

Carlos Eduardo Martins Torcato

**UMA HISTÓRIA DAS
DROGAS NO BRASIL
DA COLÔNIA À
REPÚBLICA**





Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Reitora

Cicília Raquel Maia Leite

Vice-Reitor

Francisco Dantas de Medeiros Neto

Diretora de Sistema Integrado de Bibliotecas

Jocelânia Marinho Maia de Oliveira

Chefe da Editora Universitária – EDUERN

Francisco Fabiano de Freitas Mendes



Conselho Editorial das Edições UERN

José Elesbão de Almeida

Isabela Pinheiro Cavalcanti Lima

Kalídia Felipe de Lima Costa

Regina Célia Pereira Marques

Maria José Costa Fernandes

José Cezinaldo Rocha Bessa

Capa e Diagramação

Maria Helena de Medeiros

Catálogo da Publicação na Fonte.

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

Torcato, Carlos Eduardo Martins

Uma história das drogas no Brasil: da Colônia à República [recurso eletrônico] / Carlos Eduardo Martins Torcato. – Mossoró, RN: EDUERN, 2022.

303p. : Ebook.

ISBN: 978-85-7621-316-1

1. História do Brasil. 2. História das Ciências. 3. História do Crime - Polícia - Práticas de Justiça. 4. História da medicina. I. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. II. . Título.

UERN/BC

CDD 981

Bibliotecária: Jocelania Marinho Maia de Oliveira CRB 15 / 319

Editora filiada à:



SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	4
PREFÁCIO (profº Henrique Soares Carneiro)	5
INTRODUÇÃO	11
A ANTIGUIDADE E O ASCETISMO CRISTÃO	23
OS PORTUGUESES E A REVOLUÇÃO PSICOATIVA	50
O FIM DO EXCLUSIVISMO COLONIAL E O LIBERALISMO BRASILEIRO (1808-1904)	83
O PROIBICIONISMO FEDERALISTA (1904-1932)	129
O PROIBICIONISMO CENTRALISTA (1932-1964)	185
O PROIBICIONISMO PUNITIVISTA (1964-2006)	231
CONCLUSÃO: AS DROGAS NO BRASIL CONTEMPORÂNEO	278
REFERÊNCIAS	285
FONTES PRIMÁRIAS	285
BIBLIOGRAFIA	290

AGRADECIMENTOS

A presente obra contou com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP) através da bolsa que obtive na época do doutorado. A edição do livro contou com recursos do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais e Humanas (PPGCISH/UERN). É preciso deixar registrado o apoio institucional à pesquisa, pois sem ele não existiria resultado para ser apresentado.

Incalculável é o apoio recebido pelos familiares, amigos e colegas que gostam e pesquisam o tema das drogas. Ao longo do processo de escrita, muitos autores/as citados/as no livro se tornaram pessoas de carne e osso, conhecidos/as e amigos/as que a ciência criou. Obrigado!

PREFÁCIO

Henrique Soares Carneiro¹

Ao longo do século XIX o Brasil viveu, assim como outros países, um duplo fenômeno ligado às drogas: o aumento de seu consumo em formas puras de moléculas isoladas em laboratório das matérias-primas vegetais e o advento de mecanismos de controle dos seus usos e da sua circulação que redundaram num modelo de interdição de usos não-médicos, o proibicionismo.

Estas restrições, que se tornaram depois sistemas de tratados e acordos internacionais que proscreviam certas substâncias, foi um elemento central na história política do século XX, na constituição dos estados e de seus arcabouços jurídicos e policiais para enquadrar a ingestão de fármacos na lógica segregadora de uma biopolítica proibicionista de certas drogas e incitadora de outras, ao mesmo tempo. O mercado legal de drogas e o tráfico de substâncias ilícitas convivem como duas facetas de um mesmo apetite, mas cujo circuito de circulação e consumo é socialmente diferenciado.

