptativo rejeita esta qualificação e entende que este é uma pessoa respondendo adaptativamente dentro das limitações das suas capacidades, percepções e do meio sócio-cultural a que pertence.
- 2) A avaliação da preponderância dos elementos que concorrem para a dependência é distinta e ordenada de

forma inversa: enquanto no modelo dominante a dependência é entendida como a causa de um mundo das «trevas», no modelo adaptativo é entendida como consequência de um conjunto de problemas que remetem, nomeadamente, para as formas de funcionamento psico-social.

- 3) Enquanto no modelo dominante há pessoas «susceptíveis» (as pessoas em risco), no modelo adaptativo há pessoas que «procuram e escolhem», apresentando assim os comportamentos de consumo como condutas activas e intencionais.

159

Contrariamente ao *modelo de doença*, que é um modelo em funil, no qual as pessoas deslizam para a (toxico)dependência, estando a Droga disponível e observando-se as condições de «susceptibilidade» (Marlatt *et al.*, 1988), as *teorias adaptativas* encerram um modelo aberto tanto a montante como a jusante dos usos de drogas, permitindo teorias regionais (para usar a expressão de Geertz) que expliquem com maior potência os factores intervenientes concretos que operam em contextos precisos. A montante dos usos, os elementos identificados não constituem condições probabilísticas, como se fossem causas de regularidades nomotéticas. São «afinidades electivas» (para utilizar a expressão weberiana) susceptíveis de serem diferentemente interpretadas e geridas pelas pessoas, podendo ocorrer que desaboquem na utilização de drogas em certos contextos sócio-históricos e situacionais. Mas será a jusante da utilização de drogas que este modelo pode ganhar capacidade heurística na descrição e análise da (toxico)dependência como comportamento adaptativo que se configura numa pluralidade de práticas e sentidos.

Nesta medida, as teorias adaptativas proporcionam ainda uma ruptura com o positivismo etiológico do modelo dominante, que tem a pretensão de descobrir as «causas» da (toxico)dependência, e abrem-se a uma outra atitude metodológica que privilegia a compreensão da produção subjectiva da (toxico)dependência a partir da apropriação de objectivações, sempre contingentes.

O corolário destes confrontos teóricos e metodológicos plasma-se nesse elemento discursivo capital do pensamento (e da acção) sobre a Droga que é o conceito de (toxico)dependência. Analisaremos este conceito de duas perspectivas

**A construção
social da
(toxico)dependência**

— como categoria objectivada pelas instituições de controlo social e como experiência subjectiva.

O conceito objectivado constitui uma pedra angular do sistema-Droga fundado no regime normativo já referido que cinde o espectro de substâncias psicoactivas em dois grupos. Esta sistematização hegemónica define uma ordem liminar (Cabral, 1996) indispensável para a legitimação do sistema, através da criação de zonamentos sociais — por um lado, a *zona de centralidade sistémica* que, nomeadamente, absorve as práticas de relacionamento com as drogas legais e, em consequência, integra as dependências «autorizadas» (com e sem drogas); e por outro lado, a *zona penumbral*, a reprimir, constituída pelas práticas de relacionamento com as drogas ilegais e consequentemente pelas dependências «não-autorizadas». Esta ordem assim construída sustenta-se não só no exercício de um poder distribuído por diferentes instituições e agentes, mas também (e fundamentalmente) através de *práticas discursivas* (Foucault, 1980) que formam o conhecimento representado da Droga, conhecimento este instituidor de sujeitos e objectos e onde está imerso o conceito objectivado de (toxico)dependência.

Sendo o sistema-Droga, rígido e fechado (Baratta, 1988), o conhecimento que nele circula tende a ser da ordem das *representações hegemónicas* (Moscovici, 1988), isto é, partilhado por diferentes grupos como uma «evidência coerciva». Assim, verifica-se que os diferentes dispositivos institucionais e sociais que se montam em torno da Droga radicam num pressuposto da (toxico)dependência, o qual se forma no encadeamento inexorável em que a Droga é enclausurada no absoluto da dependência e esta no absoluto categorial da patologia física, psíquica e social.

