



Criminalização das drogas e controle social: o papel da medicina na formação da moralidade burguesa

Monique Batista do Nascimento¹

Resumo: A formação capitalista tornou possível um uso desmedido de substâncias psicoativas, causando preocupações governamentais devido à desregulamentação das condutas sociais necessárias para o bom funcionamento do novo sistema econômico. A necessidade de regulação de uma moralidade voltada para o trabalho fez da medicina um instrumento de intervenção da realidade social, expandindo seu poder e influência para além do campo da saúde. A partir das contribuições teóricas de Michel Foucault sobre o nascimento da biopolítica, este artigo pretende apresentar o “problema das drogas” como um problema político e moral que tem como plano de fundo um crescente reconhecimento científico e profissional da autoridade médica que se consolidou atendendo aos interesses da sociedade capitalista.

Palavras-Chave: Drogas; Medicina; Capitalismo; Biopolítica; Poder.

Criminalization of drugs and social control: the role of medicine in the formation of bourgeois morality

Abstract: The capitalist formation made possible an excessive use of psychoactive substances, causing governmental concerns due to the deregulation of social conducts necessary for the good functioning of the new economic system. The need to regulate work-oriented morality has made medicine an instrument for the intervention of social reality, expanding its power and influence beyond the field of health. From the theoretical contributions of Michel Foucault on the birth of biopolitics, this paper aims to present the “drug problem” as a political and moral problem that has as its background a growing scientific and professional recognition of medical authority that consolidated itself in the interests of capitalist society.

Keywords: Drugs; Medicine; Capitalism; Biopolitics; Power.

¹ Graduada em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), graduanda em Ciências Sociais pela mesma instituição. Juiz de Fora, MG – Brasil. E-mail: monique.nascimento29@gmail.com / <https://orcid.org/0000-0002-1383-1263>.



1. Introdução

O consumo de substâncias psicoativas é percebido em todas as culturas, diferenciando-se na interpretação e na maneira como tais substâncias são manipuladas e produzidas (ESCOHOTADO, 1998). Podemos dizer que a elaboração de um problema social diz respeito à construção de valores e visões de mundo e, por isso, precisa ser analisado a partir de um contexto histórico-cultural (LENOIR, 1998). Neste sentido, o “problema das drogas”, em nossa sociedade, ganha destaque institucional com forte preocupação em relação aos comportamentos provocados pela alteração do estado de consciência, sendo percebido como uma ameaça à ordem moral, à saúde e à segurança pública, tornando-se um problema sanitário que deve ser controlado. Em virtude disso, modelos burocráticos e legislações específicas são utilizados para garantir o controle da produção e do consumo de determinadas substâncias que, em consonância com o sistema médico, evidenciam as consequências do uso de drogas para a saúde do indivíduo e dos perigos que ele gera para a sociedade.

Isso significa que determinadas práticas e comportamentos sociais são vistos como um risco à saúde de forma que, em nome do bem-estar do indivíduo e da coletividade, o corpo se torna alvo de diferentes métodos disciplinares que compõem um conjunto de práticas voltadas para sua educação, correção, limpeza e higienização (DOUGLAS, 1976). A partir disso, a ciência – principalmente através da medicina – passa a fornecer explicações biológicas não somente para o corpo, mas também para os espaços urbanos que começam a ser controlados pelo viés da medicalização, pensando a população como uma política-sanitária (FOUCAULT, 1984). A construção social do problema das drogas está fortemente associada a um desafio de seu controle no campo da medicalização, fazendo com que o usuário seja visto como um transgressor da norma e classificado como delinquente ou enfermo.

A construção do saber biomédico como uma área científica, instaurada em meados do século XVIII, cria hierarquias políticas e sociais ao estabelecer um modelo oficial de saúde-doença que ignora as experiências sociais dos sujeitos. Isso permitiu a marginalização dos grupos sociais minoritários encarando-os como um problema de saúde pública passível de controle estatal. Sendo assim, no que diz respeito às drogas, percebemos que a construção negativa em torno do uso está atrelada a uma concepção médico-criminal, uma vez que a medicina é incorporada pelos aparatos jurídicos para a formulação de leis proibicionistas.

Além do mais, precisamos ter em mente que a classificação de substâncias psicoativas como legais ou ilegais também é uma atribuição cultural fortemente ligada a uma concepção política (VELHO, 2004). Levando em consideração que a institucionalização da medicina se deu junto ao desenvolvimento capitalista, devemos pensar como ambos eventos possibilitaram a criação de um modelo proibicionista com relação ao consumo de drogas. É de conhecimento público



que certas substâncias foram proibidas em detrimento de outras que foram legalizadas. Neste caso, pensar a formação econômica se faz necessário para compreendermos as contradições em torno dessa questão, uma vez que o consumo de algumas substâncias era, *a priori*, incentivado para fazer rodar a economia ao mesmo tempo que, quando usadas em excesso, poderiam provocar uma desregulamentação das condutas sociais necessárias para o correto funcionamento do capitalismo.

