

Droga e toxicodependência nas representações de párocos e médicos**

DROGA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Em Portugal a sociedade atormenta-se com a droga. Por vezes, fala-se na existência de 100 000 toxicodependentes, mas em situações de maior dramatização social apontam-se 150 000 ou 200 000. Por seu turno, o clamor securitário frequentemente pergunta: quantos «drogados» existem em Portugal? Porém, cabe questionar: o que é a droga?; o que é um consumidor de droga?; o que é um toxicodependente?; a que se deve a toxicodependência?

Conforme sustentámos noutro texto, a droga e todas as categorias que a tornam um objecto social não decorrem da estrita relação indivíduo/substância, mas fundam-se numa construção social pela qual (certas) substâncias psicoactivas se «transformam» em droga, isto é, num objecto de que se partilha uma significância simbólica, política e culturalmente induzida e geradora de uma objectivação reificadora (Valentim, 1998). Neste quadro, a produção dos saberes sobre a droga obedece ao processo de manufactura analisado pela sociologia do conhecimento (Berger e Luckmann, 1993), através do qual percorre uma activa elaboração significativa, constantemente incorporada em padrões de objectivação institucional sancionados através da legitimação. As apropriações significativas da droga e a reacção da sociedade (Estado, instituições, grupos e sujeitos «sociais») em relação a este objec-

* Universidade Atlântica.

** Este artigo foi escrito com base na segunda parte da dissertação de mestrado em Ciências Sociais intitulada *Representações Sociais da Droga e da Toxicodependência: Um Estudo Empírico na Península de Setúbal junto de Párocos e Médicos*, orientada pelo Prof. Doutor Jorge Vala e defendida pelo autor em 1997 no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

to produzem a definição social da droga e todas as categorias simbólicas e materiais que a classificam, organizam e fazem circular nos padrões de institucionalização objectivada do problema-droga. Como acentua Maffesoli, «tudo o que se diz, conjectura e fantasia a propósito da droga é parte integrante dessa realidade» (Maffesoli, 1997, p. 9).

Nesta medida, a evidência de que é «a droga que faz o drogado» constitui-se como uma banalidade empírica sob a qual se encobre o facto de as definições, nomeadamente das categorias que nos dão acesso e nos auxiliam a pensar e a agir em relação à droga, se produzirem nas relações sociais mediadas por substâncias psicoactivas ontologizadas. A droga é, assim, construída tanto pelos «próprios» (os que com ela se relacionam directamente) como pelos «outros» (os que com ela se confrontam e muitas vezes se afrontam) a partir de um complexo de significações que segregam um espaço simbólico e uma linguagem que organizam o campo estruturado (na acepção de Bourdieu) onde se inscreve todo o tipo de práticas sociais que se relacionam com este objecto. Nesta medida, a droga é um objecto interpretável no interior deste campo através das representações que a (auto)-referenciam e no qual a representação da droga cria ao mesmo tempo a imagem e o seu referente. Representar a droga não pode ser encarado, deste modo, como um acto passivo, mero reflexo na consciência de um objecto externo, mas, pelo contrário, um acto constitutivo do próprio objecto.

Ora, a teoria das representações sociais, erguida no início dos anos 60 por Serge Moscovici a partir da reformulação sócio-psicológica do conceito durkheimiano de representações colectivas, ao focalizar a pilotagem cognitiva, imersa no contexto social, geradora de um conhecimento funcional, constitui uma apropriada ferramenta teórica que nos dá conta da produção de sentido que constrói a droga. A teoria das representações sociais de Moscovici assegurou, de resto, um lugar de relevo na agenda teórica de inúmeras investigações na Europa sobre os mais diferentes objectos de estudo e tem a sua delimitação analítica em textos de referência amplamente conhecidos no meio académico e científico (e. g., Moscovici, 1984; Jodelet, 1984 e 1989; Doise, 1990; Vala, 1993a e 1993c).

Como «uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo um alcance prático e concorrendo para a construção de uma realidade comum» (Jodelet, 1989, p. 36), as representações sociais sobre a droga são geradas socialmente na confluência entre (a) configurações sócio-estruturais expressas em posições sociais e em valores, normas e instituições de que os indivíduos são portadores e, pelo menos, reproduzem nas suas consciências discursiva e prática (para usar a terminologia de Giddens) e (b) as reelaborações significativas do objecto-droga produzidas pelos indivíduos nas interacções, nos processos de comunicação fruto das dinâmicas situacionais do quotidiano e das experiências vividas.

Esta articulação entre sociedade e indivíduo, que subjaz na conceptualização do contexto de produção das representações sociais, estará também

dependente do objecto em causa. De facto, a contextualização do objecto terá de ser apreendida no espaço social em que as práticas decorrem, o qual sintetiza diferentes temporalidades que se distribuem por três dimensões (Giddens, 1989): a duração da experiência quotidiana, onde as representações sociais se realimentam no âmbito da sua funcionalidade comunicacional; o tempo de vida do indivíduo, que abarca o processo de socialização e onde se firma a conduta estratégica pela qual os sujeitos se apoiam em propriedades estruturais do sistema para os reproduzir ou transformar; a longa duração das instituições, onde se cristalizam os conteúdos culturais cumulativos das sociedades. Quanto mais os sujeitos absorverem os objectos no tempo longo dos padrões culturais institucionalizados, mais «coercivo» surgirá o nível simbólico; no pólo oposto encontram-se as representações (re)construídas nas interações quotidianas.

Moscovici distinguiu, sob estes distintos tempos da contextualidade das práticas sociais, três tipos de representações sociais (Moscovici, 1988). As *representações hegemónicas* são de natureza uniforme, equivalendo-se, pela coerção social que exercem, às representações colectivas durkheimianas (Durkheim, s. d.). As *representações emancipadas* resultam do intercâmbio social de um conjunto de interpretações, mas têm um certo grau de autonomia face à interacção dos grupos. Mas as representações sociais foram conceptualizadas por Moscovici para captar a mudança social a partir das interações sociais em torno da dinâmica de grupos, pelo que compreendem as representações que designou por *polémicas*, as que são disputadas entre grupos e se vão construindo e desconstruindo em função da conflitualidade social que marca as relações sociais.

Ao analisarmos a droga à luz das representações sociais, temos presente que se trata de um objecto sujeito a uma *pressão para a hegemonia* (Vala, 1993a). Trata-se de um objecto sujeito a uma forte regulação social vertida num quadro normativo proibicionista, estabelecido à escala planetária, que segrega uma categorização social muito estereotipada e opera uma estrita «reserva de evidência» que delimita um firme consenso funcional. Conforme já se assinalou, «as representações sociais necessitam de se corresponderem com alguma realidade externa no sentido científico de entidade objectiva. A sua verdade e racionalidade resulta da relação entre o conhecimento representado e a evidência disponível, e não da relação entre o conhecimento e o mundo» (Wagner y Elejabarrieta, 1994, p. 819).

Podemos, assim, colocar a hipótese de que, em função das dinâmicas interaccionais e dos diferentes pontos de ancoragem em que se filiarão os grupos estudados, se detectarão distintas representações sociais da droga. Em sentido oposto, poder-se-á concluir por uma força hegemónica representacional, num entrelaçamento de crenças entre as autoridades científicas e morais, legitimadoras de um *stock* comum de conhecimento que se impõe para pensar a droga e que configurará o campo representacional de acordo com a aceção coerciva durkheimiana.

A PESQUISA — OBJECTIVOS E METODOLOGIA

Existem abundantes estudos epidemiológicos nos EUA que exploram uma panóplia de correlatos psico-sociais do consumo de drogas (Moncher *et al.*, 1991). Estes estudos, que comportam uma significativa observação psico-sociológica, prosseguem fins etiológicos, são metodologicamente individualistas e fundam-se no positivismo empirista da relação indivíduo/substância, o que conduz, nomeadamente, a que as disposições cognitivas sejam observadas exclusiva ou primordialmente em torno do objecto-droga, desvalorizando-se as articulações com o sistema de crenças e valores mais gerais. Ora, foi nosso propósito realizar uma pesquisa que se dirigisse, não aos «próprios» (consumidores), nem aos «potenciais», mas, pelo contrário, aos «outros». Também não pretendemos conhecer as disposições cognitivas destes face aos consumidores, mas privilegiámos antes as que são de nível mais abstracto e, no que respeita às atitudes sociais, frequentemente não respeitam às microatitudes do inquirido, mas às suas macroatitudes perante as práticas institucionais¹.

No quadro desta problemática, procurámos, através desta pesquisa, (1) conhecer as representações sociais da droga e da toxicod dependência em dois grupos que se relacionam privilegiadamente com o objecto em causa, (2) analisar a variabilidade das representações sociais entre os mesmos e também (3) a relação entre dimensões das representações sociais, testando eventuais relações entre crenças e atitudes sociais.

¹ Na fase de planeamento da pesquisa colocou-se-nos o dilema quanto à entidade discursiva a recorrer para a referenciação do nosso objecto de estudo. Concretamente, a opção com que nos confrontámos foi a de utilizar ou as denominações concretas das substâncias psicoactivas ilícitas (por exemplo, marijuana, heroína) ou a semântica genérica *droga*. Este dilema foi resolvido em favor desta última possibilidade por duas ordens de razões:

- 1.^a O nosso propósito era estudar as representações sociais, que são uma forma de conhecimento funcional gerada na comunicação quotidiana. A clivagem normativa entre drogas gera, entre outros efeitos, uma apropriação semântica assimétrica: enquanto o léxico quotidiano não referencia as drogas legais como drogas, encontrando-se a significação destas assente nas denominações nominativas de cada uma (café, tabaco, álcool), já no que respeita às drogas ilegais as mesmas estão sujeitas a uma taxonomia que as unifica sob a denominação técnico-jurídica de *estupefaciente* ou *narcótico* e de senso comum *droga*. Comportando a linguagem padrões institucionalizados de conhecimento e constituindo-se, nessa medida, como suporte das representações sociais (Harré, 1989), tornava-se pertinente admitir que esta categoria semântica, que circula intensamente no nosso quotidiano, organiza formas de perceber, avaliar e explicar os fenómenos;
- 2.^a Estudos empíricos têm mostrado que, apesar de as pessoas terem uma percepção diferenciada do risco de distintas drogas ilegais, avaliando, por exemplo, o haxixe como menos nocivo do que a heroína (Weisheit e Johnson, 1992; Ferraz de Oliveira *et al.*, 1996), tal facto não induz distintas avaliações sociais entre as drogas ilegais, havendo um conjunto de crenças e uma reificação semântica (uma *prática discursiva*, na acepção de Foulcault) que as justificam numa categorização unificada (Edwards e Strube, 1987; Bulart *et al.*, 1989), mecanismo cognitivo este que reproduz e reforça a classificação normativa das drogas.

Os grupos-alvo da pesquisa foram os responsáveis locais da Igreja católica e os médicos «generalistas» dos centros de saúde (clínicos gerais e de saúde pública). Trata-se de actores sociais com funções relevantes nos dispositivos de controle social do fenómeno droga, um na esfera da regulação comportamental e sanitária — os *médicos* —, outro na esfera da produção normativa conformadora da ordenação social — os *párocos*. Estudámos ainda estes grupos na península de Setúbal, atendendo a que se trata de uma região onde existe uma acentuada gravidade percebida da toxicod dependência (Valentim, 1996).

A nossa pesquisa não exigia trabalhar com amostras representativas na medida em que não tinha como objectivo fazer estimativas de grandezas generalizáveis para uma população-alvo. O estudo de representações sociais é um estudo relacional de variáveis inteiramente compatível com as designadas *amostras intencionais ou propositais*, que se caracterizam por uma escolha criteriosa das unidades a inquirir (Chein, 1987). Dentro destes parâmetros, a amostra recolhida cifrou-se em 31 párocos e 76 médicos (sendo estes 51 clínicos gerais e 25 de saúde pública), distribuídos por 56 pontos de recolha diferentes, cobrindo todos os concelhos da península de Setúbal.

O inquérito por questionário foi o método de recolha de informação utilizado. A técnica de colheita seguida foi a dos questionários autopreenchidos de aplicação face a face (LoScuito, 1987). As características e a dimensão do questionário exigiam que fosse aplicado através de entrevista pessoal, tendo sido as 107 entrevistas efectuadas entre Outubro e Dezembro de 1996. O questionário foi preenchido em condições de inteira privacidade no local escolhido pelo inquirido, que, no caso dos párocos, foi a igreja sede da paróquia ou a sua residência e, no caso dos médicos, foram os locais de consulta nos centros de saúde.