Há provas empíricas de que as drogas adquirem centralidade na vida de certas pessoas. Porém, o conceito objectivado de (toxico)dependência não emerge como tradução descritiva da centralidade de um objecto na vida de uma pessoa, mas como uma relação entre este facto e uma avaliação (reação) social do mesmo. E quando nos referimos ao conceito, não o estamos a tomar na sua acepção de senso-comum, mas no seu território técnico-científico onde é definido como um «padrão desadaptativo da utilização de substâncias» (American Psychiatric Association, 1996: 185). Mas o que é um «padrão desadaptativo»? Residirá e determinar-se-á este padrão num critério invariante biofisiológico que rastreará a (toxico)dependência à margem de uma temporali-

dade e de um espaço sociais, por definição sempre variantes?

De facto, existem alguns indicadores fisiológicos na dependência das drogas, mas o próprio meio clínico, desde o DSM-III-R de 87, abandonou o critério firme da dependência física como condição exigível para o diagnóstico desta «doença». O que possibilita decisivamente a sua definição são os marcadores comportamentais, presentes, por exemplo, em cinco dos sete critérios de diagnóstico do DSM-IV. E aqui reside o ponto nevrálgico dos enunciados clínicos relativos à dependência. Deixando subentendidas as causas desta na biofarmacologia da Droga, optam por objectivar esta através de critérios comportamentais, os quais, para servirem de guias à identificação da patologia, implicam uma descontextualização da conduta, que é submetida a pautas normativas hipostasiadas indispensáveis para a definição da patologia e só através das quais se torna inteligível a doença toxicomaniaca. Deste modo, a definição clínica de (toxico)dependência, sob uma aparente empiricidade, é um conceito construído em torno da normatividade das convenções sociais: só é possível a qualificação da manifestação dita patológica no contexto, sendo os traços «normais» se houver tolerância social perante a mesma e patológicos em caso contrário. É neste sentido que a configuração conceptual da (toxico)dependência pode ser examinada menos pelo estrito uso de Droga e mais pela rigidez do consenso social relativamente aos comportamentos de consumo (Macquet, 1994).

Porém, a variabilidade de efeitos das substâncias psicoativas (sejam estas drogas legais ou ilegais) mostra-nos que a chave de acesso à (toxico)dependência não se encontra na farmacologia da substância, mas na experiência subjectiva da neuroquímica desta. Neste sentido, dois pontos importa reter:

- a) Nem toda a experiência subjectiva da (toxico)dependência é negativa. Os estudos realizados em «meio natural» têm mostrado uma fenomenologia *positiva* das práticas toxicodependentes. Este facto revela-nos, por outro lado, como a qualificação *categorial* da (toxico)dependência, a título de diagnóstico psicológico, como um estado ilusório de bom funcionamento, se configura como mais um saber funcional «científico» baseado numa avaliação moral negativa.
- b) A experiência subjectiva *negativa* da (toxico)dependência deriva menos dos estritos efeitos bioquímicos da

Droga do que de uma produção social gerada na articulação entre sociedade/Droga/utilizador, a qual se incorpora no elemento decisivo da (toxico)dependência, a saber, a identidade toxicomaníaca.

De facto, é bom recordar a este propósito, como faz Stanton Peele, que, apesar da sofisticação dos critérios de diagnóstico clínico para classificação da (toxico)dependência, os médicos e terapeutas tratam e cuidam desta primordialmente com base na simples auto-revelação identitária das pessoas que os abordam (Peele, 1985).

Verifica-se efectivamente serem decisivas na definição da (toxico)dependência as injunções simbólicas e representacionais que permitem «interpretar» e aceder a esta, resultando este código de uma produção social (e não individual) que, no caso das drogas ilegais, as classifica hegemonicamente no absoluto categorial da patologia, classificação que é apropriada generalizadamente e orienta os «próprios» e os «outros», isto é, a inter-subjectividade social que regula a Droga. Os dispositivos de controlo social técnico-sanitário participam desta inter-subjectividade produtora da (toxico)dependência. De que forma ?