O presente trabalho procura compreender as particularidades do consumo de drogas dentro do fenômeno da sociedade moderna burguesa, buscando analisar a criação de um modelo proibicionista baseado em uma concepção biomédica de regulação dos corpos, do espaço urbano e das moralidades. Para isso, devemos recorrer a uma perspectiva materialista histórica e dialética, já que as discussões sobre o uso de drogas devem ser percebidas a partir da conjuntura sociocultural onde o “problema das drogas” apresenta como pano de fundo especificidades históricas, sociais, culturais, políticas, jurídicas e econômicas. Também precisamos evocar os estudos foucaultianos acerca da biopolítica, da constituição do Estado e do nascimento da medicina social, uma vez que as contribuições de Michel Foucault (1984, 1999) nos ajudam a entender como a medicina se transformou em uma ferramenta estatal para o controle da população. Desta forma, devemos entender por biopolítica um conjunto de diferentes modos de gerenciamento de corpos por meio de práticas disciplinares com o objetivo de criar uma padronização de comportamentos.

Ainda que o consumo de drogas se dê em todas as classes sociais, possuindo especificidades de consumo entre ricos e pobres, excede aos objetivos deste trabalho pontuar as contradições em torno das legitimações de quem pode ou não fazer uso dessas substâncias, locais permissivos e diferenças de abordagem pelo Estado, pois o foco de análise será o papel exercido pela medicina na consolidação de uma moralidade que atende às demandas da sociedade em torno do trabalho, tendo como alvo os grupos minoritários, por estes serem vistos pelas elites como indivíduos perigosos e que atrapalham a harmonia das cidades.

2. A formação capitalista e o uso de drogas

O uso de drogas não é uma exclusividade capitalista, porém, devemos estar cientes de que este fenômeno econômico provocou uma mudança brusca nas formas de utilização e manejo dessas substâncias, uma vez que seu consumo agora apresenta uma forte ligação com a economia. Com as Grandes Navegações no século XVI, o comércio transoceânico permitiu um fluxo de mercadorias para diversas localidades do mundo, possibilitando o uso em escala global e ocasionando uma “revolução psicoativa” (COURTWRIGHT, 2001). As drogas foram um dos bens mais disputados nesse período (CARNEIRO,



2005), apresentando um alto valor de troca e ocasionando, posteriormente, uma série de disputas de mercado – como a Guerra do Ópio, na China, durante o século XIX. Essa comercialização trouxe consigo um significado diferente de consumo daqueles atribuídos aos rituais religiosos ou curativos. As drogas possuíam, outrora, um sentido terapêutico, social e sagrado. Por apresentarem propriedades curativas, eram utilizadas muitas vezes como remédio, como é o caso do ópio, da coca e do heléboro (ESCOHOTADO, 1998). Em muitos rituais sagrados os participantes também faziam – e ainda fazem – uso de substâncias para se comunicarem com as entidades ou realizarem ritos mágicos. As festividades religiosas também tinham como tradição, além da dança e da música, o uso de algum fármaco (ESCOHOTADO, 1998).

Com a circulação de produtos nas expedições marítimas, as drogas receberam um novo uso social agregado a um valor econômico e associado a novas formas de uso para fins recreativos e busca de prazer. Isso fez com que rapidamente se transformassem em mercadoria, tornando-se uma fonte de lucro. A coca, por exemplo, estava ligada às diversas culturas andinas:

[...] fazendo parte da economia do Império Inca, baseada na troca, mas também na farmacopeia, tendo sido utilizada pelos médicos indígenas na cura e prevenção de diversos males e para amenizar dores. [...] após a invasão espanhola, conhecida como 'descoberta' (séculos XV-XVI), a coca passou a fazer parte da economia colonial. [...] Os espanhóis tinham interesse na difusão do hábito de consumir coca, pois era, de um lado, meio de sustentação da população explorada e de outro, produto a ser comercializado em larga escala em todo o país (SOMOZA, 1990, p. 18).