O questionário comportou os dois grandes métodos de recolha de representações sociais, a saber, o método associativo e o interrogativo (Abric, 1994). Para acesso ao seu repertório simbólico, que abarca integradamente diferentes dimensões que os estudos psicológicos costumam tratar separadamente (Wagner, 1994), entendemos que seria apropriado utilizar, de forma combinada, técnicas qualitativas e quantitativas de tratamento de informação, a saber, a análise de conteúdo e as análises estatísticas de dados (Doise *et al.*, 1992).

Sendo as representações sociais uma modalidade de pensamento vertida no conhecimento social do quotidiano, não existe um procedimento metodológico standardizado para lhes aceder. Pelo contrário, os estudos de representações sociais têm-se dispersado por todas as possibilidades de produção de conhecimento, guiando-se por uma tarefa básica, que é a de «explicitar elementos de sentido, isolados ou combinados em constructos representacionais, produzidos, mantidos e extintos em função de condições sociais específicas vividas por indivíduos e grupos» (Souza Filho, 1993, p. 113). Por outro lado, tivemos presente que a teoria das representações sociais forma-

liza a constituição destas através de dois processos — a ancoragem e a objectivação (Moscovici, 1984). Trata-se de tempos estritamente analíticos do processo de formação sócio-cognitiva que estão imbricados nas formas de pensar e agir, não se dispondo, por conseguinte, numa ordenação sequencial. Neste quadro, e tendo em conta algumas soluções adoptadas pelo único projecto que estudou este objecto à luz da teoria das representações sociais (Echebarria *et al.*, 1992), mas também as características do universo e as condições de realização da pesquisa, optámos por proceder ao rastreio empírico das representações sociais de acordo com a seguinte sistemática conceptual: (1) dimensões de ancoragem, vertidas (a) na caracterização ocupacional e sócio-demográfica dos inquiridos, (b) no seu quadro de valores sócio-políticos e (c) na sua experiência em relação ao objecto de estudo; (2) objectivação, concretizada (a) na semântica associada à droga, (b) na atribuição prototípica do consumidor de droga, (c) na percepção de grupos de risco da toxicod dependência, (d) nas crenças sobre as drogas e (e) nas atribuições explicativas da toxicod dependência; por fim, (3) atitudes face à regulação político-social da droga.

A operacionalização destes artefactos conceptuais foi elaborada nos seguintes termos:

A) ANCORAGENS

Seleccionámos três grandes *dimensões de ancoragem* que poderiam diferenciar os grupos em estudo, duas mais «situacionais» — a percepção da saliência da toxicod dependência na zona geográfica do inquirido; a experiência do inquirido face ao fenómeno — e outra mais «estrutural» — os valores sócio-políticos partilhados.

B) OBJECTIVAÇÃO

A *imagética* e a *categorização*, que «desenham» o mapa cognitivo constitutivo das representações sociais, foram estudadas através da análise dos conteúdos semânticos (a) associados à palavra *droga* e (b) utilizados na produção discursiva livre relativa à caracterização de «um típico consumidor de droga».

Por outro lado, as representações sociais, como teorias implícitas que orientam a acção das pessoas, compreendem uma importante dimensão *explicativa*, através da qual se organiza consistentemente um pensamento racionalizado sobre o objecto. Tendo em conta uma visão clássica que colhe relativo consenso neste campo (Nowlis, 1979), formulámos a dimensão explicativa assente em cinco modelos — jurídico-moral, sanitário, psicológico, psico-social e sócio-cultural — operacionalizados num total de 12 indicadores.

Na exploração dos processos de objectivação observámos ainda as *crenças sobre as drogas*². Da enunciação da problemática de estudo e da revisão de literatura concluímos pela organização de dois grandes tipos de crenças, distribuídas por três dimensões — normativa, sanitária e psico-social — e especificadas num total de 22 indicadores. O primeiro tipo de crenças — que denominámos por *crenças de proscricção* — identifica-se por uma atribuição de sentido unicitário à droga, pela rejeição da aceitação da droga por parte da sociedade e pela partilha de um código normativo proscritivo da droga. O segundo tipo — que denominámos por *crenças de liberalidade* — confere uma pluralidade de sentidos aos usos das drogas, partilhando um código normativo em que as drogas são colocadas privilegiadamente ao nível das preferências individuais. A medição da intensidade de partilha destas crenças foi efectuada mediante a aplicação de uma escala de Likert com cinco graus, através da qual o inquirido exprimia o seu grau de concordância.

C) ATITUDES SOCIAIS

Por fim, sistematizámos dois grandes modelos de *atitudes sociais* perante o problema-droga³, distribuídos por três dimensões — normativa/legal, prevenção e tratamento — e operacionalizados num total de 30 indicadores. Concretizando, conceberam-se:

- a) Atitudes que expressariam o modelo da *sociedade sem droga*, caracterizadas por defenderem orientações institucionais visando atingir a abstinência da droga e a utilização de todos os instrumentos políticos e sociais para este efeito, nomeadamente a repressão do Estado. Neste sentido, este modelo articula-se em torno dos seguintes pontos: proibição no plano normativo-legal; abstinência no plano do tratamento; profilaxia e diagnóstico precoce no plano da prevenção;
- b) Atitudes que expressariam o modelo da sociedade que deve *saber viver com a droga*, caracterizadas por promoverem orientações estratégicas e práticas institucionais assentes em medidas variadas e doseadas vi-

² A análise das crenças é matéria de textos de referência como são os de Josephson (1974), Zinberg (1984), Caballero (1989), Rouse e Johnson (1991), Stephens (1992), Goode (1993), Davies (1993), Peele (1996) e Ogien (1996). A maior parte dos textos de autores portugueses neste domínio constituem um material útil para o delineamento do modelo proscritivo, como sejam os que, de uma forma geral, compreendem AA.VV. (1987), mas também os de Miguel (1991), Andrade (1994), Patrício (1995) e Hapetian (1997).

³ O quadro conceptual relativo às atitudes sociais retira-se principalmente da literatura relativa à questão da regulação política das drogas. Serão de referir, a este respeito, Nahas e Frick (1986), Caballero (1989), Mitchell (1990), Inciardi e McBride (1991), Erickson (1993), Nadelmann (1993), Henrion (1995) e Ehrenberg (1996). No que respeita à literatura portuguesa, registam-se as contribuições constantes de Niza (1994), mas também Braga da Cruz (1996), Félix da Costa (1997) e Martins (1998).

sando o controle do uso de droga. Funda-se, assim, este modelo nos seguintes pontos: legalização controlada; diversidade das modalidades de tratamento (incluindo nesta medida a «redução de riscos») e de prevenção primária (incluindo a do uso responsável de droga).

Tendo-se adoptado neste domínio a escala de medição utilizada para as crenças, seguiu-se aqui o mesmo tratamento de dados.

Feita uma apresentação sumária do quadro teórico e metodológico adoptado, daremos agora conta dos resultados mais relevantes, podendo encontrar-se no relatório da pesquisa todos os dados, informações, tratamentos e análises efectuados no âmbito deste estudo (Valentim, 1997).

ANCORAGEM

Nenhuma das dimensões de ancoragem discrimina os grupos, isto é, «estrutura» a clivagem entre os dois grupos nas esferas hipotetizadas. Pelo contrário, assiste-se a uma consensualidade que poderá eventualmente recobrir sentidos distintos, como mais à frente salientaremos. Assim:

PERCEPÇÃO E CONTACTO COM A TOXICODEPENDÊNCIA

Ambos os grupos partilham uma elevada gravidade percebida da (toxico)dependência nas respectivas zonas geográficas. Na escala de medição da percepção que oscilava entre 1 (sem gravidade) e 6 (muitíssimo grave), o valor médio dos párocos é de 5 e dos médicos é de 5,2.

Ambos os grupos têm, igualmente, uma experiência significativa quanto ao contacto com toxicodependentes.

VALORES SÓCIO-POLÍTICOS

Existe uma proximidade valorativa dos grupos na tipologia de valores sócio-políticos de Inglehart (Inglehart, 1993). Dos seis indicadores mais valorizados em cada um dos grupos, cinco são pós-materialistas e os três primeiros têm a mesma ordenação nos dois grupos, a saber: 1.º *sociedade menos impessoal*; 2.º *intervenção nas decisões do governo*; 3.º *participação nas autarquias e nas empresas*. Assim, ambos os grupos valorizam, como a mais importante, a dimensão das necessidades de auto-estima e pertença à colectividade que aqueles três indicadores recobrem no âmbito dos valores pós-materialistas. Esta maior valorização do modelo pós-materialista ressalta tanto na análise descritiva como na análise factorial realizada, a qual mostrou também não haver diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos dois factores extraídos.

Estes resultados contrariam todas as aplicações que têm sido feitas em Portugal desta tipologia, as quais, sistematicamente, registam uma maior saliência dos valores materialistas (Vala e Viegas, 1990; Garcia *et al.*, 1993; Vala, 1993b). Inclusivamente, um destes estudos apresenta uma correlação positiva entre a maior vivência religiosa e os valores materialistas, inferindo que o pós-materialismo está dissociado da inserção institucional da vida religiosa (Vala, 1993b). A especificidade dos grupos inquiridos explicará esta discrepância.

Desde logo as inserções sócio-estruturais dos grupos em presença poderão enquadrar a inclinação pelo tipo de valores pós-materialistas especificados na tipologia de Inglehart. Isto é, sem pretendermos sustentar que os modos de pensar são «reflexo» de estrangimentos estruturais, importa ter presente que os valores não se constituem à margem dos contextos de vivência social dos seus portadores. Assim, a ocupação dos clérigos tem a particularidade de se subtrair, em grande medida, aos mecanismos económicos que enformam a inserção no mercado de trabalho e que influenciam todas as esferas de vida da pessoa. Nesta medida, os párocos não estão expostos à socialização do mercado, o que acontece com os seus fiéis, podendo exprimir, deste modo, um maior distanciamento com a dimensão económica da esfera de valores. Por outro lado, os valores pós-materialistas procuram recuperar uma melhor inserção do indivíduo no laço social por via da defesa de uma melhor relação com a natureza e através da promoção de solidariedades que, sem anularem a realização individual, restituam os sentimentos de pertença colectiva indispensáveis para uma integração social mais conforme com as aspirações individuais. No processo de revisão crítica ao exacerbamento individualista das sociedades contemporâneas, o pós-materialismo entrecruza-se com a crítica tradicional à modernidade, de que o pensamento religioso, e neste caso católico, constitui a versão mais formalizada e socialmente mais enraizada (Poulat, 1996). Assim, por exemplo, valores como o apego à dignidade das ideias em contraposição ao dinheiro e a defesa de uma sociedade menos impessoal são inteiramente reapropriados na espiritualidade e comunitarismo do código simbólico religioso.

A prevalência dos valores pós-materialistas nos médicos também não será de surpreender. Sendo um grupo que patenteia uma das variáveis que Inglehart enuncia como estando mais correlacionadas com este tipo de valores (o elevado nível de instrução), constitui também uma profissão da esfera pública, produzindo um bem público (os cuidados de saúde) que suscita uma ideologia profissional que se representa como sendo a da satisfação de um direito de cidadania, mitigando, assim, todos os elementos de referenciação a interesses particulares. A subsumção de valores privados no valor público que é a saúde e de que o médico se faz o principal garante projecta condições para uma subvalorização dos factores económicos e, concomitantemente, uma enfatização dos valores mais directamente associados à prossecução da realização do indivíduo em sociedade.

A IMAGÉTICA DA DROGA

A teoria das representações sociais assinala a importância das imagens apostas aos objectos no processo de objectivação destes, sendo a figuração e ontologização as vias através das quais se opera a sua materialização reificadora. Assim, com recurso à técnica da associação livre de palavras recolhemos o categorial semântico associado à droga que «sinaliza» cognitivamente o modo de pensar este objecto. O material recolhido da pergunta 1, onde se solicitava a indicação de «5 palavras que lhe venham ao espírito quando pensa na palavra *droga*», foi submetido a uma análise de conteúdo.

A análise descritiva revela um extenso vocabulário comum aos dois grupos, mas também algumas especificidades. Enquadrando as categorias retidas no triângulo multidimensional — substância/indivíduo/contexto — explicativo do uso de droga (Nowlis, *op. cit.*; Zinberg, 1984; Agra, 1995), verifica-se que 61,8% se inscrevem no plano do «indivíduo», 29,4% no do «contexto» e só 8,8% no da substância. Esta distribuição indica-nos, assim, a poderosa ontologização a que a droga está sujeita, suscitando um percurso cognitivo traçado em função do «drogado», isto é, das propriedades que aporá às experiências humanas.