No plano clínico, procura-se conferir um objectivismo à dependência que se traduzirá em manifestações empíricas — os comportamentos-problema — causadas por uma «patologia da vontade» em que a pessoa se desconectará de todos os interesses da vida para se ligar apenas a um prazer — o da Droga (Miguel, 1994). Porém, no campo da (toxico)dependência só é possível ter acesso à «patologia da vontade» através dos comportamentos (a patologia funde-se no comportamento), os quais são avaliados à luz de um código normativo convencional que os interpreta em função da valoração que igualmente recai sobre a Droga. Esta leitura categorial da (toxico)dependência, como o que desliga a pessoa da vida fazendo-a perder a razão, está contaminada pela rejeição normativa absoluta da Droga e é segregada pelas *correções ilusórias* — um enviesamento causado pela saliência de estímulos (Huici e Moya, 1995) — da corporação médico-terapêutica, a qual produz generalizações com base nos traços psicológicos e nos auto-relatos da sua clientela. Nesta perspectiva, a vida do (toxico)dependente é vista como sendo estritamente definida pelos consumos de droga e pelos sofrimentos e transgressões daqui decorrentes. O (toxico)dependente é, deste modo, incapaz de ser visto como um membro

«normal» da sociedade, isto é, uma pessoa com faculdade de julgar, orientada por qualquer uma das racionalidades enunciadas por Max Weber — seja dirigida a fins pré-estabelecidos, seja guiada por valores ou de ordem afectiva (Weber, 1971) — e com capacidade de organizar um modo de vida, por vezes bastante caótico mas partilhando muitos traços comuns com os modos de vida convencionais, mais banais e menos perigosos (Castel, 1994).

A produção inter-subjectiva dos estados «alterados» e a percepção subjectiva da (toxico)dependência não desaguam num único destino e, pelo contrário, poderão distribuir-se por diferentes itinerários, com retorno e com conexões entre si (ver Figura 1). Podendo, assim, a experiência subjectiva da (toxico)dependência resistir à sua inscrição no espaço público objectivado do sistema-Droga (como acontece, por exemplo, aquando das cessações espontâneas), pode, no entanto, a mesma vir a inserir-se no sistema através de uma apropriação funcional das representações hegemónicas da Droga, produzidas e legitimadas pelo modelo médico-psicológico. Neste sentido, é plausível admitir que o principal indicador da (toxico)dependência — o *craving* — poderá ser socialmente manejado como uma justificação funcional para um estilo de vida racionalmente promovido, mas que está sujeito a uma reacção social negativa que leva o dependente a apresentá-la como resultado do despojamento da sua capacidade volitiva. Semelhante tese não parece destituída de pertinência, se tivermos em conta que os padrões de consumo em que a Droga adquire centralidade estão implicados em modos de vida, o que leva Peele a defender que antes da dependência a uma substância existirá uma dependência da experiência no âmbito da qual aquela adquire sentido (Peele, 1985).

Os variados padrões de consumo de Droga, mais do que exprimirem as variáveis epidemiológicas das quantidades, frequências e modos de administração, correspondem a tipos de relacionamento social mediados pelas substâncias que comportam uma simbologia, as suas regras e rituais, o seu sistema de gratificações e sanções. Esta construção social do «drogado» forja-se na articulação da atribuição de sentido por parte do indivíduo ao consumo de Droga com o envolvimento social dessas práticas (a relação com os «outros») que o indivíduo integra no quadro geral da sua existência.

Deste modo, porque a (toxico)dependência se articula num processo de construção identitária — que se ancora

nessa figura discursiva do *estar agarrado* —, depende do conjunto de experiências, interacções e instituições que legitimam essa identidade. É neste quadro que a tutela do campo médico-psicológico em relação à (toxico)dependência não se limita a cuidar mas objectiva também o que em terminologia parsoniana se designa por o *papel de doente* (Parsons, 1970). As instituições médicas não apenas tratam uma entidade que lhe é externa — a «doença» —, como, fundamentalmente, têm o papel de construir elas próprias a «doença» ao objectivarem um processo subjectivo. Nesta medida, pode dizer-se que, no campo do tratamento da (toxico)dependência, a oferta de cuidados não se limita a responder à procura, mas também gera a procura.

Exemplifiquemos a objectivação institucional da (toxico)dependência através do *craving* (desejo imperioso de consumir), a manifestação de dependência psicológica que hoje se tornou central na própria abordagem médico-psicológica (Wilson, 1987). Tal conceito participa hegemonicamente de todo o tipo de percepções da (toxico)dependência e reporta-se a um estado psíquico «fora do controlo» ou «à margem da vontade»: o *craving* refere-se na prática médica, na justificação do dependente e no pânico da sociedade a um estado *having to have and not just wanting* (Davies, 1993).