No Brasil os portugueses tiveram fortes interesses econômicos na produção do açúcar, a partir do século XVI, devido a sua crescente valorização na Europa. Como a colônia priorizava o plantio da cana, era necessário realizar importações de alimentos e muitos desses produtos vinham da metrópole, como é o caso da “bagaceira”, uma aguardente feita de uva (DIAS, 2016). Os negros escravizados, no entanto, possuíam técnicas de produção de uma bebida fermentada a partir da cana de açúcar, a cachaça – conhecida na época por “aguardente da terra” –, que rapidamente se popularizou, representando uma ameaça aos interesses econômicos da metrópole, uma vez que diminuiu o consumo da bebida portuguesa. As tentativas de proibição da cachaça pela Coroa Portuguesa não foram bem sucedidas e a atitude tomada foi a sua taxaço. A bebida se transformou em moeda de troca na compra de escravos africanos, o que permitiu que no século XVII, mesmo com a diminuição da produção açucareira, a cachaça tivesse sua produção intensificada devido a sua importância econômica nas trocas comerciais (DIAS, 2016).

Podemos perceber que é nesse momento de transição capitalista que as relações sociais começam a sofrer um processo de “reificação” (MARX, 1982), o que altera também a dinâmica das drogas ao transformá-la em mercadoria. A criação deste mercado mundial fez com que houvesse, conseqüentemente,



um aumento da produção, criando um mercado da força de trabalho capaz de garantir as necessidades mercadológicas, intensificando a divisão social do trabalho. Isso significa que tal processo de acumulação primitiva está associado, também, à separação do trabalhador dos meios de produção, gerando uma nova reconfiguração econômica com uma dinâmica própria que irá afetar toda a reprodução social, estruturando tanto um mercado mundial, como a vida cotidiana, uma vez que:

[...]o modo de produção capitalista lança a humanidade em um período de desenvolvimento das forças produtivas inédito em toda a história. [...] o desenvolvimento das forças produtivas sob o capital significa a intensificação da capacidade dos homens produzirem, também, desumanidades em escala ampliada (LESSA; IVO, 2011, p. 65).

Com relação a isso devemos resgatar algumas indicações de Friedrich Engels (2008) em *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*, onde o autor nos apresenta as condições de vida do proletariado no início do regime capitalista, demonstrando as péssimas condições de moradia, saúde e alimentação, além da exaustiva jornada de trabalho. Naquele contexto, o trabalhador “[...] tem a urgente necessidade de distrair-se; precisa de qualquer coisa que faça seu trabalho valer a pena, que torne suportável a perspectiva do amargo dia seguinte” (ENGELS, 2008, p. 142). Desta forma, o consumo de álcool se torna, principalmente no século XIX, uma forma de suportar a desumanização vivenciada pelo trabalho e pelas condições precárias de vida. Neste sentido, “[...] todas as ilusões e tentações se juntam para induzir os trabalhadores ao alcoolismo. A aguardente é para eles a única fonte de prazer e tudo concorre para que a tenham a mão” (ENGELS, 2008, p. 142).

O alto consumo de bebidas alcoólicas, no entanto, prejudicava o desempenho nas fábricas, fazendo com que os governantes exigissem da medicina uma resposta para esse problema. Os médicos estabeleceram, naquela época, uma relação entre alcoolismo e as classes populares pautada no discurso de que o álcool atrapalhava no processo de disciplinarização dos hábitos sociais voltados para o trabalho, atribuindo um caráter patológico para o consumo. As novas configurações da sociedade permitiram, então, um controle dos corpos para a dinâmica industrial de forma a garantir o aumento da produção, ficando bastante claro que essa medicalização dos costumes atendeu muito bem aos interesses da classe dominante ao preparar os indivíduos para a nova ordem capitalista, ajustando o mundo aos padrões sociais do modo de vida burguês.

3. Medicalização da sociedade

Devemos considerar que as mudanças socio estruturais vivenciadas a partir da transição dos modelos econômicos fizeram com que a medicina



adquirisse um formato de medicina social, sendo pensada como “[...] um poder especializado que deve assumir a responsabilidade dos indivíduos e da população atuando sobre as condições naturais e sociais da cidade” (MACHADO et. al., 1978, p.149). Ainda que a institucionalização da medicina tenha se dado junto ao desenvolvimento capitalista, o corpo como força de trabalho não foi o primeiro a ser controlado pelo poder médico. Para isso, faz-se oportuno observar as três etapas de formação da medicina social – a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho – apresentadas por Foucault em sua obra *Microfísica do Poder* (1984), para compreendermos alguns pontos importantes no debate sobre o controle social exercido pelos médicos e seu papel na patologização, regulação e posterior proibição das drogas.