Após a análise de frequências das categorias semânticas retidas, efectuámos uma análise factorial de correspondências múltiplas (AFCM) através do programa *Homals*, o que nos permitiu extrair a estrutura de agregações semânticas desencadeadas pelo código linguístico. As factorizações realizadas conduziram-nos a uma solução vertida em três eixos, cujas categorias com os valores mais elevados são as que se apresentam no quadro n.º 1.

**AFCM da semântica associada à droga:
medidas de discriminação mais elevadas por categoria e por eixo**

[QUADRO N.º 1]

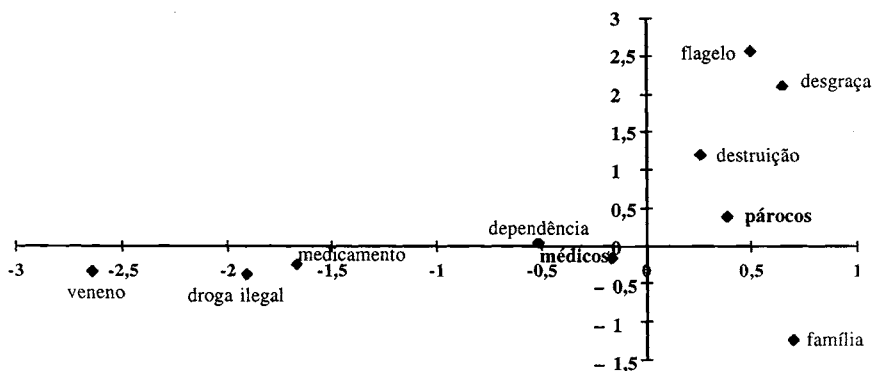
1.º eixo		2.º eixo		3.º eixo	
Veneno	0,565	Fragilidade	0,503	Flagelo	0,391
Drogas ilegais	0,506	Aventura	0,405	Desgraça	0,352
Medicamento	0,421	Desinteresse	0,243	Família	0,290
Dependência	0,244			Destruição	0,270

Se o 2.º eixo desta factorização — que se define fundamentalmente em torno da motivação (*aventura*) e de traços psicológicos do dependente da droga (*desinteresse e fragilidade*) — comporta elementos heterogéneos relativamente aos quais os grupos em estudo também não se diferenciam, já o 1.º e 3.º eixos estruturam, cada um deles, constelações semânticas com significados distintos, havendo ainda diferenças estatisticamente significativas entre as

saturações de párocos e médicos em cada um deles. A projecção factorial resultante do cruzamento destes dois eixos, que se representa na figura n.º 1 e no qual se inscreve também o posicionamento dos dois grupos, evidencia estas diferenças. Assim, no 2.º quadrante deste plano podemos distinguir o discurso da droga como «flagelo social», associando-se àquela o *flagelo*, a *desgraça* e a *destruição*. Já o 3.º quadrante contém um referencial semântico que reproduz a clássica definição da droga como *pharmakon*, a qual tem fundas raízes na tradição grega do saber médico (Escotado, 1995), podendo ser aquela simultaneamente *veneno/medicamento/droga ilegal*, aproximando-se também a *dependência* dos valores destas categorias. Ora, os valores médios das saturações nestes dois eixos opõem os párocos, situados no 2.º quadrante, a partilhar a constelação semântica da *droga como flagelo social*, aos médicos, que se situam no 3.º quadrante, sobrepondo-se à constelação semântica da ambivalência da *droga como pharmakon*.

**Plano factorial das associações semânticas com a droga
no 1.º e 3.º eixos da AFC**

[FIGURA N.º 1]



PROTOTIPICALIDADE DO CONSUMIDOR DE DROGA

Na pergunta 2 solicitava-se ao inquirido a redacção de um pequeno texto que descrevesse o «consumidor típico de droga». Procurámos, assim, extrair uma definição prototípica, a qual, comportando o conjunto de traços ou atributos geralmente associados aos membros de uma categoria social, envolve uma operação de ordenação e classificação da realidade segundo o princípio de economia cognitiva que nos orienta no sentido de reduzirmos e controlarmos a imensidade e complexidade das informações que recolhemos (Paez *et al.*, 1994).

A extracção dos protótipos seguiu um método similar ao que foi utilizado para o referencial semântico da droga, tendo sido realizada uma análise de conteúdo dos textos redigidos pelos inquiridos. Neste domínio captámos igualmente um extenso rol discursivo comum aos dois grupos, mas também algumas diferenças.

As factorizações realizadas permitiram-nos chegar a uma solução cujas categorias com os valores discriminantes mais elevados são as que se apresentam no quadro n.º 2.

Atendendo a que o 3.º eixo tem um valor próprio muito baixo, apenas se considerarão na análise os dois primeiros. Ora, a semântica contida nestes dois eixos faz ressaltar distintas atribuições prototípicas — a visão do consumidor de droga como um toxicodependente marginal e anómico e uma outra que o retrata a nível psicológico — as quais estão em oposição em ambos os eixos. Assim, no 1.º eixo as categorias *delinquente*, *tudo faz pela droga*, *alienado*, *destruidor da família* e *anti-social* descrevem o consumidor de droga na desmesura da negação do social. Em oposição a esta constelação arrumam-se as categorias *manipulador*, *imaginativo*, *fraca auto-estima* e *família disfuncional*, as quais configuram um diagnóstico psicológico do consumidor de droga. Interessante é verificar que a família surge nestes dois tipos de discurso, mas com sentidos distintos: de um lado, a família é vista como vítima do consumidor de droga; do outro lado, participa da situação que é descrita. No 2.º eixo voltam a opor-se estas duas definições prototípicas: de um lado, a visão do toxicodependente como figura anómica consagrada na semântica *delinquente*, *alienado*, *anti-social* e *marginalidade* e, do outro lado, o seu retrato psicológico expresso através da semântica *imaginativo*, *ameaçador* e *manipulador*.

**AFCM da atribuição prototípica:
medidas de discriminação mais elevadas por categoria e por eixo**

[QUADRO N.º 2]

1.º eixo		2.º eixo		3.º eixo	
Tudo faz pela droga .	0,512	Manipulador	0,419	Irresponsável	0,446
Delinquente	0,463	Imaginativo	0,316	Egoísta	0,309
Anti-social	0,365	Ameaçador	0,270	Morte	0,199
Alienado	0,298	Família disfuncional	0,224	Desleixado	0,106
Degradado	0,214	Fraca auto-estima . .	0,169		
Destruidor da família	0,192				
Marginalidade	0,134				

66 Analisando os valores médios das saturações dos grupos nestes dois eixos verifica-se que os párocos, em ambos os eixos, estão próximos do discurso que apresenta o consumidor de droga como a-social e os médicos, também em

ambos os eixos, estão próximos do discurso do diagnóstico psicológico, sendo estas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em ambos os eixos ($p < 0,05$).

CRENÇAS SOBRE AS DROGAS

A análise das frequências obtidas nos 22 itens relativos às crenças sobre as drogas indicou-nos existirem nos inquiridos constelações de pensamento que integravam os indicadores dos modelos de crenças apresentados. Procedemos, assim, a um conjunto de análises factoriais em componentes principais (AFCP), a partir das quais pudemos assentar numa factorização restrita a 14 itens, da qual foram isolados três factores com valores próprios superiores a 1. A solução obtida, após rotação ortogonal, expõe-se no quadro n.º 3. Em cada factor só se consideram os itens que detêm saturações mais elevadas. Os três factores são responsáveis por 58,3% da variância total e compõem uma solução com consistência estatística, tendo coeficientes alfa elevados.

AFCP das crenças sobre as drogas

[QUADRO N.º 3]

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Valor próprio	5,27	1,7	1,18
Comunalidade	0,52	0,65	0,66
Percentagem de variância explicada	37,7	12,2	8,4
Alfa de Cronbach	0,82	0,78	0,69
Itens⁴			
Rejeição da escalada	0,85		
Usos moderados	0,69		
Droga lícita mais prejudicial	0,57		
Escalada interdrogas	- 0,78		
Escalada intradroga	- 0,71		
Droga arrasta crime	- 0,50		
Estilo de vida a respeitar		0,77	
Repressão gera mais problemas		0,62	
Drogas ilícitas mais prejudiciais		- 0,73	
Proibir drogas, evitar custos sociais		- 0,58	
Impedir autodestruição		- 0,52	
Droga sujeita à escolha			- 0,69
Proibição causa crime			- 0,53
Droga = doença contagiosa			0,77

⁴ Por razões de espaço, registam-se os indicadores de acordo com uma formulação muito concisa referenciadora do seu conteúdo, mas que não corresponde à redacção que receberam no questionário. Esta solução foi igualmente adoptada nos quadros relativos às factorizações da dimensão explicativa e atitudinal.

No 1.º factor confirma-se uma oposição entre uma crença que designaríamos por *droga-patologia* (individual e social) *versus* uma crença que considera a *droga-ambivalente*. Tal significa que há uma linha de pensamento que crê na droga como agente patológico em função do seu poder farmacológico e social danoso em oposição a uma outra que matiza o efeito das drogas, concebendo drogas lícitas mais nocivas do que drogas ilícitas e, bem assim, as drogas ilícitas como admitindo usos não toxicomaníacos. Anote-se que, enquanto a crença estruturadora da *droga-patologia* articula indicadores sanitários com um social, a crença da *droga-ambivalente* filia-se estritamente no terreno da avaliação das drogas no plano da saúde. Tal comprova que a crença da nocividade intrínseca das drogas ilícitas é alimentada por uma dimensão social, extrafarmacológica e extra-sanitária.

No 2.º factor opõe-se uma crença que designaríamos por *droga socialmente ameaçadora*, assente nos grandes fundamentos do regime de proibição da droga, a uma outra crença — a da *droga socialmente endêmica* — que reconhece esta como participando das relações sociais, devendo, por isso, tolerar-se, não só por respeito aos diferentes estilos de vida, mas também porque a sua repressão gera mais problemas sociais. Este factor exprime assim empiricamente duas importantes constelações de crenças sobre as drogas no debate contemporâneo: não só as crenças que reproduzem a normatividade dominante, como as que encerram as estratégias de mudança, que aliam uma componente mais enraizada valorativamente a uma outra alicerçada numa pragmática social que avalia custos/benefícios no plano das políticas em relação à droga (Mitchell, 1990; Brochu e Chayer, 1997).

No 3.º factor assiste-se à oposição entre a crença da *droga/fatalidade* e uma outra que denominamos de *droga/escolha humana* e que crê na capacidade do indivíduo para fazer escolhas face à droga, razão por que a intervenção repressiva é contraproducente, tanto mais que esta gera um efeito perverso, pois está na origem de boa parte da delinquência.

A análise de variância dos *scores* dos grupos em cada um dos factores revela que não há diferenças entre os grupos no 2.º factor. Porém, já se assinalam diferenças estatisticamente significativas entre os mesmos no 1.º e no 3.º factores, situando-se os párocos mais próximos das crenças da *droga-patologia* e *droga/fatalidade* e os médicos mais próximos das crenças *droga-ambivalente* e *droga/escolha humana*.

EXPLICAÇÕES DA TOXICODEPENDÊNCIA

68 Salienta Moscovici que o modo de funcionamento de uma representação social comporta uma transformação quase automática de uma avaliação em descrição e da descrição em explicação, o que justifica a centralidade das

representações sociais na orientação das actividades avaliativas e explicativas (Moscovici, 1984). Para estudar as atribuições explicativas dos inquiridos em relação à toxicodependência adoptámos a grelha atrás referida, vertida em 12 itens, que foram avaliados segundo uma escala de *ranking*.

A análise descritiva revelou-nos que os cinco modelos etiológicos se encontram sobrepostos no pensamento de ambos os grupos, verificando-se embora que a dispersão pelos diferentes modelos é mais acentuada nos párocos do que nos médicos. Os modelos, que receberam cotações muito próximas, tiveram as seguintes ordenações: (a) nos párocos, 1.º, psico-social, 2.º, sócio-cultural, 3.º, psicológico, 4.º, sanitário e, 5.º, jurídico-moral; (b) nos médicos, 1.º, psico-social, 2.º, sanitário, 3.º, psicológico, 4.º, sócio-cultural e, 5.º, jurídico-moral. Um dado saliente desta hierarquia é o 3.º lugar ocupado pelo modelo psicológico no grupo dos médicos, o que parece contrariar, relativamente ao seu modo de pensar, a psicologização que se retirou noutras dimensões cognitivas. Há que ter em conta, porém, que não pode examinar-se apenas a partir dos resultados médios globais o lugar ocupado pelos modelos no pensamento dos grupos em estudo, mas ter-se-á de fazer esta análise também em função dos indicadores que lhes dão conteúdo e que recobrem dimensões, por vezes, com alguma heterogeneidade. Ora, esta decomposição auxilia-nos a interpretar com maior profundidade a relação entre os modelos sanitário e psicológico na atribuição explicativa dos médicos.