Os saberes tradicionais das artes de curar compreendiam práticas populares entranhadas com as concepções oficiais de uma medicina em processo de

¹ Profº do Departamento de História da Universidade de São Paulo (USP).

institucionalização e de aumento de seu poder. Esta medicina alcançava sua ascendência não só teórica ou clínica, como também no campo das políticas públicas. Foi neste âmbito do cruzamento entre a medicina e o direito que se construiu um arcabouço jurídico e médico-legal em torno das formas de acesso aos antálgicos, ou seja, os remédios para a dor.

Até hoje, a historiografia brasileira conheceu apenas estudos específicos de cada uma destas duas facetas da história das drogas. Há estudos históricos sobre a farmácia e as artes de curar, ou seja, como uma história dos remédios, e também se conhecem algumas pesquisas importantes sobre o proibicionismo brasileiro, ou como algumas substâncias foram tornadas ilícitas. Este livro, entretanto, envereda pela história das drogas no Brasil de uma forma mais ampla, buscando entender como se instituiu, nos séculos XIX e XX, um modelo de proibição que nasceu nas tentativas da medicina de regular a prática curandeira e monopolizar as artes da cura, estendeu-se ao controle dos novos antálgicos extraídos do ópio, como a morfina e a heroína e ao anestésico tópico, mas excitante sistêmico, a cocaína, além de refinar o preconceito racial contra a maconha de forma a inscrevê-la como um dos emblemas de demonização de uma droga, perseguida como risco sanitário, moral e eugênico.

Este livro resulta da tese de doutorado de Carlos Eduardo Martins Torcato, “A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República”, defendida em 2016, no Departamento de História da Universidade de São Paulo, e traz uma análise da evolução do marco legal do proibicionismo contemporâneo no Brasil, sob um amplo pano de fundo da história política, das relações internacionais e das políticas públicas sanitárias e médicas, assim como do clima cultural. Fui o orientador desta pesquisa e, desde o início, encontrei nele um pesquisador já amadurecido, cujo mestrado na URGs havia focado a questão da criminalização do jogo do bicho no início da República. Seu uso das fontes legislativas, das teses, artigos médicos e prontuários médicos, de jornais e de documentos policiais e judiciais, como processos-crime e infrações sanitárias, além de uma vasta bibliografia, torna esse livro um estudo abrangente de um fenômeno complexo com uma cuidadosa investigação histórica.

Rejeitando a ideia linear e cumulativa de uma sanha proibicionista e punitivista ascendente, esta análise mostra claramente que “a suposição de continuidade e escalada punitiva é inadequada”, uma vez que o proibicionismo teve expressões diferentes ao longo do período contemporâneo no Brasil e propõe uma periodização em cinco fases.

Carlos Torcato propõe uma original análise das diferentes fases do desenvolvimento de uma política

de drogas no Brasil: pode-se distinguir um período de liberalismo (1824-1904), uma proibição federal (1904-1932), uma proibição centralista (1932-1964), uma proibição punitiva (1964-1999), e a crise do modelo proibicionista desde 2006 até hoje.

Na primeira fase, do liberalismo brasileiro, o regime imperial mantinha regulamentações corporativas em relação ao tráfico de drogas, restringindo os usos tradicionais dos curandeiros, regularizando a prática anestésica e da analgesia com opiáceos e atribuindo a manutenção da legislação local aos juízes de paz, com o intuito de reprimir abuso de álcool, uso de maconha e embriaguez pública. Naquela época, não havia nenhuma proibição federal específica de certas plantas ou drogas.

A mudança para a República inaugurou uma nova fase, com cada estado na Federação assumindo agora as medidas de política de saúde relacionadas ao tráfico de drogas. Essas políticas então adotaram as determinações do sistema internacional, que havia estabelecido um dispositivo proibicionista desde a Convenção do Ópio, em Haia, em 1912, incorporada mais tarde no Tratado de Versalhes e reafirmada pelas Convenções de Genebra. Durante o período entre guerras, ocorreu em Genebra uma reunião, em 1925, que regulou os mecanismos sobre controle de drogas sob os auspícios da Liga das Nações e com apoio dos Estados Unidos, assim como do Brasil.