O Estado, como lugar de formação de conhecimentos, deu-se primeiro na Alemanha, no começo do século XVIII, devido à pequena dimensão dos Estados – ainda não unificados –, o que tornou possível a consciência discursiva do funcionamento estatal da sociedade. Além disso, a estagnação do desenvolvimento econômico da Alemanha um século antes – depois da Guerra dos 30 anos – também propiciou tal cenário, pois a não-progressão econômica da burguesia no século XVII fez com que esta procurasse apoio nos soberanos, formando um corpo de funcionários disponível aos aparelhos de Estado. O médico se torna o primeiro indivíduo a ser normatizado a partir da criação de organizações que irão controlar sua atividade, subjugando-o a um poder administrativo superior (FOUCAULT, 1984). O ponto importante aqui, portanto, é entender que a medicina surgiu estatizada ao máximo e os outros modelos de medicina são atenuações do exemplo alemão.

A segunda etapa de formação da medicina social se baseia na urbanização e se deu no final do século XVIII, tendo a França como representante. Essa nova etapa tem a primeira como condição de existência, complementando e adaptando-a às novas exigências sociais. O problema da unificação do poder urbano se torna uma pauta importante naquele momento, onde a organização da cidade precisa ser regulamentada. Neste caso, precisamos partir da ideia de que a cidade não é somente um lugar de mercado, mas também de produção. Como vimos, com o crescimento das cidades cresce também uma população operária pobre no início do século XIX, o que aumentará as tensões políticas, ocasionando o que Foucault (1984) chama de “medo urbano” – entendido como o medo de oficinas e fábricas, de construções muito elevadas, da população numerosa demais, do amontoamento de pessoas, das epidemias, dos cemitérios, dos esgotos etc. É neste contexto que se cria uma preocupação político-sanitária em torno dos centros urbanos que levou aos regulamentos de urgência para controlar os problemas encontrados. Dentre estes regulamentos está uma política de vigilância e hospitalização que já era muito comum na Idade Média (nos séculos XVI e XVII), onde havia uma medicina de exclusão, cujo princípio era separar os indivíduos doentes, associada a um modelo baseado na inspeção e controle de registros para verificar os mortos



e os vivos. A medicina passa a ter, então:

[...] a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população (FOUCAULT, 1999, p. 291).

Desta forma, a medicina urbana tem essencialmente três objetivos: o primeiro é analisar as regiões de acúmulo e amontoamento que podem provocar doenças - nesse caso, temos o exemplo dos cemitérios que passam a ter caixão individual e sepulturas reservadas para as famílias, mostrando-nos, de forma curiosa, que essa não foi uma ideia vinda das religiões, como muito se pensa, mas sim da medicina; o segundo objetivo é o controle da circulação de elementos como água e ar, gerando, por exemplo, a abertura de longas e largas avenidas para manter o bom estado de saúde da população; o terceiro diz respeito à organização do que Foucault (1984) chama de “distribuições e sequências” com a criação do Primeiro Plano Hidrográfico de Paris, em 1742, cuja preocupação era, basicamente, separar a água limpa da água suja. É possível observar que a medicina urbana não era verdadeiramente pautada no corpo e organismos, mas em coisas como ar, água, decomposição e estrutura física. Primeiro o centro da análise era o meio, depois os efeitos desse meio para o organismo e, por fim, o próprio organismo. Vale lembrar que se trata de uma medicina ainda não muito dotada de instrumentos fortes e específicos de poder, graças ao seu conflito com instâncias de poder maior, como a propriedade privada. Além do mais, devemos ter em mente que “[...] até o fim do século XVIII, a medicina não tinha feito progressos suficientemente revolucionários para mudar o seu estatuto, como ocorreria no século seguinte” (ROHDEN, 2001, p. 35).

Foi somente no século XIX que os médicos começaram a explorar e ordenar as doenças a partir de uma medicina experimental – fundada em dados e não em doutrinas –, o que propiciou uma sofisticação técnico-científica que contribuiu para a ideia de que o saber médico é uma “verdade incontestável”. É neste contexto que surge a medicina da força de trabalho, tendo como exemplo a Inglaterra. Na medicina urbana, a pobreza não era por si só considerada um elemento perigoso para a saúde da população, porque ela existia na cidade como uma condição do espaço urbano. É somente no século XIX que a pobreza passa a ser vista como um perigo. Foucault (1984) cita três razões para isso: a primeira diz respeito às grandes agitações sociais em um momento no qual a população pobre ganha força política capaz de se revoltar; a segunda foi a estatização de serviços prestados como, por exemplo, o estabelecimento de um sistema postal que culminou em exclusão do mercado àqueles que prestavam esse tipo de serviço, tirando sua possibilidade de viver e causando ainda mais revoltas; e a terceira foi a cólera de 1832, que começou em Paris e se alastrou por toda a Europa se concentrando em torno do proletariado.