Ora, como se comprova o *having to have*? Somente através de uma experiência subjectivamente vivida como tal e classificada como patologia de acordo com uma representação de uma ordem «normal» dos corpos e personalidades. O que está em causa no *craving* é um compromisso do campo médico-psicológico com uma ordem moral-cívica de forma a instaurar uma ordem moral clínica. Esta ordem não é neutra quanto a valores, nem actua num terreno de condutas abstractas. A classificação entre o normal e o patológico decorre dos limites individuais e das classes de experiências que se prescrevem normativamente em relação à utilização do corpo (Canguilhem, 1994) e que variam em função das substâncias psicoactivas. Baseando-se em aparentes sintomatologias abstractas, estas manifestam-se em função dos consensos normativos instaurados, eles próprios categorizadores das manifestações de comportamento de uso «indevido» ou «desadaptativo».

Mas esta classificação científica, ao codificar objectivamente uma experiência subjectiva, opera a transmutação de todo o tipo de condutas racionais, isto é, *just wanted* (mas eventualmente danosas para o consumidor ou censuráveis

do ponto de vista social) em condutas descontroladas que têm que ser tratadas. Esta objectivação científica de uma experiência fenomenológica é reinjectada no sistema societal e apropriada no sistema de crenças colectivas, servindo simultaneamente para o terapeuta tratar o (toxico)dependente, para a senhora dizer que o dinheiro que lhe roubaram «foi para a droga» e para o utilizador de drogas (e nalguns casos para aqueles que não o são) se auto-justificarem nos seus actos através da dependência.

A construção social do (toxico)dependente segue, assim, as etapas inerentes a todo o processo construtivista enunciadas por Berger e Luckmann — exteriorização/objectivção/ /internalização — (Berger e Luckmann, 1993), possibilitando-nos pensar a (toxico)dependência na sua mais radical heterogeneidade por via de processos de produção e internalização de normas e crenças segregadas pela hegemonia social e materializadas em práticas institucionais e sociais que são reais na medida em que os actores sociais as «aceitam como reais», para usar a fórmula de Giddens (Giddens, 1989). Neste caso, através do processo de construção do *craving*, a dependência, que se apresenta na fenomenologia empírica das condutas extremas como sendo a sua causa, pode também ser pensada pelo lado inverso, isto é, como sua consequência.

A codificação social negativa que recai sobre a Droga e as *correlações ilusórias* derivadas das generalizações feitas a partir dos «comportamentos-problema» relatados aos agentes do dispositivo sanitário de controlo social colocam a (toxico)dependência numa categoria homogénea e absoluta, caracterizada pela patologia destruidora, e despojam o (toxico)dependente do que se considera ser atributos antropológicos (Fernandes, 1987). Porém, as investigações feitas em meio natural puderam mostrar que as práticas (toxico)dependentes não são uniformes, isto é, nem sempre são desintegradoras e anómicas, inserindo-se frequentemente em modos de vida «desviantes», mas obedecendo a formas de adaptação, racionais, que aspiram a uma integração. Diferentes investigações feitas nos EUA (Nurco *et al.*, 1981; Flaherty *et al.*, 1984) e, por exemplo, mais recentemente, em França (Bouhnik, 1996) evidenciaram a heterogeneidade de papéis e trajectórias sociais que recobrem aqueles que centram a sua vida em torno do consumo de drogas ilegais, onde, a par dos «derrotados» coexistem os «competentes», os «integrados» e outras personagens com percur-

sofismas mais ou menos precários que não obedecem, no entanto, a uma qualquer lógica fatalista irreversível.

Conclusão

A crítica construtivista ao modelo médico-psicológico dominante explicita-lhe, assim, os limites em dois pontos essenciais, revelando a) como a dependência extravasa a realidade empírica da ingestão de Droga e b) como a sua análise e explicação não pode ser centrada na Droga, nem no utilizador de Droga, mas na relação significativa entre a sociedade e os utilizadores de Droga.

Por outras palavras, esta perspectiva ilumina-nos o facto de a (toxico)dependência, como categoria material e simbólica, se filiar numa definição social que não é uma ficção mas resulta de uma normatividade convencional, uma *ordem moral clínica* que tende, nomeadamente, a reificar a (toxico)dependência de acordo com a profecia auto-realizadora de que nos fala Robert Merton (Merton, 1970: 515-531) retirada da célebre frase de William Thomas: «se os homens definirem situações como reais, elas são reais nas suas consequências».