O modelo sanitário é composto pelo item referenciador do «prazer da droga» («as sensações agradáveis provocadas pelas drogas ilícitas tornam os jovens 'presa fácil'») que foi ordenado pelos médicos em 1.º lugar, e pelo item do «poder farmacológico» da droga («a origem da toxicodependência está na perigosidade das drogas ilícitas que 'agarram' a pessoa»), que foi remetido para 10.º lugar. Estes dois itens procuraram captar empiricamente, em linguagem de senso comum, a avaliação das duas componentes da explicação científica da dependência, quais sejam o «reforço negativo», identificador da dependência fisiológica, e o «reforço positivo», associado à dependência psicológica.

A expressão *estar agarrado*, pela coercividade que encerra, tem uma notação associada mais aos fenómenos observáveis ligados às manifestações corporais de dependência fisiológica (a «ressaca»). O modelo médico, quando emergiu na primeira linha da gestão social do problema da toxicodependência, tutelava esta a partir do firme terreno empírico dos sintomas fisiológicos de privação (Akers, 1991). Mas já na década de 80 opera-se uma alteração qualitativa importante na conceptualização clínica da dependência: esta passa a ser descrita como um conjunto sindrómico de manifestações psíquicas e fisiológicas, deixando de se exigir a ocorrência da dependência física para o diagnóstico da dependência. O conceito central da dependência no meio clínico passou a ser o *craving* (Bauer, 1992). Porém, o *craving* (a

«necessidade imperiosa») não é remetido para o estrito domínio psicológico, mas mantém um terreno explicativo bioquímico na potência da droga (e o modelo de explicação é dominado pelas drogas narcóticas) nos centros de prazer do cérebro «primitivo». A âncora empírica da neurobiologia do prazer enxerta-se, assim, no campo eminentemente psicológico da explicação da patologia da vontade, conjugação esta que parece ser tanto mais potenciada quanto se associa ao conhecimento epidemiológico da prevalência hegemónica da toxicodependência nos jovens. A tutela sanitária da toxicodependência funda-se, deste modo, na aliança das tradições biomédica e psicológica, a qual nasceu na década de 50, conferindo uma autoridade técnico-profissional aos programas de tratamento da toxicodependência (Berridge, 1992). Compreende-se, assim, que, contrariamente à auto-indução estritamente orgânica, a orientação para o prazer acolha todo o espectro de abordagens clínicas da toxicodependência: no fundo, o cérebro dos jovens ainda não está suficientemente educado para prevalecer o «princípio da realidade» das funções do «novo cérebro» (neocórtex), o que, associado à pressão do grupo de pares onde decorre predominantemente a sua socialização e a todo o tipo de disfuncionamentos relacionais, explicará o fenómeno.

Helen Nowlis, no seu manual escrito há mais de vinte anos, já anotava que os partidários do estrito modelo sanitário «parecem estar a encaminhar-se para o modelo psico-social» (Nowlis, *op. cit.*, p. 17). Neste quadro, e atendendo a que a ordenação dos médicos desvalorizou o item da coercividade orgânica da toxicodependência, mas colocou em 1.º lugar o do «prazer da droga», isto é, aquele que condensa a visão médico-psicológica da toxicodependência, podemos concluir que a adesão ao modelo sanitário (segundo na hierarquia de escolha) é feita pela envolvente psicológica, não se confirmando, assim, qualquer desvalorização psicológica atribucional que contrarie os resultados precedentes.

Por fim, anota-se também que a psicologização médica da toxicodependência tem todas as razões para emergir através do modelo psico-social, e não do estrito enfoque psicológico. Por um lado, porque mais de trinta anos de investigação clínica da toxicodependência vieram demonstrar «que não existe nenhuma estrutura de personalidade própria da toxicodependência e que a toxicodependência não pode apresentar-se como exclusiva nem de um estado mórbido nem de um estado natural da estrutura do próprio sujeito» (Bergeret, 1988, p. 65), pelo que não surpreende o 8.º lugar que os médicos reservam ao item dos «defices psíquicos» do modelo psicológico — «as pessoas tornam-se toxicodependentes porque têm estruturas psíquicas predisponentes». Por outro lado, o outro item deste modelo, — «as pessoas caem na toxicodependência para fugirem aos problemas da vida (angústias, frustrações, depressões)» — surge codificado como atribuindo às drogas ilegais as funções psico-farmacológicas da assistência química prescrita pe-

los médicos, não surpreendendo, por isso, uma menor receptividade que teve junto destes em função deste significado funcional concorrencial. Sem dúvida que para os médicos a via de acesso à toxicodependência é a via do prazer, e não a do alívio da dor.

Mas a análise dos indicadores dos modelos atribucionais revelou-nos igualmente uma interessante ordenação, simetricamente inversa, feita por párocos e médicos no que respeita à posição do prazer e do alívio da dor na toxicodependência. Assim, o indicador referenciador do *prazer* como via de acesso à dependência («as sensações agradáveis provocadas pelas drogas ilícitas tornam os jovens ‘presa fácil’») surge em 5.º lugar nos párocos e em 1.º lugar nos médicos e, inversamente, o indicador do *alívio da dor* como estando na origem da dependência [«as pessoas caem na toxicodependência para fugirem aos problemas da vida (angústias, frustrações, depressões)»] situa-se em 1.º lugar nos párocos e em 5.º lugar nos médicos. Se já foi abordada anteriormente a relação *prazer/alívio da dor* no pensamento dos médicos, importa agora interrogar o porquê da sua posição inversa nos párocos. Ora, não é despiciendo pensar que a menor importância do prazer na atribuição deste fenómeno por parte dos párocos possa ser resultante da proscricção do *ethos* hedonista na cosmovisão religiosa. Por outro lado, a primordialidade do evitamento da dor psicológica adquire todo o sentido à luz da crítica global que o pensamento religioso faz às sociedades modernas. Estas são avaliadas como sociedades secularizadas que desvalorizam (quando não hostilizam) a moral religiosa, a qual promove, nomeadamente, deveres rigoristas que internalizam interditos e valores de estoicismo relacionados com a ligação transcendental do homem, indispensáveis para este enfrentar as privações terrenas e garantir a salvação da alma. As sociedades modernas são, assim, acusadas de engendrem um vazio espiritual colectivo que é preenchido pelos «mandamentos» do funcionamento da vida económica que subordinam todas as esferas da vida, interpretando-se a massificação dos consumos de dispositivos artificiais químicos como decorrendo, por um lado, dos valores «consumistas» e «materialistas» globais societais e, por outro lado, como *ersatzs* inevitáveis para enfrentar o sofrimento terreno, na ausência da observância religiosa (Ratzinger, 1994).

Realizámos igualmente a abordagem integrada das ordenações feitas para os itens apresentados, de forma a determinarmos como os mesmos se agrupariam, o que nos daria acesso às modelações explicativas próprias do universo inquirido. As factorizações realizadas permitiram-nos optar por uma solução cujo resultado, após rotação ortogonal, se apresenta no quadro n.º 4. Os três factores isolados explicam 43,8% da variância total e em cada factor alinharam-se apenas os itens com valores mais elevados.

O 1.º factor agrega uma constelação explicativa, do lado positivo, que remete para atribuições externas, que designaríamos pela tríade das *forças do*

mal que castigam as pessoas com a toxicodependência, em oposição, do lado negativo, a uma explicação de natureza relacional em torno de uma falha na adaptação da pessoa à vida em sociedade — explicação da *desadaptação social*.

O 2.º factor opõe uma explicação que aponta a origem da toxicodependência em disfuncionamentos a nível macro e microsocial oposta a uma outra que a atribui à própria perigosidade da droga por força do prazer que gera. Estes dois modelos atribucionais reproduzem uma oposição sempre presente nos debates e controvérsias sobre toxicodependência entre os que a perspectivam como um *epifenómeno social* radicado nas privações de natureza social e relacional e os que lhe conferem autonomia própria como *endofenómeno farmacológico* em face de aspectos endógenos da própria droga como substância psicoactiva.

O 3.º factor opõe uma atribuição interna radcada nas *fraquezas do indivíduo* (psicológicas e morais) a uma atribuição externa radcada nos *valores culturais sociais*.

AFCP das atribuições explicativas da toxicodependência

[QUADRO N.º 4]

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Valor próprio	2,48	1,44	1,34
Comunalidade	0,69	0,52	0,38
Percentagem de variância explicada	20,7	12	11,1
Alfa de Cronbach	0,58	0,49	0,37
Itens			
Crime	0,69		
Poder farmacológico	0,57		
Grupo de amigos	0,51		
Desadaptação social	- 0,68		
Condições sócio-económicas		0,63	
Família disfuncional		0,60	
Prazer da droga		- 0,53	
Fraqueza moral			0,67
Défices psíquicos			0,61
Valores culturais			- 0,59

A análise de variância evidenciou que as diferenças entre as médias dos grupos são estatisticamente significativas nos dois primeiros factores ($p < 0,05$), mas não no terceiro, factor este que é também o estatisticamente menos importante. O valor médio das saturações do 1.º factor é positivo no grupo dos párocos e negativo no dos médicos, o que indica que neste factor os párocos estão mais próximos do modelo de explicação das *forças do mal*,

enquanto os médicos o estão do modelo da *desadaptação social*. No 2.º factor o valor médio das saturações (a) continua a ser positivo nos párocos, o que nos mostra que estes estão próximos do modelo de explicação da toxicod dependência como epifenómeno social, e (b) continua a ser negativo nos médicos, o que significa que estes estão mais próximos da atribuição da toxicod dependência como endofenómeno farmacológico.

ATTITUDES SOBRE A REGULAÇÃO POLÍTICO-SOCIAL DA DROGA

Para captarmos a dimensão avaliativa mais próxima das orientações de acção inerentes às representações sociais da droga elaborámos uma grelha de atitudes sociais em função de dois grandes modelos que se contrapõem em relação à regulação político-social da droga — o da *sociedade sem droga* e o da sociedade que deve *saber viver com a droga*.

Este instrumental analítico organizou a tipicidade dos sistemas de orientação das pessoas face ao problema-droga em torno desta dicotomia meta-representacional que parece dar consistência a uma certa unidade de intenções comportamentais nos múltiplos planos sociais relevantes para o objecto em questão e que atrás estão referidos. Porém, as articulações atitudinais não servem para ilustrar isomorfismos perfeitos do tipo (a) as pessoas que no plano legal são pela proibição da droga no plano do tratamento são contra os programas de substituição ou (b) as que no plano legal são pela legalização controlada são favoráveis à prevenção do uso responsável de droga. De resto, as posições proibicionistas e as que perfilham a legalização da droga não são monolíticas e incorporam diversas variantes. As sociedades modernas caracterizam-se por uma reflexividade generalizada, onde sobressai uma razão instrumental e processual, a qual, incidindo num fluxo contínuo de novas informações e conhecimentos que afectam a vivência colectiva e individual, suscita uma incessante revisão dos referenciais internos conducente à alteração das práticas sociais (Giddens, 1992). O campo da droga não está imune a esta capilaridade da modernidade e, podemos mesmo acrescentar, está a passar por uma fase de agitação e transformação de ideias e práticas, como se depreende da recente e crescente adopção dos programas terapêuticos com «drogas de substituição».

A análise descritiva global dos resultados indica-nos que o da *sociedade sem droga* é muito consensualmente partilhado pelos párocos, os quais, simetricamente, apresentam uma forte discordância com o modelo do *saber viver com a droga*. Em contrapartida, nos médicos a maioria dos itens do modelo da *sociedade sem droga* recebem uma concordância abaixo dos 50%, enquanto para o modelo do *saber viver com a droga* sete itens recebem uma concordância superior a 50% e só quatro estão abaixo deste limiar.

O problema-droga distribui-se por diversos planos institucionais e por diversos temas que foram equacionados nos modelos atitudinais construídos.

Será, assim possível analisar qual a variabilidade atitudinal de párocos e médicos perante estes temas-chave. Exporemos a diferença entre os grupos em relação a um dos temas mais candentes — a regulação política da droga.