A partir disso, o tecido urbano foi pensado e dividido entre ricos e pobres, uma vez que o pobre era considerado um problema de saúde pública que precisava de controle médico. Surge, então, uma ideia de assistência médica controlada para satisfazer às necessidades de saúde das classes populares como uma medida de proteção para as classes ricas. Foucault (1984) cita como exemplo a criação dos sistemas de *health service* e de *health officers* que tinham como propósito garantir o controle das classes mais pobres através da obrigatoriedade da vacinação, organização do registro de epidemias, além de identificação e destruição de lugares com focos de insalubridade. Trata-se de “[...] uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (FOUCAULT, 1984, p. 97).

Percebemos que a medicina, ao se aliar aos interesses do Estado, consegue estabelecer seu monopólio, fazendo crescer seu poder e influência. Nesse caso, podemos pensar o poder como um dispositivo capaz de interferir na dinâmica social, nos modos de vida e nas práticas cotidianas. Este poder é exercido através da disciplinarização do corpo e da regulação das populações que atentem aos interesses da acumulação capitalista. Resguardada pela intenção intervencionista do Estado, a medicina instaura uma política sanitária cujo objetivo é resolver os problemas relacionados às questões como alcoolismo, tuberculose, doenças venéreas, prostituição e criminalidade (ROHDEN, 2001). Assim, os médicos se tornam especialistas da sociedade onde “[...] diagnosticam os problemas sociais e propõem as soluções que consideram mais pertinentes” (ROHDEN, 2001, p. 37).

Aqui é importante pontuar que os médicos vão agir não somente a partir de um poder sobre a vida, mas também sobre a morte. As diversas práticas biopolíticas se relacionam em torno da vida somente dos indivíduos considerados úteis para o sistema econômico. Isso significa que aqueles que não se enquadram nos padrões de moralidade burguesa são considerados perigosos para o bom funcionamento da sociedade, transformando-se em uma “vida nua” (AGAMBEN, 2007), ou seja, uma vida sem valor e desprotegida, levando-nos a crer que o poder de morte do Estado não está necessariamente em matar, mas em fazer viver certas populações e deixar outras expostas à morte. Sobre isso, torna-se relevante destacar que, segundo Agamben (2007), com a Modernidade o soberano deixa de ser o detentor do monopólio do poder sobre a vida nua, sendo este poder deslocado para os juristas, médicos e cientistas. Assim, podemos concluir que a integração da medicina com a política é uma característica importante para a biopolítica moderna, além de ser um forte indício do crescimento e alcance do poder médico (ROHDEN, 2001), como veremos a seguir.

4. Demarcando moralidades: o proibicionismo como política pública



O século XIX foi um marco no que diz respeito à renovação científica experimental com o desenvolvimento não só da medicina, mas também da química. A indústria farmacêutica começou a se interessar fortemente pela extração de substâncias psicoativas das plantas que eram utilizadas pela farmacopeia na época, potencializando seus fins terapêuticos. Vale destacar que os psicotrópicos já eram empregados pelos médicos no trato de doenças, porém em sua forma natural (LIMA, 2009). Segundo Escohotado (1998), o farmacêutico Friedrich Serturmer realizou, em 1804, a extração do alcaloide morfina a partir do ópio, substância esta que foi muito utilizada como analgésico. Em 1859, o químico Albert Nieman sintetizou a cocaína das folhas de coca, fazendo com que suas propriedades anestésicas fossem largamente utilizadas na produção de medicamentos, fato que acarretou sua rápida disseminação no meio médico. Seguindo o mesmo fluxo, houve a transformação do ópio em diacetilmorfina, em 1874, pelo químico Charles Romley Alder Wright – e registrado como heroína pela indústria farmacêutica Bayer, em 1898 –, muito usada em remédios no combate a irritações do estômago, constipação e crises respiratórias.

Essa aproximação entre a medicina e a química contribuiu para um aumento no desenvolvimento de medicamentos que passaram a ser amplamente consumidos por todo o mundo, permitindo a intensificação das disputas econômicas e políticas para o comércio de tais substâncias, especialmente por parte da indústria farmacêutica europeia. A disseminação e consumo dessas substâncias – assim como ocorria com suas formas naturais – não se limitavam, no entanto, aos usos prescritos pelos médicos. Esses novos fármacos acompanharam a mudança na mentalidade de utilização enquanto mercadoria e de forma recreativa. Sua popularização desencadeou uma série de impactos sociais, sobretudo no que diz respeito às complicações crônicas à saúde e desregulamento das condutas morais necessárias ao modelo capitalista. Vale lembrar que foi também durante o século XIX que se fixou a figura do doente na forma moderna, onde ele é visto tanto como um ser individual quanto coletivo, integrado no conjunto social (ROHDEN, 2001). Isso permitiu que a intensificação do uso de drogas fosse vista como um problema de saúde pública, contribuindo ainda mais para efetivar a superioridade da medicina e para submeter o espaço urbano às novas práticas higienistas.