Ora, a desconstrução deste modelo dominante visa retirar a análise da (toxico)dependência do panteão de um positivismo sócio-científico, propondo, em contrapartida, a sua (re)construção e remissão para o campo da (re)negociação social, estatuto que se configura com uma validade epistemológica mais própria à variabilidade e plasticidade das situações psico-sociais recobertas pela nomeada (toxico)dependência. ■

Referências Bibliográficas

- | | | | |
|----------------------------------|------|--|-----|
| Agar, Michael | 1995 | «Concept Abuse in the Drug Field», <i>The International Journal of the Addictions</i> , 30(9), 1165-1168. | |
| Agra, Cândido | 1995 | «Da rapsódia à sinfonia-epístema. Os modos elementares do pensamento das drogas», <i>Toxicodependências</i> , 1(3), 47-59. | |
| Alexander, Bruce K. | 1987 | «The Disease and Adaptive Models of Addiction: A Framework Evaluation», <i>The Journal of Drug Issues</i> , 17(1), 47-66. | |
| American Psychiatric Association | 1996 | <i>DSM-IV. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais</i> . Lisboa: Climepsi Editores (1994). | 167 |
| Bachmann, Christian; | 1991 | <i>La drogue dans le monde – hier et aujourd'hui</i> . Paris: Albin Michel. | |
| Coppel, Anne | | | |
| Baratta, Alessandro | 1988 | «Introducción a la criminología de la droga», <i>Comunidad y Drogas Monografías</i> , 3, 27-44. | |
| Becker, Howard | 1974 | «Consciousness, Power and Drug Effects», <i>Journal of Psychedelic Drugs</i> , 6(1), 67-76. | |
| Becker, Howard | 1995 | <i>Outsiders: études de sociologie de la déviance</i> . Paris: A.M.Métailié. | |
| Berger, Peter; | 1993 | <i>A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento</i> . Petrópolis: Vozes. | |
| Luckmann, Thomas | | | |
| Berridge, Virginia | 1994 | «Dependência: história dos conceitos e teorias», in G. Edwards e M. Lader, <i>A natureza da dependência de drogas</i> . Porto Alegre: Artes Médicas. | |
| Blackwell, Judith Stephenson | 1983 | «Drifting, Controlling and Overcoming: Opiate Users Who Avoid Becoming Chronically Dependent», <i>Journal of Drug Issues</i> , 13(2), 219-236. | |
| Bouhnik, Patricia | 1996 | «Système de vie et trajectoires des consommateurs d'héroïne en milieu urbain défavorisé», <i>Communications</i> , 62, 241-256. | |
| Cabral, João Pina | 1996 | «A difusão do limiar: margens, hegemonias e contradições na Antropologia contemporânea», <i>Mana</i> , 2(1), 25-58. | |
| Canguilhem, Georges | 1994 | <i>Le normal et le pathologique</i> . Paris: P.U.F. | |
| Castel, Robert | 1994 | «Les sorties de la toxicomanie», in Albert Ogien e Patrick Mignon, <i>La demande sociale de drogues</i> . Paris: La Documentation Française. | |
| Cohen, Peter | 1994 | «Cocaine Use In Amsterdam in Non Deviant Subcultures», <i>Addiction Research</i> , 2(1), 71-94. | |
| Comité Consultatif | 1994 | <i>Rapports du Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé sur les toxicomanies</i> . | |
| Corcuff, Philippe | 1997 | <i>As novas sociologias — a realidade social em construção</i> . Sintra: Vral. | |
| Cormier, Dollard | 1988 | «Une perception de la toxicomanie comme problème multivarié», in Pierre Brisson (org.), <i>L'usage des drogues et la toxicomanie</i> . Québec: Gaetan Morin, vol. I. | |
| Costa, Nuno Félix da; | 1996 | «Dois dias de consulta de toxicodependências em Portugal: resultados do inquérito de 1994», <i>Toxicodependências</i> , 2(1), 3-20. | |
| Viana, Lúcia | | | |