REGULAÇÃO POLÍTICA DA DROGA

Podemos considerar as políticas de controle das drogas distribuídas por um espectro *continuum*. Neste podemos fixar numa extremidade a proibição estrita e na outra o mercado livre, distribuindo-se uma diversidade de regulações por posições intermédias. Numa análise ampla dos sistemas de controle das drogas, Nadelmann evidencia as divergências, (a) no seio dos legalizadores, entre os *libertários* (os liberalizadores), que defendem a regulação da droga pelo mercado livre, e os *legalizadores moderados* (os legalizadores), que defendem uma legalização controlada que admite restrições à circulação da droga, e, (b) no seio dos proibicionistas, entre os *reacionários*, que privilegiam a «guerra à droga», e os *progressistas*, favoráveis à redução de riscos, à distinção entre «drogas leves» e «drogas duras» e a uma diminuição da criminalização do sistema, começando por abranger os consumidores. Assinala ainda um conjunto de princípios que separam proibicionistas e legalizadores, o menor dos quais não será a consideração do acesso legal à droga (Nadelmann, 1993).

Tendo em vista captar o espectro das atitudes perante a regulação política da droga, criámos uma variável compósita — *atitude política face à droga* — resultante de dois indicadores, a saber: (1) *a lei tem de continuar a proibir as drogas ilícitas*; (2) *a lei tem de continuar a criminalizar o consumo de drogas ilícitas*. Da matriz proveniente do cruzamento destes dois indicadores construímos esta variável assente em quatro categorias, relativamente às quais se registam no quadro n.º 5 os resultados apurados.

Atitude política face à droga:
frequências em párocos e médicos
(em percentagem)

[QUADRO N.º 5]

	Proibicionistas estritos	Proibicionistas moderados	Sem opinião	Abolicionistas
Párocos	74,2	16,1	0	9,7
Médicos	31,6	22,4	9,2	36,8

74 Como se constata, os párocos aderem maciçamente ao regime de proibição da droga, enquanto há um significativo segmento de médicos (cerca de 37%) abolicionistas, embora a maioria seja proibicionista. As diferenças

entre os grupos são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 17,98$; g. l. = 3; $p = 0,0004$).

As orientações atitudinais, que são avaliativas, existem suportadas por crenças, que são a sua componente cognitiva e racional (Lima, 1993). Nesta medida quisemos determinar como a variável-atitude política se correlacionava com as variáveis-crenças da «droga/crime», da escalada e da hierarquia farmacológica normativa⁵. Para esta análise correlacional utilizámos o teste do quiquadrado associado ao teste de correlação *V* de Cramer (para variáveis nominais) e aplicámo-lo à totalidade do universo estudado. Os resultados apurados indicam-nos que:

- a) A atitude proibicionista tem uma baixa correlação com a crença da escalada farmacológica ($\chi^2 = 15,72$; g. l. = 9; *V* de Cramer = 0,22; $p = 0,07$);
- b) A atitude proibicionista está correlacionada moderadamente com a crença de que a «droga conduz ao crime» e, simetricamente, a atitude abolicionista está correlacionada com a crença da «lei causa crime», correlação esta que tem significância estatística ($\chi^2 = 63,67$; g. l. = 12; *V* de Cramer = 0,45; $p = 0,000$);
- c) A atitude proibicionista está correlacionada moderadamente com a crença da hierarquia farmacológica normativa e, simetricamente, a atitude abolicionista está correlacionada com a rejeição desta crença, correlação esta que tem significância estatística ($\chi^2 = 36,33$; g. l. = 12; *V* de Cramer = 0,33; $p = 0,0002$).

Esta análise correlacional revela-nos, assim, que a polarização entre proibicionismo e abolicionismo não se funda em distintas crenças quanto à nocividade específica das drogas ilegais, na medida em que há um relativo consenso na crença da escalada farmacológica, mas tem na sua base crenças distintas quanto à relação da droga com o crime e quanto à ordenação da nocividade das drogas em todo o seu largo espectro (legais e ilegais).

ESTRUTURA DE ATITUDES

A análise estrutural de respostas nas diversas dimensões por onde se distribuem as atitudes facultou-nos a consistência empírica necessária para

⁵ À semelhança do efectuado na dimensão atitudinal, também na dimensão das crenças analisámos descritivamente estas em função de três tipos estruturadores de um pensamento sobre as drogas, a saber: (a) a crença da escalada farmacológica; (b) a crença da «droga conduz ao crime»; (c) a crença da hierarquia farmacológica. Os resultados destas variáveis não são referidos neste artigo por razões de economia expositiva, mas poderão ser consultados no relatório da pesquisa (Valentim, 1997).

esclarecermos a articulação atitudinal entre os vários planos de orientação. Neste sentido efectuámos uma AFCP que integrou inicialmente os 30 itens atitudinais. Os resultados conduziram à eliminação de 11 itens, atendendo à ambiguidade de valores dos mesmos nos eixos extraídos. Acabámos, assim, por assentar numa factorização em relação aos restantes 19 itens, da qual foram extraídos, após rotação ortogonal, quatro factores, que constituem, assim, as dimensões em torno das quais se organizam as atitudes face à regulação político-social da droga. Esta solução factorial é apresentada no quadro n.º 6, tendo sido considerados em cada factor apenas os itens com valores mais elevados. Conforme se constata, estes quatro factores explicam 54,7% da variância total e todos eles apresentam valores alfa elevados, o que indica a sua significativa consistência interna. Os factores organizam a estrutura atitudinal constante do quadro n.º 6.

AFCP das atitudes sobre a regulação político-social da droga

[QUADRO N.º 6]

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Valor próprio	5,03	2,28	1,62	1,46
Comunalidade	0,78	0,71	0,73	0,66
Percentagem de variância explicada	26,5	12	8,5	7,7
Alfa de Cronbach	0,87	0,62	0,67	0,65
Itens				
Descriminalizar consumo	0,81			
Legalização controlada da venda	0,78			
Interdição limitada da droga	0,74			
Distribuição de seringas nas cadeias	0,54			
Proibição absoluta da droga	-0,78			
Criminalizar consumo	-0,77			
Toxicod dependência prioridade do Serviço Nacional de Saúde		0,72		
Tratamento coercivo		0,53		
Cura através de apoio		0,49		
Toxicod dependência secundária no Serviço Nacional de Saúde		-0,78		
Cura através da força de vontade		-0,47		
Prevenção como vacina			0,75	
Identificação precoce			0,71	
Impedir entrada de droga nas cadeias			0,55	
Rejeição da identificação precoce			-0,65	
Programas livres				0,75
Rejeição da metadona				0,6
Programas de substituição				-0,84
Objectivos diversos do tratamento				-0,41

O 1.º factor reúne as atitudes do *proibicionismo* no plano normativo em contraposição com as do *abolicionismo*. Anota-se ainda um dado muito significativo neste factor, qual seja a agregação da atitude favorável à distribui-

ção de seringas nas cadeias à atitude abolicionista. Tal facto esclarece empiricamente a questão da neutralidade técnica ou não desta medida (v., sobre este tema, O'Hare, 1992, e Strang, 1993) constatando-se que para a nossa população está associada a uma orientação atitudinal antiproibicionista.

No 2.º factor confrontam-se, de um lado, as atitudes que aderem a uma *responsabilização colectiva* para o tratamento/recuperação da dependência e, do outro, as atitudes que defendem uma *responsabilização individual*. Neste sentido, a constelação de indicadores agregados do lado positivo desfez a organização que os mesmos receberam nos modelos que nos serviram de ponto de partida (um dos indicadores enquadra-se no modelo da *sociedade sem droga* e dois no do *saber viver com a droga*) e, em contrapartida, organiza uma orientação atitudinal que assume a responsabilidade do tratamento da toxicodependência pela sociedade, mas, simultaneamente, «impõe» esse tratamento (adesão à formula coerciva mitigada do tratamento previsto na nossa legislação). A esta atitude opõe-se uma coerente atitude que sustenta que a recuperação da dependência é assunto (só) do próprio e, conseqüentemente, a sociedade não tem de assumir responsabilidades neste campo, secundarizando, nesta medida, a toxicodependência no Serviço Nacional de Saúde.

O 3.º factor capta uma constelação atitudinal muito coerente favorável a uma estratégia absoluta na *prevenção para a abstinência*, que passa por uma prevenção primária nas escolas, dada como «vacina», pela identificação das pessoas logo na fase inicial do consumo e pelo debelamento do consumo nas cadeias através da repressão das fontes de abastecimento. Em contraposição a esta atitude, encontram-se aqueles que *rejeitam a identificação precoce*, isto é, a prevenção a «todo preço», simbolizada na extensão e utilização diversificada na sociedade de métodos de rastreio precoce de consumidores.

O 4.º factor expressa com clareza uma oposição entre uma atitude que só concebe o *tratamento para a abstinência* e uma outra que admite diversos objectivos no tratamento e, conseqüentemente, uma *diversidade de tratamentos*.

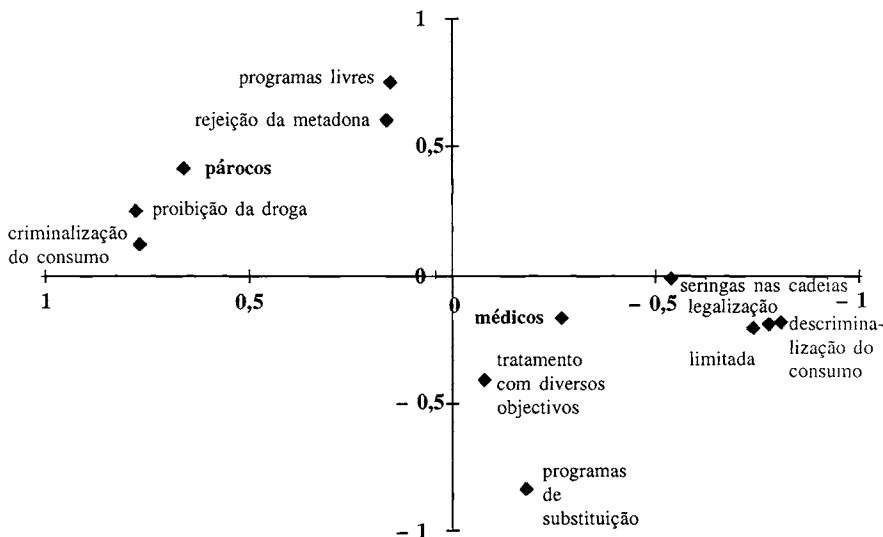
A análise de variância permitiu-nos determinar, na estrutura atitudinal, as zonas de maior convergência e divergência entre párocos e médicos. Verificou-se, assim, que no 2.º e 3.º factores não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p > 0,05$), correspondendo estes factores ao eixo responsabilização colectiva/responsabilização individual do tratamento da toxicodependência e às estratégias a seguir na prevenção para assegurar a abstinência da droga. Assim, assinala-se que a responsabilização colectiva pela recuperação dos toxicodependentes e a prevenção para a abstinência configuraram-se como zonas de relativo consenso na população estudada.

Porém, no 1.º e no 4.º factores, que dizem respeito à regulação política da droga e à política de tratamento da dependência, existem diferenças estatisticamente significativas entre párocos e médicos. A projecção no plano cartesiano resultante do cruzamento destes dois factores dos itens que lhes

correspondem e dos valores médios que aqui registam as saturações dos grupos em estudo permite visualizar melhor as diferentes constelações atitudinais. Na figura n.º 2 reproduz-se este plano, que representa 34,2% da variância total.

projecção gráfica do 1.º e do 4.º factores da estrutura de atitudes

[FIGURA N.º 2]



Este plano factorial representa com clareza os eixos de pensamento que organizam as atitudes sobre a regulação político-social da droga e comprova empiricamente a antinomia entre o que designámos pelas atitudes da *sociedade sem droga* e pelas do *saber viver com droga*, embora concentradas num mais reduzido número de dimensões.

Constata-se, de facto, que num quadrante distribui-se um núcleo de atitudes firmadas nos fundamentos do regime de proibição da droga e que sustentam, (a) no plano normativo, a proibição da droga e a criminalização do seu consumo e, (b) no plano do tratamento, os programas livres e a rejeição dos tratamentos com metadona. Num quadrante oposto surge um núcleo de atitudes que defendem, (a) no plano normativo, a legalização controlada da droga, a sua interdição limitada e a descriminalização do seu consumo, (b) no plano do tratamento, diversidade de programas de tratamento, inclusive os programas de substituição, e, (c) no plano da prevenção, a distribuição de seringas nas cadeias.

Os valores médios das saturações de párocos e médicos nestes factores colocam os primeiros no quadrante das atitudes da *sociedade sem droga*, isto é, mais próximos da constelação de atitudes identificadora do regime de proibição, enquanto os segundos se situam no quadrante oposto, isto é, mais próximos das atitudes do *saber viver com a droga*.