É neste contexto que o número de prisões e manicômios aumenta na Europa e, posteriormente, em outras partes do mundo. Fica claro que se trata de espaços destinados aos indivíduos indesejáveis (AGAMBEN, 2007), para a realização de uma “limpeza” da cidade com “[...] grande encarceramento dos vagabundos e dos miseráveis” (FOUCAULT, 2005, p. 122), uma vez que a pobreza era agora considerada como um problema sanitário. Sobre isso, torna-se relevante destacar que Mary Douglas, em *Pureza e Perigo* (1976), analisa a relação entre as regras sociais e a higiene para pensar como se dá a



pureza do corpo e a integridade do grupo, sendo que a sujeira representa não só o perigo de contaminação, mas é também algo fora do lugar, ou seja, algo que provoca desordem e caos. Isso quer dizer que a ideia de sujeira tem uma conotação social que nos apresenta uma separação simbólica daquilo que é moralmente condenável e perigoso. A desordem social causada pelo “corpo sujo” é, nesta perspectiva, o ato de infringir as regras do grupo, perpassando pelas discussões entre poder e organização política, já que a pureza mexe com toda a estrutura social e com o fazer político. Os manicômios, regidos por leis próprias, tinham essa função higienista de conter comportamentos inaceitáveis, o que causavam uma “mortificação do sujeito” (GOFFMAN, 1974) através de seus métodos de tratamento baseados na lógica da humilhação com violência física e psicológica, possuindo um caráter mais punitivo do que terapêutico.

No caso aqui analisado, os corpos indesejáveis são, principalmente, a classe pobre e os usuários de drogas. O crescimento dos centros urbanos, com o processo de industrialização, acarretou em uma desorganização das cidades, formando um ambiente propício à criminalidade, ao consumo de psicotrópicos, à prostituição e outras práticas consideradas nocivas. É sob este prisma que se encontrava, em meados dos anos 1920, a cidade de Chicago, nos Estados Unidos (ALVAREZ; FRAGA; CAMPOS, 2017), onde o problema social das drogas passou a ganhar importância institucional, com foco na sua criminalização baseada em:

[...] preceitos cristãos, no puritanismo norte-americano, na preocupação da elite com os ‘comportamentos’ e os ‘excessos’ provocados pela alteração do estado de consciência do indivíduo de determinadas classes e de certos grupos sociais (MEDEIROS, 2014, p. 106).

Segundo Howard Becker (1977), é importante ressaltar que há três fatores fundamentais para a compreensão do porquê os Estados Unidos assumiram tão fortemente uma posição favorável com relação à regulamentação das drogas. Tais fatores são: a ética protestante; o utilitarismo; e um senso humanitarista. De acordo com o primeiro fator, o uso de substâncias que causavam alteração no estado de consciência ia contra a lógica da ética protestante, uma vez que gerava uma perda de controle do indivíduo que não conseguiria agir de acordo com os princípios da Igreja – que não separava o sagrado daquilo que era secular, como faziam os católicos –, deixando, por exemplo, de realizar o trabalho como uma vocação divina, já que é o trabalho que dignifica o homem (WEBER, 2004). Associado a essa ideia, o segundo fator demonstra que a obtenção do prazer não tem uma utilidade prática na ética protestante e a busca pelo bem-estar deve vir como resultado das ações oriundas do trabalho, sendo o prazer através das drogas algo completamente negativo. Por fim, a política estadunidense tinha como objetivo “salvar” os países latino-americanos dos efeitos nefastos das drogas trazidas pelo colonialismo europeu (SZASZ, 1979),



como uma desculpa para interferir na supremacia econômica da Europa no que tange a comercialização de medicamentos e outras drogas. Estes três pontos nos mostram que as motivações que sustentam a defesa da proibição das drogas têm como base fatores políticos e morais (ESCOHOTADO, 1998).

A partir de tais preocupações se iniciaram, no século XX, uma série de conferências internacionais com o objetivo de debater questões relacionadas ao consumo, comércio e regulação das drogas. O exemplo mais notável foi a Convenção Única sobre Entorpecentes, patrocinada e sediada nos Estados Unidos em 1961, que definiu o modelo de regulamentação atual listando as drogas com alto potencial de abuso. Dentre estas houve uma separação entre as drogas de nenhum ou pouco uso medicinal e aquelas amplamente utilizadas pela medicina (FIORE, 2012). A premissa adotada – burocraticamente – era de que o consumo de substâncias psicoativas se enquadrava em uma prática prejudicial à saúde, o que justificaria sua proibição pelo Estado, impedindo a produção e o comércio² – a partir deste momento, produtores e vendedores passaram a ser classificados como traficantes (KARAM, 2004).