Nessa convenção se incluiu também a *Cannabis*.

No início do período de Getúlio Vargas, desde 1930, começou a se estabelecer uma centralização geral do estado, incluindo políticas de drogas, que se intensificou especialmente após a criação, em 1936, da Comissão Nacional para a Tributação de Narcóticos (CNFE).

O período mais repressivo, foi quando a ditadura militar instituída pelo golpe de estado de 1964 assinou a Convenção Única sobre Substâncias Narcóticas e criminalizou consumidores e traficantes de uma maneira diferente. Em 1968, a pena para esses dois tipos de crimes foi de prisão por três anos e, em 1976, essa sentença foi aumentada para quinze anos.

A partir de 2006, com a aprovação da lei 11.343, hoje em vigor no Brasil, o panorama internacional já contemplava um intenso debate crítico sobre o paradigma proibicionista, questionado por legalizações do uso terapêutico da maconha em diversos estados dos EUA. A relativa despenalização do consumo, no entanto, não impediu, mas agravou a perseguição e encarceramento em massa de pequenos vendedores ou usuários por um viés de seleção de classe, raça, gênero e idade cada vez maior. As prisões superlotaram-se ainda mais, as facções criminosas aumentaram seu poder e se monopolizou ainda mais o seu controle do tráfico, especialmente a partir do PCC de São Paulo. A violência causada pela guerra às drogas atingiu

limites de saturação no Brasil, ao mesmo tempo em que as rendas desse negócio avultam-se e seus beneficiários se ocultam usando helicópteros, bancos e empresas.

As raízes da situação atual são ramificadas e para conhecê-las é indispensável mergulhar na gênese da política de drogas proibicionista no Brasil, especialmente naquilo que ela tem de peculiar e de autóctone, embora se inscrevendo no quadro geopolítico do sistema ocidental governado ao longo do século XX pela hegemonia estadunidense que promoveu o quadro global do sistema proibicionista. Essas peculiaridades das políticas brasileiras de drogas nunca haviam sido tão bem analisadas na perspectiva de sua análise e periodização como neste livro de Carlos Torcato, que se inscreve como uma referência incontornável na pesquisa histórica sobre as drogas no Brasil.

INTRODUÇÃO

O tema das drogas é central na nossa sociedade atual, pois ele está diretamente associado ao fenômeno da criminalidade que assola o país. É muito provável, portanto, que este livro desperte o mais vivo interesse, não apenas entre os especialistas e os diretamente interessados ao tema, mas no público geral. Um historiador muito famoso, chamado Marc Bloch, dizia que uma das legitimidades da História é o entretenimento que ela produz, pois ela excita a imaginação das pessoas devido ao distanciamento proporcionado pelo tempo e pelo espaço. Ela seria um meio de satisfazer nossa sede por inteligência. O mesmo autor admite, porém, que podemos exigir bem mais da História do que uma bela e instigante estória. Apesar das dificuldades inerentes a qualquer pesquisa nas Ciências Humanas, é possível, através dela, construir conhecimento verdadeiramente digno. Ou seja, estabelecer ligações explicativas entre diferentes fenômenos sociais ao longo do tempo, criando classificações racionais capazes de gerar uma narrativa inteligível sobre esses mesmos fenômenos². A História a que se propõe esse livro pretende ser, ao mesmo tempo, um relato agradável para o grande público e fundamentado nas mais exigentes normas científicas.