CONCLUSÕES

Através da nossa pesquisa empírica, propusemo-nos analisar as representações sociais de dois grupos que transportam a historicidade do controle social da droga. Sendo este um objecto que participa da primeira linha da agenda política e social das sociedades contemporâneas, é particularmente afectado por aquilo que Giddens designa por *dupla hermenêutica* (Giddens, 1989), isto é, a circulação em duplo sentido entre saber profissional e saber profano. Por outras palavras, neste campo, como a história nos revela (Escohotado, 1992, vol. 2; Berridge, 1994), a produção do saber dos corpos técnicos e científicos assenta num solo representacional do objecto, que o molda, com uma maior ou menor intensidade, em função da combinação em que se apresenta, com os critérios lógico-rationais próprios daquela modalidade de conhecimento. Citemos um exemplo a propósito de uma magna questão que atravessa este campo de estudo: onde reside a dependência: nas drogas «adictas»; no indivíduo «perturbado», «transviado» ou «carenciado socialmente»; ou na relação do indivíduo com as drogas?

Pode afirmar-se que é a última resposta a que colhe relativo consenso no meio profissional e especializado (v., por exemplo, United Nations..., 1997; Observatório..., 1998). Porém, a droga, sendo um objecto socialmente dramatizado, suscita diverso tipo de comprometimentos a que nenhum profissional está imune e que se repercute na resposta à pergunta acima referida. Tal conduz a que os cientistas e os técnicos possam recorrer a mais do que uma resposta para a dita questão, inclusivamente no exercício deste seu papel. Esta pesquisa pode testar o recurso a estas diferentes «gavetas» de conhecimento por parte dos médicos, por exemplo, no domínio das crenças. O questionário continha um indicador que inscrevia implicitamente a questão atrás referida formulada nos seguintes termos:

O perigo não está nas drogas ilícitas em si (como se estas fossem o vírus de uma doença), mas na valorização que a pessoa possa atribuir-lhes e, conseqüentemente, no uso que possa dar-lhes.

Este indicador foi dos que mais separaram médicos e párocos: a concordância com o mesmo foi de 70% naqueles, mas apenas de 29% nestes. Da leitura global dos resultados dos médicos infere-se que este indicador suscitou nestes o accionamento dos critérios prudentes da ciência que nos indica

a combinação múltipla de variáveis que intervêm na toxicodependência. Porém, um outro indicador inscrevia a mesma pergunta formulada sob outro prisma, a saber:

O uso de drogas ilícitas degenera em abuso mais tarde ou mais cedo.

Ora esta afirmação, que representa a concepção da «drogas adictas», recolheu a concordância de 100% dos párocos e de 80% de médicos.

Significam estas respostas que o pensamento dos párocos possui uma maior coerência do que o dos médicos? Não interpretamos estes resultados deste modo. Sustentamos antes que o conhecimento dos médicos sobre a droga constitui-se à luz de uma maior diversidade de campos estruturados, que circulam da profissão à condição familiar dos mesmos (e faltou-nos questionar os médicos sobre a sua eventual condição de pais de adolescentes), o que conduz a uma discursividade menos monolítica.

Será de advertir ainda que esta maior oscilação representacional nos médicos não permite colocá-los num universo oposto ao dos párocos, mas traduz tão-só uma cognoscibilidade mais matizada naqueles do que nestes. Reconheçamos, inclusivamente, que a própria selectividade da informação deste texto, recaindo sobre a estrutura das diferentes dimensões cognitivas, a qual é captada por técnicas estatísticas que visam «forçar» a diferenciação, contribui para induzir uma leitura neste sentido. Porém, tanto a análise descritiva dos dados como a proximidade dos grupos em certos eixos factoriais indicam que existe uma representação (hegemónica) unanimemente partilhada entre os párocos e também (muito) presente entre os médicos. Mas nestes observou-se uma cartografia mental mais diversificada porque emergem ainda outros modos de pensar. Por outras palavras, a droga é (só) pensada na uniformidade pelos párocos, mas existe nos médicos quem a pense de forma ambivalente. Destaquemos a este respeito o seguinte:

CONSENSOS E DISSENSOS ENTRE PÁROCOS E MÉDICOS

Os párocos partilham uma representação social estrita — tão homogénea como absoluta e unicitária — da droga e do seu consumidor, territorializados no extremo das «trevas». Desde logo a análise da objectivação linguística revelou o acantonamento da droga na situação extrema da destruição e da desafiliação social, emergindo do seu discurso, como unidades semânticas mais salientes associadas à droga, a *alienação*, a *dependência*, a *morte*, a *delinquência*, a *doença* e a *destruição*. De resto, a análise estrutural do universo semântico associado à droga comprovou a partilha por parte dos responsáveis locais da Igreja católica de uma constelação categorial identificadora da droga como «flagelo social», expresso no articulado *flagelo*,

desgraça e destruição. Por seu turno, o consumidor de droga é apresentado como um *jovem, dependente e degradado*, semântica esta que, juntamente com *anti-social, marginalidade, alienado, degradado e «tudo faz pela droga»*, compõe o léxico mais saliente utilizado na descrição prototípica daquele, o que marca, com nitidez, a fusão representacional que nos párocos existe entre a droga e o seu consumidor. A análise estrutural do discurso dos párocos, nesta esfera, reafirmou o facto de nestes o consumidor de droga encarnar a negação do social, sendo este tipificado através da articulada e coerente semântica inscrita nas categorias *delinquente, «tudo faz pela droga», alienado, destruidor da família e anti-social*.

Ora, observou-se um extenso rol semântico comum entre párocos e médicos e, tal como o dos párocos, também o mapa cognitivo utilizado pelos médicos para pensar a droga é o dos efeitos-limite desta. A objectivação linguística da avaliação extrema da droga nos médicos consubstancia-se desde logo nas três categorias mais associadas à Droga — *dependência, doença e morte* —, mas configura-se, em moldes mais matizados, em categorias predominantemente psíquicas e relacionais, a saber, *fragilidade, insatisfação e família*, a que juntam a *miséria* e a *delinquência*. Porém, a análise da semântica associada à droga utilizada pelos médicos revelou que esta também é pensada como medicamento, o que não pode deixar de se filiar na herança histórica da disciplina científica.

Por outro lado, o consumidor de droga também é descrito pelos médicos como um *jovem, dependente e degradado*, participando o restante léxico mais saliente do domínio da caracterização psicológica dos toxicod dependentes — estes têm *carências afectivas e fraca auto-estima*, são *frágeis*, vivem *desmotivados* e são *manipuladores* — e das suas envolventes relacionais — têm *famílias disfuncionais e dificuldades de integração*. A análise estrutural da prototipicalidade permitiu evidenciar nos médicos o discurso técnico de diagnóstico psicológico do consumidor de droga, sendo este apresentado como um toxicod dependente *manipulador, imaginativo e ameaçador*.

Podemos, assim, concluir que, se o código linguístico predominante para pensar a droga e o seu consumidor é basicamente comum entre párocos e médicos, tal instrumental é integrado pelos párocos num referencial moral e social, enquanto nos médicos participa de um discurso mais analítico de diagnóstico profissional, o qual é eminentemente psicológico, sem desprezar uma componente relacional.

Ainda neste processo de sinalização do mapa cognitivo da droga, párocos e médicos convergem na identificação de um risco muito acentuado da toxicod dependência junto dos grupos do desvio social (em ambos os *presos* e os *delinquentes* constituem, de forma muito destacada, os grupos de maior risco), confirmando que a categorização social desqualificada associada à droga participa da formação de uma avaliação muito negativa relativamente a este objecto social. Este facto corrobora todas as análises que sublinham a afecta-

ção social extrafarmacológica na avaliação das drogas e o lugar central do tipo social de grupos que se relacionam com a droga, mais do que as propriedades intrínsecas destas, como estando na base da construção simbólica e material das fronteiras entre as «drogas perigosas» e as «drogas inócuas», as ilícitas e as lícitas (Zafiropoulos e Pinell, 1982; Musto, 1987; Szasz, 1994).

No que respeita às crenças sobre as drogas os párocos partilham maciçamente os fundamentos das convenções sociais, transcritas nomeadamente no regime normativo da droga, a saber: (a) que a droga (o uso de) é reprovável porque representa a violação de deveres de responsabilidade para com os outros; (b) que a droga (as drogas ilegais) tem um poder incontável, desencadeando uma escalada inexorável para a dependência; (c) que a droga é comparável a uma doença contagiosa; (d) que as drogas ilegais são mais nocivas do que as legais; (e) que a droga conduz as pessoas à delinquência e ao crime. Nos médicos regista-se que aquelas duas primeiras crenças são consensualmente partilhadas, a terceira é amplamente rejeitada e a quarta e a quinta recebem uma adesão maioritária, isto é, verifica-se que existem expressivos, mas minoritários, segmentos de médicos que contestam a hierarquia farmacológica normativa e a crença de que «a droga conduz ao crime». Ora, o grau de adesão ao modelo de crenças dominantes (que designámos por *crenças de proscricção*) — unânime nos párocos e maioritária nos médicos — veio a plasmar-se na estrutura de crenças extraída. Assim, localizaram-se os párocos sobrepostamente a uma constelação de crenças que assimila a droga a uma fatalidade e a uma patologia individual e social, surgindo a nocividade extrema da droga numa argamassa inextrincável que compreende uma componente farmacológica e outra extrafarmacológica associada a uma atribuição criminogénica da droga. Em oposição a estas crenças, identificou-se uma outra constelação, da qual os médicos estão mais próximos, que apresenta a droga de forma mais ambivalente e da qual fazem parte as crenças que atribuem uma maior nocividade a algumas drogas legais, que afirmam a droga como estando sujeita à escolha do homem e que reconhecem no regime de proibição a origem de boa parte da delinquência.

Quanto à dimensão explicativa, assiste-se, em ambos os grupos, a uma sobreposição de diversos modelos — reveladora da partilha generalizada do paradigma multidimensional na explicação da toxicodependência —, embora nos párocos prevaleçam os modelos psico-social e sócio-cultural e nos médicos o psico-social e o sanitário. Porém, a análise da estrutura atribucional revelou que, no âmbito deste compósito explicativo, a etiologia que está presente no pensamento dos párocos é social, entendendo a toxicodependência como um epifenómeno do disfuncionamento social, enquanto nos médicos é de natureza fármaco-relacional, sendo, para estes, a toxicodependência um endofenómeno farmacológico propulsionado por razões dos défices de ajustamento social do indivíduo. Por outras palavras, domina nos párocos uma

atribuição explicativa da toxicod dependência no palco social como resultando da acção de forças malignas (delinquência + más companhias + perigosidade da droga), que a infligem a um corpo social debilitado, seja por força de privações sociais (a degradação das condições de vida) ou relacionais (o deficiente funcionamento familiar). Descobre-se aqui o modelo de pensar o fenómeno-droga como algo exterior à sociedade, isto é, uma chaga social causada por forças malignas que procuram destruir a sociedade (Agra, 1993 e 1998). Por seu turno, o modelo de explicação de que se aproximam os médicos é pensado ao nível do indivíduo e do modo como este enfrenta as tarefas de ajustamento social, explicando a toxicod dependência pela conjugação da desadaptação social do indivíduo com o poder hedónico da droga.

Por fim, no que respeita às orientações atitudinais, há um consenso entre párocos e médicos quanto à defesa do modelo da abstinência no campo da prevenção primária, quanto à inscrição prioritária da toxicod dependência no Serviço Nacional de Saúde, quanto ao mérito da medicalização da toxicod dependência, quanto à assumpção de uma responsabilidade colectiva na recuperação da toxicod dependência, rejeitando, simetricamente, a entrega da gestão desta a uma estrita responsabilidade individual. Mas será no campo atitudinal que se assinala o maior distanciamento entre párocos e médicos. Assim, a análise dos modelos atitudinais construídos permitiu inferir que o da *sociedade sem droga* é muito consensualmente partilhado pelos párocos, que, simetricamente, rejeitam o modelo do *saber viver com a droga*. Concretizando a sua adesão maciça àquele modelo, observou-se que os párocos partilham as seguintes atitudes: (a) são proibicionistas; (b) aderem a qualquer modalidade de tratamento desde que cuide a toxicod dependência, seja a mesma de natureza ideológico-moral ou medicalizada; (c) rejeitam tímida, mas maioritariamente, os programas de redução de riscos não institucionalizados (tratamentos de substituição com metadona e distribuição de seringas nas cadeias). Já os médicos evidenciam uma significativa dissidência face à regulação político-social dominante, sendo de destacar que: (a) proibicionistas e abolicionistas formam grupos de peso quase equivalente, com ligeira supremacia para os primeiros; (b) aderem predominantemente à medicalização dos cuidados da toxicod dependência e admitem as abordagens não profissionais; (c) aceitam com timidez os tratamentos de substituição com metadona e com consensualidade os programas de redução de risco não institucionalizados. Estas diferenças repercutem-se na estrutura atitudinal obtida, na qual, para além dos eixos consensuais referidos, se localizaram os párocos no território do modelo da *sociedade sem droga* — partilhando a linha de pensamento que se alicerça na abstinência, a saber, a proibição absoluta da droga, a criminalização do consumo, a adesão a programas livres de tratamento da toxicod dependência, com rejeição dos tratamentos de substituição com metadona —, em oposição a uma constelação de atitudes — partilhada pelos médicos — que participa do mode-

lo *saber viver com a droga* e da qual fazem parte a legalização controlada da droga, a sua interdição limitada, a descriminalização do consumo, a adesão a uma política de tratamentos diversificados, onde se incluem os programas de substituição e a distribuição de seringas nas cadeias.