- Crawford, Gail A. 1983 «Careers with Heroin», *The International Journal of the Addictions*, 18(5), 701-715.
- Davies, John Booth 1993 *The Myth of Addiction. An Application of the Psychological Theory of Attribution to Illicit Drug Use*. Chur: Harwood Academic Publishers.
- Dubet, François 1992 «Les deux drogues», in Alain Ehrenberg e Patrick Mignon (org.), *Drogues, politique et société*. Paris: Éditions Descartes.
- Ehrenberg, Alain 1995 *L'individu incertain*. Paris: Calman-Lévy.
- Escotado, Antonio 1995 *Aprendiendo de las drogas: usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Facy, Françoise et al. 1993 *Drogues et Toxicomanies — Neurobiologie. Épidémiologie*. Paris: INSERM — Nathan.
- Feldman, Harvey W. 1968 «Ideological Supports to Becoming and Remaining a Heroin Addict», *Journal of Health and Social Behaviour*, 9(2), 131-139.
- Fernandes, Barahona 1987 «O homem perturbado pela droga, in VV.AA., *Colóquio sobre a «Problemática da Droga em Portugal»*. Lisboa: Academia das Ciências de Lisboa.
- Flaherty, Eugenie 1984 «Frequency of Heroin Use and Drug Users' Life-Style», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10(2), 285-314.
- Walsh et al. 1980 *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, Michel 1980 *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Giddens, Anthony 1989 *Ler Gramsci*. Lisboa: Iniciativas Editoriais.
- Grisoni, Dominique; 1974
- Maggiori, Robert
- Hanson, Bill et al. 1985 *Life with Heroin: Voices from the Inner City*. Lexington MA: Lexington Books.
- Harrell, Adele V.; 1992
- Peterson, George E. (orgs.) *Drugs, Crime and Social Isolation: Barriers to Urban Opportunity*. Washington, D.C.: The Urban Institute Press.
- Helman, Cecil G. 1994 *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Herzeliçh, Claudine 1970 «Introduction», in C. Herzlich, *Médecine, maladie et société*. Paris: Mouton.
- Huici, Carmen; 1995 «Procesos de inferencia y estereotipos», in J. Francisco Morales (org.), *Psicología social*. Madrid, McGraw-Hill.
- Moya, Miguel 1992 *Approche ethnographique de la consommation de cocaïne à Paris*. Paris, IREP.
- Ingold, F.-R. 1992 «The U.S. Drug Problem and U.S. Drug Culture: A Public Health Solution», in James A. Inciardi (org.), *The Drug Legalization Debate*. Newbury Park: Sage.
- Jonas, Steven 1991 «A General Theory of Addiction to Opiate-Type Drugs», in Dan J. Lettieri et al. (orgs.), *Theories on Drug Abuse — Selected Contemporary Perspectives*. Rockville: NIDA.
- Lindesmith, Alfred R. 1980 *A metadona e os tratamentos de substituição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lowenstein, W. et al. 1998 «Toward a Sociology of Drug Use», in Dan J. Lettieri et al. (orgs.), *Theories on Drug Abuse — Selected Contemporary Perspectives*. Rockville: NIDA.
- Lukoff, Irving

- Macquet, Claude 1994 *Toxicomanies — aliénation ou styles de vie*. Paris: Editions L'Harmattan.
- Marlatt, G. Alan *et al.* 1988 «Addictive Behaviours: Etiology and Treatment», *Annual Review of Psychology*, 39, 223-252.
- Matza, David 1979 *El proceso de desviación*. Madrid, Taurus.
- Merton, Robert K. 1970 *Sociologia — teoria e estrutura*. São Paulo: Ed. Mestre Jou.
- Miguel, Nuno 1994 «A toxicodependência na perspectiva médica», in *Centro das Taipas, Colectânea de Textos*, vol. VI, 62-64.
- Mino, Annie 1994 «Évolution de la politique de soins en matière de toxicomanie: la réduction de risques», in Jean-Marie Guffens (org.), *Toxicomanie, Hépatites, S.I.D.A.*. Paris: Synthélabo.
- Moore, David 1992 «Deconstructing 'Dependence': An Ethnographic Critique of an Influential Concept», *Contemporary Drug Problems*, 19(3), 459-490.
- Morgan, John P. 1992 «Prohibition Was and Is Bad for the Nation's Health», in Joyce H. Lowinson *et al.* (org.), *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Morgan, Myfanwy *et al.* 1993 *Sociological Approaches to Health and Medicine*. London: Routledge.
- Moscovici, Serge 1988 «Notes towards a Description of Social Representations», *European Journal of Social Psychology*, vol. 18, 211-250.
- Mosher, James F.; Yanagisako, Karen L. 1991 «Public Health, not Social Warfare: A Public Health Approach to Illegal Drug Policy», *Journal of Public Health Policy*, 12(3), 278-323.
- Nadeau, Louise 1988 «La crise paradigmatique dans le champ de l'alcoolisme», in Pierre Brisson (org.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*. Québec: Gaetan Morin, vol. I.
- Nadelmann, Ethan 1993 *Cops across Borders: The Internationalization of US Criminal Law Enforcement*. Pennsylvania: Pennsylvania State University Press.
- Nahas, Gabriel 1994 *La drogue — bilan scientifique et médical*. Paris: Guibert.
- Nicholson, Thomas 1992 «The Primary Prevention of Illicit Drug Problems: An Argument for Decriminalization and Legalization», *The Journal of Primary Prevention*, 12(4), 275-288.
- Nowlis, Helen 1979 *A verdade sobre as drogas*. Lisboa: Gabinete Coordenador do Combate à Droga.
- Nurco, David *et al.* 1981 «Addict Careers. I — A New Typology; II — The First Ten Years; III — Trends across Time», *The International Journal of the Addictions*, 16(8), 1305-1372.
- O'Hare, P.A. *et al.* 1992 *The Reduction of Drug-Related Harm*. London: Routledge.
- Pais, José Machado 1993 *Culturas juvenis*. Lisboa: INCM.
- Parsons, Talcott 1970 «Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne», in C. Herzlich, *Médecine, maladie et société*. Paris: Mouton.
- Patrício, Luís Duarte 1995 *Droga de vida, vidas de droga*. Venda Nova: Bertrand.
- Peele, Stanton 1985 *The Meaning of Addiction: Compulsive Experience and its Interpretation*. Lexington, D.C. Heath.
- Preble, Edward; Casey Jr., John J. 1969 «Taking Care of Business — The Heroin User's Life on the