² BLOCH, Marc. **Apologia da História ou o ofício do historiador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

Esse livro é resultado da minha pesquisa de doutorado, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em História Social da Universidade de São Paulo (USP) entre os anos de 2012 e 2016. Nessa trajetória busquei compreender como os controles e as censuras se modificaram ao longo do tempo, tarefa que criou uma série de problemas porque muitas interdições atuais possuem raízes longínquas que ultrapassam a própria história do Brasil como nação. O resultado final acabou tomando uma dimensão bem maior do que aquela planejada inicialmente, limitado ao período da Primeira República. Entender esse pequeno período da nossa história requeria, em suma, diferenciá-lo do que aconteceu antes e daquilo em que as restrições acabaram se transformando depois. Assim, esse livro apresentará uma narrativa global expondo em grandes linhas o desenvolvimento das pautas culturais de consumo e das políticas sobre drogas ao longo da história. Algumas hipóteses serão expostas ao longo do texto e, certamente, serão alvo de problematizações no futuro. É objetivo principal desse livro que ele suscite debate, novas perguntas e novas pesquisas para resolvê-las. Ele é apenas um pontapé inicial de um campo de estudos sobre a história das drogas e da alimentação que está apenas dando seus primeiros passos aqui no Brasil.

A História é contada na forma de uma narrativa, exatamente como fazem os romances e contos. A diferença está no embasamento, na pesquisa. A narrativa histórica

está baseada em fontes, em evidências, ou seja, na confirmação dos fatos. Hoje em dia a pesquisa encontra uma série de facilidades com as plataformas digitais e a possibilidade de procurar palavras ou conceitos com as funções de “busca”. A Hemeroteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional e os documentos disponibilizados pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Higiene Mental e Eugenia (GEPHE) da Universidade Estadual de Maringá são exemplos de instituições que proporcionam esse tipo de facilidade, permitindo a busca de fontes do computador de casa. É possível encontrar algumas obras raras até mesmo na Estante Virtual, as quais são entregues em casa. No entanto, é preciso destacar que essa situação foi minoritária. A pesquisa que resultou neste livro foi realizada presencialmente em diferentes instituições, em vários estados: Academia de Polícia do Rio Grande do Sul; Academia de Polícia de São Paulo; Arquivo Nacional; Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul; Arquivo Público do Estado de São Paulo; Biblioteca Central da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); Biblioteca Central da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); Centro de Memória da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul; Centro de Memória da Saúde Pública da USP; Cinemateca

Brasileira; Biblioteca da Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação da UFRGS; Fundação Biblioteca Nacional; Biblioteca da Faculdade de Direito da UFRGS; Biblioteca da Faculdade de Direito da USP; Biblioteca da Faculdade de Educação Física da UFRGS; Biblioteca da Faculdade de Farmácia da UFRGS; Biblioteca da Faculdade de Medicina da USP; Biblioteca da Faculdade de Medicina da UFRGS; Biblioteca da Faculdade de Psicologia da UFRGS; Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP; Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS; Biblioteca do Instituto de Neurologia Deolindo Couto, da UFRJ; Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

É importante destacar esse aspecto porque, diferentemente da Tese, procurei, ao longo da narrativa do livro, poupar os leitores e as leitoras das incessantes referências aos livros e às fontes; principalmente quando elas são colocadas de forma indireta. Talvez isso deixe incomodado o leitor mais familiarizado com as regras de cientificidade da História; gostaria, porém, de lembrar que esse livro é direcionado para um público mais amplo. Conforme coloquei acima, o campo da história das drogas e da alimentação ainda é incipiente no Brasil. Isso significa que grande parte da bibliografia que sustenta esse livro foi escrita originalmente em espanhol, inglês e, em menor medida, francês. Para facilitar a leitura, sempre que faço uma citação direta desses materiais proponho

uma tradução para o português. Todas essas medidas são tomadas para tornar a leitura mais agradável possível.

Essas são algumas observações iniciais que considero importante para que o leitor ou a leitora entenda o contexto de formação do livro e para quem ele é destinado. Outro ponto que também precisa ser abordado previamente diz respeito ao título do livro: “Uma história não usual das drogas no Brasil”. Antes mesmo de abrir o livro fica pairando no ar certa curiosidade sobre o que teria de não usual nessa história que será contada. Ou, dizendo de outra forma: o que a história que será contada tem de diferente das demais?