A criminalização das drogas trouxe consigo, no entanto, a ideia de que o usuário, embora inicialmente considerado um doente que precisa de intervenção médica, é associado ao tráfico de entorpecentes, fato que justificaria sua internação compulsória. Assim, as práticas proibicionistas têm como característica uma forte condenação moral dos usuários de drogas por estes não obedecerem às regras, fazendo com que agora estejam passíveis a sofrer, também, uma acusação jurídica. Esse processo de estigmatização se traduz como uma marca que sinaliza um desvio moral ou uma diferença de identidade social (GOFFMAN, 1978). Essa diferença se enquadra na categoria de “nocivo”, como algo fora do padrão, deixando o indivíduo às margens da sociedade. Segundo Zorrilla (1983), existem três tipos de discursos que reforçam os estereótipos em torno da figura do usuário de drogas: o discurso político-jurídico; o discurso dos meios de comunicação; e o discurso médico.

Muito difundido nos Estados Unidos, principalmente durante os anos de 1980, o discurso político-jurídico mobilizado contra os usuários de drogas estava ligado aos preceitos de Segurança Pública, operando na identificação dos inimigos para combatê-los (ROSA, 2010). Neste caso, a xenofobia foi um fator importante para compreendermos como as drogas foram relacionadas a grupos étnicos específicos e intitulados, mais tarde, como “inimigos da nação”. O ópio foi associado aos chineses, a cocaína aos negros, a maconha aos mexicanos e o álcool aos imigrantes (ESCOHOTADO, 1998). Aqui fica claro que as ideias proibicionistas estavam muito mais conectadas aos conflitos gerados pelas tensões étnicas e raciais do que com uma efetiva preocupação com a saúde da população.

² As drogas de uso medicinal sofreram um processo de regulamentação e continuaram a ser produzidas e comercializadas somente sob forma de medicamentos não havendo, no entanto, uma regulamentação do consumo (FIORE, 2012).



É importante considerar que a opinião pública é um elemento primordial na formação de crenças e atitudes na Modernidade (RAMOS, 2003). Assim, a imprensa possui fundamental importância na divulgação de ideias, dado que o seu poder de alcance em escala ampliada consegue potencializar sua influência sobre a opinião pública (THOMPSON, 1995). Os discursos dos meios de comunicação tendem a qualificar os usuários como viciados e “vagabundos” absorvendo, também, o discurso jurídico que os vê como criminosos. A figura do “drogado” também foi muito associada aos jovens devido, essencialmente, aos movimentos de protesto da juventude diante das consequências sociais do capitalismo (ROSA, 2010). Notamos, mais uma vez, que indivíduos indesejáveis começam a sofrer uma série de rotulações que serão utilizadas como justificativa das ações do Estado em sua tentativa de controle e coerção desses indivíduos, além de criar uma imagem de degenerados com a intenção de minar possíveis poderes (ou micropoderes) políticos que venham a intervir nos interesses governamentais.

O discurso médico, discutido ao longo deste trabalho, centra o debate na ideia de saúde pública encarando o usuário, inicialmente, como doente que necessita de uma intervenção sanitária. A partir de sua vinculação em torno dos interesses do Estado, a medicina conquista sua autonomia e legitimidade com a ampliação de seu poder na sociedade. Sobre isso, podemos dizer que “[...] os indícios mais expressivos do crescimento e alcance do poder e do prestígio médicos aparecem na larga utilização que fazem da imprensa, bem como na sua habilidade de associação e participação política” (ROHDEN, 2001). Assim, o saber médico ganha destaque frente a outros setores sociais com a incorporação de seu discurso para sustentar posições políticas.

5. Considerações finais

A comercialização das drogas, a partir das Grandes Navegações, gerou uma transformação dos significados associados a tais substâncias e suas formas de uso. A partir de sua relação com a economia, os psicotrópicos se tornaram uma mercadoria, gerando a criação de um mercado consumidor e ocasionando uma “revolução psicoativa” (COURTWRIGHT, 2001) com a expansão do uso por todo planeta. As mudanças na dinâmica da sociedade, ocasionadas pelo crescente modelo capitalista, intensificaram as desigualdades sociais causando uma desordenação do espaço urbano sob a ótica elitista, momento este em que o uso de drogas passa a ser relacionado às classes populares e encarado como um problema social. A medicina é, então, acionada pelos governantes para buscar soluções capazes de minimizar os problemas encontrados, processo que dota os médicos de poder de influência nos modos de vida e nas práticas cotidianas. Poder este que foi exercido tendo como objetivo a disciplinarização do corpo para atender as novas dinâmicas de trabalho.