COMO O EXCESSO DO USO É CONSTRUÍDO PELO USO DO EXCESSO

Ao definirmos os instrumentos conceptuais a utilizar nesta pesquisa empírica, incluímos dimensões de ancoragem das representações sociais, a saber, uma tipologia de valores sócio-políticos e uma percepção da saliência da toxicodependência, cujos resultados acabaram por não discriminar os grupos e, conseqüentemente, não puderam ser utilizados nas hipóteses ventiladoras das diferenças entre os grupos. No entanto, uma análise dos resultados de cada grupo, relacionada com os seus quadros de pensamento e a sua experiência, permite-nos retirar algumas hipóteses explicativas para estes dados.

A problemática que tutela o pensamento dos párocos em relação à droga é a do primado ontológico da sociedade e do laço social. A objectivação revelou uma representação muito homogénea em torno da ausência de integração e de afiliação social do consumidor de droga, que é apresentado como a negação do social. Ora este acantonamento absoluto da droga no a-social e no desvio pressupõe que as manifestações que lhe estão associadas são interpretadas à luz do consenso normativo em que se fundará a sociedade, as quais serão tanto mais lidas como anómicas quanto mais «imperativas» se revestirem as regras sociais com que se confrontam, entendidas estas, por isso, como um bloco homogéneo consensual indispensável para a vida em sociedade. Dito por outras palavras, é a própria ancoragem do pensamento dos párocos numa «comunidade moral» (como diria Durkheim) que se impõe aos homens, que constrói nestes a representação que formulam sobre a droga, a qual não é uma representação social à Moscovici, mas uma representação colectiva durkheimiana, isto é, dotada de macizez coerciva. Nesta medida, tornam-se inteligíveis as orientações atitudinais que revelam, centradas no absoluto da abstinência e da proibição.

De resto, é esta natureza social essencialista que faz com que os resultados dos párocos contrariem certas pesquisas e reflexões que apontam ser a explicação da toxicodependência na esfera do social preditora de uma maior flexibilidade atitudinal em relação ao problema-droga, ao invés da atribuição etiológica centrada no poder farmacológico da droga (Sephens, 1992; Littrel e Diwan, 1995). O nosso estudo não comprova esta relação, bem pelo contrário. De facto, tudo depende da cosmovisão de sociedade que encapsula a representação do objecto em causa. Se a sociedade for identificada como

uma totalidade social regida por um consenso ético-normativo homogêneo, tido como fazendo parte de uma moral colectiva que se impõe respeitar, a relação da droga com a sociedade adquire o estatuto de *invariante* que a ortodoxia neurobioquímica atribui às «drogas adictas».

É interessante anotar, igualmente, que a consciência discursiva plasmada nos resultados dos párocos é dominada pelo pensamento de Durkheim, e não de Deus. Os dados recolhidos não podem deixar de ser interpretados neste sentido, nomeadamente: (a) a expressão muito residual que têm as referências aos valores morais na objectivação linguística da droga e na semântica da atribuição prototípica, o que nos levou a não podermos tratar, por exemplo, a categoria *falta de valores morais*; (b) a valorização, também muito residual, feita à *fraqueza dos valores morais* na etiologia da toxicodependência, que surge posicionada em último lugar no *ranking* das doze razões; (c) a hipervalorização de todas as categorias semânticas que são equivalentes funcionais no campo secular das categorias morais religiosas, tais como *alienado, anti-social, delinquente*; (d) a avaliação da importância dos *valores culturais da sociedade* na explicação da toxicodependência, razão esta que surge em 4.º lugar no *ranking* das razões.

Habitualmente, metaforizam-se três visões do toxicodependente nas categorias de *doente, delinquente e pecador* (Cunningham *et al.*, 1994), que, simbolicamente, se representam associadas a médicos, aos vários poderes sociais e aos clérigos, respectivamente. Ora, esta pesquisa revela que, para exprimirem o seu pensamento, os párocos recusaram o discurso moral-religioso e substituíram-no pelo discurso laico da moral-social, a qual é entendida nos termos em que Durkheim concebeu a consciência colectiva, a saber, como corpo de regras fazendo parte de uma comunidade moral que se «abate» sobre os indivíduos porque necessária à coesão e integração social (Lukes, 1981). Neste sentido, o consumidor de droga pensado pelos párocos não é o «pecador», mas o «transviado».

Os resultados dos médicos apontam para uma importante ancoragem na sua experiência profissional, aliada a um caldo meta-representacional liberal que se manifesta na abordagem psico-farmacológica daqueles objectos, e comprovam ainda o que já escrevemos noutra artigo sobre as visões médico-psicológicas dominantes sobre a droga (Valentim, 1998). De facto, emerge nos médicos um pensamento consensual quanto á qualificação da droga como agente patológico derivado das suas propriedades intrínsecas, muito contribuindo para esta absolutização patogénica da droga a partilha da crença dominante da escalada farmacológica.

Porém, encontrou-se num expressivo segmento dos médicos uma representação que, se entende que a droga é perigosa, mais perigosa se torna pelo regime social que a governa, manifestando deste modo crenças e atitudes que se opõem à normatividade dominante. Deste modo, nos médicos extraiu-se uma expressiva rota de colisão com os valores dominantes baseada, não

numa avaliação da droga em si, mas numa avaliação crítica dos seus enquadramentos políticos e sociais, facto que transparece nas correlações positivas que se obtiveram entre as crenças críticas quanto ao regime social da droga e a atitude política abolicionista.

Por outro lado, os médicos manifestam um pensamento que privilegia uma abordagem individual e liberal do problema-droga. Desde logo, a maioria dos médicos aderem à crença da soberania do indivíduo sobre o seu corpo (ao contrário do que acontece nos párocos, que discordam consensualmente deste princípio), rejeitando a crença «social» do contágio e aderindo à crença «individualista» da capacidade de escolha do indivíduo em relação à droga. Este primado ontológico do indivíduo poderia ser fonte para atribuições mais ambivalentes na relação do indivíduo com a droga, porquanto poderia captar heterogeneidades de sentido nesta relação. Ora, tal não acontece e é significativo que os médicos alinhem com os párocos na discordância consensual do indicador que afirmava que «as drogas ilícitas cumprem diversas funções, nomeadamente recreativas e de sociabilidade, que não têm relação com o mal-estar ou frustração».

A dimensão explicativa da toxicodependência faz emergir os elementos que nos médicos introduzem a coercividade patogénica da droga. Estes filiam-se no enlace poder da droga/fraqueza do indivíduo (por via psico-social) e estão vertidos numa razão bioquímica — o poder hedónico da droga — associada a um défice relacional — as dificuldades de adaptação social.

Se Durkheim tutela o pensamento dos párocos, nos médicos o seu tutor é Griffith Edwards e o seu modelo biocomportamental que enforma o conceito de dependência vertido nos dois grandes instrumentos de diagnóstico clínico — o ICD-10 e o DSM-IV (Edwards *et al.*, 1982).

Ora, esta perspectiva comparada dos resultados de párocos e médicos permite-nos inferir que, seguindo vias diferentes, ambos os grupos partilham uma representação da droga em que o excesso do uso com que a caracterizam é construído por um uso do excesso, derive este de uma ordem sócio-normativa ou de uma ordem psico-farmacológica.

Por fim, não será de mais realçar a importância destas representações sociais pela autonomia que adquirem como instrumentos funcionais na interpretação da realidade. Deste ponto de vista, a desvalorização positivista, que invoca ser este modo de pensar estritamente referenciador da heroína e do dependente de «fim de percurso», não tem em conta o funcionamento das representações como bússolas cognitivas no nosso quotidiano.

É certo que o que está presente na representação hegemónica da droga é a imagem, espectacularmente difundida pelos *mass media*, dos *junkies* heroíno-dependentes. Conhecendo-se a importância dos processos de comunicação para a produção social de sentido gerada nas interações, a administração intravenosa que acompanha a relação toxicodependente dos heroínó-

manos fornece as imagens ideais para a ilustração do «flagelo social». Conforme refere um autor espanhol, «o poderoso efeito publicitário da injeção intravenosa contribuiu para que o complexo e variado mundo das drogas fique reduzido com essa prática: a forma mais extrema de abuso simboliza hoje o consumo de drogas em geral» (Gamella, 1991, p. 72).

Porém, conforme salienta e exemplifica Moscovici com os mais insignificantes objectos do nosso quotidiano (Moscovici, 1989), as disposições sócio-cognitivas de interpretação da realidade são decisivas na nossas orientações de acção. Ora, constituindo a droga, como taxonomia unicitária de diversas substâncias, uma objectivação linguística dos padrões de comunicação, a representação social da droga emerge como um categorial unificador independentemente da singularidade da situação com que nos confrontemos e que acaba por nos orientar na interpretação da realidade de forma tão mais coerciva quanto mais hegemónica se configurar.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1987), *Colóquio sobre a «Problemática da Droga em Portugal»*, Lisboa, Academia das Ciências de Lisboa.
- ABRIC, Jean-Claude (1994), «Méthodologie de recueil des représentations sociales», in J.-C. Abric (dir.), *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF.
- AGRA, Cândido (1993), «Dispositivos da droga — a experiência portuguesa», in C. da Agra, *Dizer a Droga, Ouvir as Drogas*, Porto, Radicário.
- AGRA, Cândido (1995), «Da rapsódia à sinfonia — epistema. Os modos elementares do pensamento das drogas», in *Toxicodependências*, 1 (3), pp. 47-59.
- AGRA, Cândido (1998), «Droga: dispositivo crítico para um novo paradigma», in AA.VV., *Droga: Situação e Novas Estratégias*, Lisboa, INCM.
- AKERS, Ronald L. (1991), «Addiction: the troublesome concept», in *The Journal of Drug Issues*, 21, 4, pp. 777-793.
- ANDRADE, Maria Isabel (1994), *A Face Oculta das Drogas*, Porto, Porto Editora.
- BAUER, Lance O. (1992), «Psychobiology of craving», in J. H. Lowinson, P. Ruiz e R. B. Millman (eds.), *Substance Abuse: a Comprehensive Textbook*, Baltimore, Williams & Wilkins.
- BERGER, Peter, e LUCKMANN, Thomas (1993), *A Construção Social da Realidade: Tratado de Sociologia do Conhecimento*, Petrópolis, Vozes (1967).
- BERGERET, Jean (1988), «La personnalité du toxicomane», in J. Bergeret e J. Leblanc, *Précis des toxicomanies*, Paris, Masson.
- BERRIDGE, Virginia (1992), «Alcool et drogues en Grande-Bretagne: histoire et politique», in A. Ehrenberg et P. Mignon (dir.), *Drogues, politique et société*, Paris, Éd. Descartes.
- BERRIDGE, Virginia (1994), «Dependência: história dos conceitos e teorias», in G. Edwards e M. Lader, *A Natureza da Dependência de Drogas*, Porto Alegre, Artes Médicas (1990).
- BRAGA DA CRUZ, Manuel (1996), *Relatório-Parecer 17/CNECV/96 sobre Liberalização da «Droga» e Despenalização do Seu Consumo*, Lisboa, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- BROCHU, Serge, e CHAYER, Lyne (1997), «Les politiques en matière de drogue: une question de valeurs?», in *Toxicodependências*, 3 (1), pp. 15-24.
- BULART, C., INGERFLOM, C.-S., e LAHAYE, D. (1989), «La drogue: fausses certitudes ou vraie ignorance», in *Symptome, Cahiers de l'IRS*, 1, pp. 59-70.
- CABALLERO, Francis (1989), *Le droit de la drogue*, Paris, Dalloz.