A polêmica que envolve o debate contemporâneo envolve muitos preconceitos, pressupostos morais e ausência de informações críveis. Não raro, o simples fato de colocar questões sobre essa temática é suficiente para que toda a pesquisa seja tratada como transgressora e ilegítima do ponto de vista científico. Para muitos, a questão das drogas deve ser pensada unicamente do ponto de vista da medicina, como remédio ou patologia, e do ponto de vista da polícia, como crime. De fato, ao longo do último século, o aparato médico-jurídico foi fundamental para a consolidação de políticas restritivas do uso tendo por base o critério da autoridade científica (médica) e política (policial). Qualquer tentativa de questionar tal critério logo é menosprezada como menor. Seja no interior do campo

científico, pelo critério biomédico institucionalizado nos Comitês de Ética em Pesquisa, ou no campo político, pela histeria anticomunista e conservadora que tomou conta do país nos últimos anos. Nesse caldo de intolerância e de insensatez, ganham força política e econômica as soluções religiosas como suporte aos necessitados e o reforço ao encarceramento, com todos os males que isso acarreta para a segurança pública.

Esse livro foi escrito em um momento em que vivemos entre ‘a cruz e a espada’, entre o renascer do conservadorismo moral, que considera ilegítimo até o debate sobre o assunto, e os militantes antiproibicionistas e liberais que parecem somente falar para si mesmos na sua luta contra o monstro chamado “proibicionismo”. Outro objetivo do livro, além de suscitar o debate e instigar a elaboração de novas pesquisas, é trazer para o público em geral uma visão abrangente do problema social que se criou em torno das drogas. O texto que segue tem a pretensão de recolocar o debate atual, marcado pela dualidade dos que são obstinadamente contra qualquer mudança e os que são críticos absolutos do modelo atual, em novas bases. É esse o sentido da locução adjetiva “não usual” que aparece no título do livro. Se conseguirei alcançar esses objetivos, serão vocês leitores e leitoras que dirão.

Antes de começarmos nossa viagem através dos tempos, creio que ainda é necessário um último

esclarecimento. Se o livro trata de uma história das drogas, creio que é necessário fazer uma breve reflexão sobre o que são, afinal de contas, as drogas. No senso comum essa expressão está carregada de sentido negativo por estar associada à adicção e ao vício. Essa, porém, é uma perspectiva deturpada porque as drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, não necessariamente levam a usos problemáticos. Não é preciso ser um grande conhecedor de farmacologia para perceber que o uso crônico e abusivo de álcool traz mais problemas fisiológicos e sociais que algumas das drogas consideradas ilícitas. E nem por isso ele deixa de ser vendido ou até estimulado – como é o caso das propagandas de cerveja que associam o seu consumo à juventude e ao sucesso sexual, contribuindo ainda para a reificação da mulher. Existem vários estimulantes baseados na cafeína ou na taurina, vendidos no supermercado, que comumente são combinados com destilados alcoólicos – lembrando dos antigos tônicos alcoólicos que foram proibidos. As bebidas açucaradas, conhecidas como refrigerantes, são amplamente promovidas comercialmente, mesmo que tal consumo seja prejudicial à saúde da população. O cigarro pode ser considerado a droga mais letal e viciante de todas, porém é permitido. Até as bebidas estimulantes de origem vegetal, como o café, o chá e o mate, podem provocar dependência e crises de abstinência. Percebe-se, portanto, que muitos produtos que compramos nos supermercados como alimento

inócuo também são drogas. Pela perspectiva etimológica sabemos que essa expressão derivou do holandês *droog*, significando produtos secos destinados à alimentação e à medicina – os mercados antigos eram conhecidos como Secos e Molhados em alusão a essa expressão.