- Street, *The International Journal of the Addictions*, 4(1), 1-24.
- Robins, Lee N. *et al.* 1974 «Drug Use by U.S. Army Enlisted Men in Vietnam: A Follow-Up on Their Return Home», *American Journal of Epidemiology*, 99(4), 235-249.
- Robins, L. N. 1980 «The Natural History of Drug Abuse», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplementum, 284, vol. 62, 7-20.
- Roman, Shadi W. 1992 «The Treatment of Drug Addiction: An Overview», in Thomas Mieczkowski (org.), *Drugs, Crime and Social Policy: Research, Issues and Concerns*. Boston: Allyn and Bacon.
- Room, Robin 1985 «Dependence and Society», *British Journal of Addiction*, 80, 133-139.
- Rousanville, Bruce J.; Kleber, Herbert D. 1985 «Untreated Opiate Addicts. How Do They Differ from Those Seeking Treatment?», *Archives of General Psychiatry*, vol. 42, 1072-1077.
- Snow, Mary 1973 «Maturing out of Narcotic Addiction in New York City», *The International Journal of the Addictions*, 8(6), 921-938.
- Solal, Jean-François 1994 «Évolution des formes de traitement fondées sur une doctrine de guérison», in Albert Ogien e Patrick Mignon, *La demande sociale de drogues*. Paris: La Documentation Française.
- Stall, Robb; Biernacki, Patrick 1986 «Spontaneous Remission from the Problematic Use of Substances», *The International Journal of the Addictions*, 21(1), 1-23.
- Stephens, Richard C. 1992 «Psychoactive Drug Use in the United States Today: A Critical Overview», in Thomas Mieczkowski (org.), *Drugs, Crime and Social Policy: Research, Issues and Concerns*. Boston: Allyn and Bacon.
- Szasz, Thomas 1994 *La persécution rituelle des drogués, boucs émissaires de notre temps: le contrôle d'État de la pharmacopée*. Paris: Les Éditions du Léopard.
- Waldorf, Dan 1983 «Natural Recovery from Opiate Addiction: Some Social-Psychological Processes of Untreated Recovery», *Journal of Drug Issues*, 13, 237-280.
- Waldorf, Dan *et al.* 1991 *Cocaine Changes: The Experience of Using and Quitting*. Philadelphia, Temple University Press.
- Weber, Max 1971 *Économie et société*. Paris: Librairie Plon, vol. I.
- Wilson, G. Terence 1987 «Cognitive Processes in Addiction», *British Journal of Addiction*, 82, 343-353.
- Woodiwiss, Michael 1998 «Reform, Racism and Rackets: Alcohol and Drug Prohibition in the United States», in Ross Coomber (org.), *The Control of Drugs and Drug Users: Reason or Reaction?*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Zinberg, Norman 1984 *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven: Yale University Press.