- CHEIN, Isidor (1987), «Uma introdução à amostragem», in Claire Sellitz, Lawrence Wrightsman, Stuart Cook e Louise Kidder, *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais*, vol. 1, *Delineamentos de Pesquisa*, São Paulo, EPU, 3 vols. (1981).
- CUNNINGHAM, John A.; SOBELL, Linda C.; FREEDMAN, Jonathan L., e SOBELL, Mark B. (1994), «Beliefs about the causes of substance abuse: a comparison of three drugs», in *Journal of Substance Abuse*, 6, 2, pp. 219-226.
- DAVIES, John Booth (1993), *The Myth of Addiction — An Application of the Psychological Theory of Attribution to Illicit Drug Use*, Chur (Suíça), Harwood Academic Publishers.
- DOISE, Willem (1990), «Les représentations sociales», in R. Ghiglione, C. Bonnet e J.-F. Richard (eds.), *Traité de psychologie cognitive*, vol. 3, *Cognition, représentation, communication*, Paris, Dunot.
- DOISE, Willem; CLÉMENCE, Alain, e LORENZO-CIOLDI, Fabio (1992), *Représentations sociales et analyses de données*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
- DURKHEIM, Émile (s. d.), «Representações individuais e representações colectivas», in É. Durkheim, *Sociologia, Pragmatismo e Filosofia*, Porto, Rés Editora (1898).
- ECHEBARRIA, Agustín; FDZ. GUEDE, Emilia; SANJUAN, Cesar, e VALENCIA, Jose F. (1992), «Social representations of drugs, causal judgement and social perception», in *European Journal of Social Psychology*, vol. 22, pp. 73-84.
- EDWARDS, G.; ARIF, A., e HOGSON, R. (1982), «Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a shortened version of a WHO memorandum», in *British Journal of Addiction*, 77, pp. 3-20.
- EDWARDS, Melanie, e STRUBE, Michael (1987), «Recommended regulation of common drugs: the relative influence of facts vs. labels», in *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 8, pp. 739-750.
- EHRENBERG, Alain (1996), «Comment vivre avec les drogues? Questions de recherche et enjeux politiques», in *Communications*, n.º 62, pp. 5-26.
- ESCOHOTADO, Antonio (1992), *História General de las Drogas*, Madrid, Alianza Editorial, 3 vols.
- ESCOHOTADO, Antonio (1995), *Aprendiendo de las Drogas: Usos y Abusos, Prejuicios y Desafíos*, Barcelona, Editorial Anagrama.
- ERICKSON, Patricia G. (1993), «The law, social control and drug policy: models, factors and processes», in *The International Journal of the Addictions*, 28 (12), pp. 1155-1176.
- FÉLIX DA COSTA, Nuno (1997), «Subsídios para a discussão da política das toxicodependências», in *Toxicodependências*, 3 (1), pp. 3-14.
- FERRAZ DE OLIVEIRA, Filipa, et al. (1996), «Atitudes perante o consumo de drogas — perspectivas de estudantes, professores e médicos», in *Toxicodependências*, 2 (2), pp. 57-67.
- GAMELLA, Juan (1991), «Drogas: la lógica de lo endovenoso», in *Claves de Razon Practica*, 18, pp. 72-80.
- GARCIA, Luís, SEABRA, Teresa, e VALA, Jorge (1993), «O pós-materialismo: problemas conceptuais e metodológicos», in Associação Portuguesa de Sociologia, *Estruturas Sociais e Desenvolvimento*, Lisboa, Editorial Fragmentos, vol. II.
- GIDDENS, Anthony (1989), *A Constituição da Sociedade*, São Paulo, Martins Fontes (1984).
- GIDDENS, Anthony (1992), *As Consequências da Modernidade*, Oeiras, Celta (1990).
- GOODE, Eric (1993), *Drugs in American Society*, Nova Iorque, Macmillan.
- HAPETIAN, Isabel (1997), *Famílias — Entender a Toxicodependência*, Lisboa, Ed. Verbo.
- HARRÉ, Rom (1989), «Grammaire et lexiques, vecteurs de représentations sociales», in D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales*, Paris, PUF.
- HENRION, Roger (1995), *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Paris, La Documentation Française.
- INCIARDI, James A., e MCBRIDE, Duane (1991), «The case against legalization», in J. Inciardi (ed.), *The Drug Legalization Debate*, Newbury Park, Sage.
- INGLEHART, Ronald (1993), *La transition culturelle dans les sociétés industrielles avancées*, Paris, Economica (1990).

- JODELET, Denise (1984), «Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie», in S. Moscovici (dir.), *Psychologie sociale*, Paris, PUF.
- JODELET, Denise (1989), «Représentations sociales: un domaine en expansion», in D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales*, Paris, PUF.
- JOSEPHSON, Eric (1974), «Introduction», in Eric Josephson e Eleanor E. Carroll (ed.), *Drug Use — Epidemiological and Sociological Approaches*, Nova Iorque, John Wiley & Sons.
- LIMA, Maria Luísa (1993), «Atitudes», in J. Vala e Maria Benedita Monteiro (eds.), *Psicologia Social*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- LITRELL, Jill, e DIWAN, Sahnna (1995), «The beliefs predicting support for heroin legalization», in *The Journal of Drug Issues*, 25 (4), pp. 649-668.
- LOSQUITO, Leonard (1987), «Questionários e entrevistas», in Claire Selltitz, Lawrence Wrightsman, Stuart Cook e Louise Kidder, *Métodos de Pesquisa nas relações Sociais*, vol. 2, *Medidas na Pesquisa Social*, São Paulo, EPU., 3 vols. (1981).
- LUKES, Steven (1981), *Émile Durkheim, His Life and Work: a Historical and Critical Study*, Harmondsworth, Penguin Books (1973).
- MAFFESOLI, Michel (1997), «Prefácio», in Martine Xiberras, *A Sociedade Intoxicada*, Lisboa, Instituto Piaget (1989).
- MARTINS, A. Lourenço (1998), «Os sistemas penais, o tráfico e o consumo de drogas», in *Toxicod dependências*, 4 (1), pp. 65-82.
- MIGUEL, Nuno (1991), «Toxicod dependência — doença pessoal ou doença social?», in Centro das Taipas, *Colectânea de Textos*, vol. III, pp. 289-293.
- MITCHELL, Chester Nelson (1990), *The Drug Solution — Regulating Drugs According to Principles of Efficiency, Justice and Democracy*, Otava, Carleton University Press.
- MONCHER, Michael S., HOLDEN, Gary W., e SCHINKE, Steven P. (1991), «Psychosocial correlates of adolescent substance use: a review of current etiological constructs», in *The International Journal of the Addictions*, 26 (4), pp. 377-414.
- MOSCOVICI, Serge (1984), «The phenomenon of social representations», in R. M. Farr e S. Moscovici (eds.), *Social Representations*, Cambridge, Cambridge University Press.
- MOSCOVICI, Serge (1988), «Notes towards a description of social representations», in *European Journal of Social Psychology*, vol. 18, pp. 211-250.
- MOSCOVICI, Serge (1989), «Preconditions for explanation in social psychology», in *European Journal of Social Psychology*, vol. 19, pp. 407-430.
- MUSTO, David F. (1987), *The American Disease — Origins of Narcotic Control*, Nova Iorque, Oxford University Press.
- NADELMANN, Ethan (1990) «Global prohibition regimes: the evolution of norms in international society», in *International Organization*, 44, 4, pp. 479-526.
- NADELMANN, Ethan (1993), «Réflexions sérieuses sur quelques alternatives à la prohibition des drogues», in *Les Temps modernes*, n.º 567, Outubro, pp. 151-184.
- NAHAS, G. G., e FRICK, H. C. (1986), «Une politique de la drogue pour l' époque actuelle», in *Bulletin des stupéfiants*, vol. XXXVIII, n.ºs 1 e 2, pp. 3-14.
- NIZA, José (org.) (1994), *Droga e Sociedade: o Novo Enquadramento Legal*, Lisboa, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.
- NOWLIS, Helen (1979), *A Verdade sobre as Drogas*, Lisboa, Gabinete Coordenador do Combate à Droga (1975).
- OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA (1998), *Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia — 1997*, Lisboa, OEDT.
- OGIEN, Albert (1996), «Evaluation et sens commun. L'objectivation du phénomène de l'usage des drogues», in Maria Luísa Cesoni (dir.), *Usage de stupéfiants: politiques européennes*, Genebra, Georg Editeur.
- O'HARE, Pat (1992), «Introduction», in P. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E. C. Bunning e E. Drucker, *The Reduction of Drug-Related Harm*, Londres, Routledge.

- PAEZ, Darío; MARQUES, José, e INSÚA, Patricia (1994), «Cognición social», in J. Francisco Morales (coord.), *Psicología Social*, Madrid, McGraw-Hill.
- PATRÍCIO, Luís Duarte (1995), *Droga de Vida, Vidas de Droga*, Venda Nova, Bertrand Editora.
- PEELE, Stanton (1996), «Assumptions about drug and the marketing of drug policies», in W. K. Biakel e R. J. DeGrandpre, *Drug Policy and Human Nature: Psychological Perspectives on the Prevention, Management and Treatment of Illicit Drug Abuse*, Nova Torque, Plenum Press.
- POULAT, Émile (1996), *Où va le christianisme à l'aube du IIIe millénaire?*, Paris, Plon/Mame.
- RATZINGER (cardeal), Joseph (1994), *A Igreja e a Nova Europa*, Lisboa, Editorial Verbo.
- ROUSE, John Jay, e JOHNSON, Bruce D. (1991), «Hidden paradigms of morality in debates about drugs: historical and policy shifts in British and American drug policies», in J. Inciardi (ed.), *The Drug Legalization Debate*, Newbury Park, Sage.
- SOUZA FILHO, Edson Alves (1993), «Análise de representações sociais», in Mary Jane Spink (org.), *O Conhecimento no Cotidiano: as Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social*, São Paulo, Editora Brasiliense.
- STEPHENS, Richard C. (1992), «Psychoactive drug use in the United States today: a critical overview», in T. Mieczkowski (ed.), *Drugs, Crime and Social Policy: Research, Issues and Concerns*, Boston, Allyn and Bacon.
- STRANG, John (1993), «Drug use and harm reduction: responding to the challenge», in N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann e P. O'Hare, *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: from Faith to Science*, Londres, Whurr Publishers.
- 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 (1974).
- UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAMME (1997), *World Drug Report*, Nova Iorque, Oxford University Press.
- VALA, Jorge (1993a), «Representações sociais — para uma psicologia social do pensamento social», in J. Vala e Maria Benedita Monteiro (eds.), *Psicologia Social*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- VALA, Jorge (1993b), «Valores sócio-políticos», in Luís de França (coord.), *Portugal, Valores Europeus Identidade Cultural*, Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.
- VALA, Jorge (1993c), «As representações sociais no quadro dos paradigmas e metáforas da psicologia social», in *Análise Social*, vol. XXVIII, n.º 123-124, pp. 887-919.
- VALA, Jorge, e VIEGAS, José M. Leite (1990), «Padrões de valores sociopolíticos em meio urbano», in Associação Portuguesa de Sociologia, *A Sociologia e a Sociedade Portuguesa na Viragem do Século*, vol. II, Lisboa, Editorial Fragmentos.
- VALENTIM, Artur (1996), «Percepção social do consumo de drogas ilícitas: inquérito às paróquias», in *Sociologia — Problemas e Práticas*, n.º 21, pp. 165-196.
- VALENTIM, Artur (1997), *Representações Sociais da Droga e da Toxicodependência: Um Estudo Empírico na Península de Setúbal junto de Párocos e Médicos*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, dissertação de mestrado.
- VALENTIM, Artur (1998), «Droga, dependência e sociedade: uma incursão (crítica) no campo do pensamento sobre as drogas», in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 51.
- WAGNER, Wolfgang (1994), «Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais», in Sandra Jovchelovitch e Pedrinho Guareschi (orgs.), *Textos em Representações Sociais*, Petrópolis, Vozes.
- WAGNER, Wolfgang, e ELEJABARRIETA, Fran (1994), «Representaciones sociales», in J. Francisco Morales (coord.), *Psicología Social*, Madrid, McGraw-Hill.
- WEISHEIT, Ralph A., e JOHNSON, Kathrine (1992), «Exploring the dimensions of support for decriminalizing drugs», in *The Journal of Drug Issues*, 22 (1), pp. 53-73.
- ZAFIROPOULOS, Markos, e PINELL, Patrice (1982), «Drogues, déclassement et stratégies de disqualification», in *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 42, pp. 61-75.
- ZINBERG, Norman (1984), *Drug, Set and Setting: the Basis for Controlled Intoxicant Use*, New Haven, Yale University Press.