A medicina, que surgiu estatizada, ganha autonomia frente às demandas



sociais da burguesia para conter as classes baixas e sujeitá-las ao novo regime econômico. Os mecanismos e técnicas de poder sofreram transformações ao longo do tempo, mas foi a “disciplina do trabalho” (FOUCAULT, 1999) que propiciou um cenário de intervenção que uniu medicina e política, ampliando a legitimidade de ação da primeira. A medicalização da vida se constitui em exemplo de como o poder médico, associado às lógicas de mercado, foi capaz de produzir uma moralidade voltada ao trabalho com impacto sobre vários segmentos da sociedade, especialmente os grupos minoritários. Podemos dizer que a produção de conhecimento biomédico possui uma capacidade de atuar tanto em corpos individuais quanto coletivos, transformando tal conhecimento em um instrumento de intervenção da realidade.

O proibicionismo mudou tanto a forma como são percebidos e classificados os psicotrópicos – ao categorizar as drogas como lícitas e ilícitas, atribuindo ao primeiro conceito um *status* positivo (quando não consumida de forma abusiva) em detrimento do segundo – quanto a própria produção de conhecimento médico, que passou a trabalhar para defender a posição de “luta contra as drogas”. Isso permitiu um alcance ainda maior do poder da medicina no momento em que seus interesses de controle político se estenderam para mais uma área da sociedade, o controle dos fármacos. Percebemos que o “problema das drogas” é, na verdade, um problema político e moral que tem como pano de fundo o crescente reconhecimento científico e profissional da autoridade médica que se consolidou atendendo aos interesses da sociedade capitalista.

6. Referências bibliográficas

AGAMBEN, Giorgio. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

ALVAREZ, Marcos César; FRAGA, Paulo César Pontes; CAMPOS, Marcelo da Silveira. Apresentação: perspectivas atuais sobre políticas, produção, comércio e uso de drogas. **Tempo soc.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 1-14, 2017.

BECKER, Howard. **Uma Teoria da Ação Coletiva**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

CARNEIRO, Henrique. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: CARNEIRO, Henrique; VENÂNCIO, Renato Pinto (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, p. 11-27, 2005.

COURTWRIGHT, David. **Forces of Habit: Drugs and the Making of the Moderns World**. Massachusetts/London: Harvard/Cambridge, 2001.



DIAS, Nathália Caroline. **Uma dose de “Paraty”**: estudo de caso sobre a reinvenção dos significados da cachaça. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) –Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1976.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2008.

ESCOHOTADO, Antonio. **Historia de las drogas**. Barcelona: Alianza, 1998.

FIORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos**, São Paulo, v. 31, n. 1, ed. 92, p. 9-21, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 4^a ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975- 1976). M. E. Galvão (Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: Nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2005.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

KARAM, Maria Lucia. Pela abolição do sistema penal. In: PASSETTI, Edson (coord). **Curso livre de abolicionismo penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

LENOIR, Remi. Objeto sociológico e problema social. In: CHAMPAGNE, P. et al. **Iniciação à prática sociológica**. Petrópolis: Vozes, p. 59-106, 1998.

LESSA, Sérgio; TONET, Ivo. **Introdução à filosofia de Marx**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. **Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional**: relação Brasil-Estados Unidos e os organismos internacionais. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.



MACHADO, R. et. al. **Danação da norma:** medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARX, Karl. **O capital.** 7. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1982.

MEDEIROS, Regina. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 105-117, 2014.

RAMOS, Arthur. **Introdução à psicologia social.** São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença:** sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

SOMOZA, Alfredo. **Coca, cocaína e narcotráfico.** São Paulo: Ícone, 1990.

SZASZ, Thomas. **O mito da doença mental.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

THOMPSON, John B. **Ideologia e cultura moderna.** Teoria social crítica dos meios de comunicação de massa. Petrópolis: Vozes; 1995.

VELHO, Gilberto. **Individualismo e cultura:** notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo.** São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

ZORRILLA, Carlos González. Drogas y cuestión criminal. In: BERGALLI, Roberto (org). **El pensamiento criminológico II.** Bogotá: Temis, 1983.

Como citar este artigo:

NASCIMENTO, Monique Batista do. Criminalização das drogas e controle social: o papel da medicina na formação da moralidade burguesa. **Áskesis**, v.8, n.2, São Carlos - SP, p. 111 - 125, jul./dez. 2019.

ISSN: 2238-3069

DOI: <https://doi.org/10.46269/8219.439>

Data de submissão do artigo: 28/04/2020

Data da decisão editorial: 13/07/2020