Se a fronteira entre droga e alimento pode ser considerada difusa e problemática, o mesmo ocorre se focarmos a diferença entre as drogas e os remédios. Não é gratuito o fato de que muitas farmácias ainda são conhecidas e denominadas como drogarias. O termo farmácia é derivado de “fármaco”, que, pela perspectiva etimológica, remonta à expressão grega *phármakon*. No contexto da antiguidade esse termo poderia designar tanto remédio, quanto veneno. Naquela época, a expressão tinha uma característica neutra, pois não se pensava o fármaco como algo intrinsecamente ruim; o que determinava a cura ou a morte eram as condições de uso e não a substância em si. A palavra “fármaco” acabou se desassociando dessa perspectiva e se tornou sinônimo de medicina e de cura. Ligada ao saber médico, ela se tornou plenamente legítima e diferente daquelas substâncias vendidas no mercado ilícito. É preciso destacar, entretanto, que tais distinções acabam bastante difusas se considerarmos que, até hoje, os opiáceos e seus sucedâneos sintéticos são alguns dos principais analgésicos disponíveis pela medicina oficial, apesar dos abusos que se fazem deles em muitos países.

Também recentemente a cannabis e seus derivados têm passado por um processo de ressignificação por meio da redescoberta de suas qualidades terapêuticas.

A necessidade de se criar um vocabulário técnico capaz de diferenciar as substâncias lícitas e ilícitas levou à utilização de vários termos ao longo do século XX. No começo desse século as proibições recaíam sobre as substâncias com qualidades “entorpecentes”. É curioso que um termo usado como sinônimo de torpor, paralisia, lerdeza e lentidão seja usado para designar substâncias estimulantes, tais como a cocaína, as anfetaminas, a taurina, a cafeína, a teobromina. O mesmo problema pode ser verificado em relação à palavra “narcótico”. Esta última deriva do grego *narkon*, que significa, originalmente, adormecer ou sedar. Em francês esse termo foi traduzido como *estupéfiants*, que acabou originando a expressão “estupefaciente”. Os termos narcótico e estupefaciente são farmacologicamente equivocados para designar as drogas em geral, porque algumas substâncias têm efeito diferente e até oposto ao de adormecer ou dormir.

Outra imprecisão conceitual ainda existente se refere à palavra “alucinógeno”. O termo alucinógeno é relativamente recente – data dos anos 1950 – e tecnicamente problemático, pois somente as substâncias atropínicas são aptas a fazerem percepções de objetos inexistentes ou falsos. Os efeitos das substâncias hoje

identificadas como alucinógenas eram entendidos como uma forma de embriaguez antes de 1950. Além disso, o termo *alucinógeno* é carregado de uma carga negativa que visa também a desmerecer os usos ritualísticos de algumas dessas substâncias, conforme veremos. O reconhecimento da ignorância ocidental nessa matéria levou à crítica a esse termo e à proposta de usar o conceito de *enteógeno* para designar as substâncias usadas em experiências espirituais ligadas às substâncias psicoativas. Essa terminologia seria mais adequada porque sua filologia indica a ideia de “criar deus dentro de si” ou “ter deus dentro de si”. Em situações sem ênfase na experiência mística existem ainda dois vocabulários: *visionário*, que enfatiza uma alteração da forma de percepção sem a ênfase no falso; *onirogênico*, que significa “criação de sonhos” e salienta a ativação de funções cerebrais ligadas ao onírico. O fato é que – segundo várias culturas – tais substâncias, que marcam grande alteração comportamental e que podem incluir a perda total do controle psíquico, podem ser poderosos símbolos de conhecimento esotérico ou de comunicação com outros mundos.

Se as drogas podem ser lícitas e ilícitas, medicamentos, alimentos, elementos de comunicação com os deuses ou o divino, como designar as substâncias que devem ser proibidas por seu perigo social? Quais são os critérios para sua proibição? Desde 1963, quando a

Divisão de Farmacologia e Toxicologia da OMS afirmou que as políticas públicas no campo das drogas não têm correlação com os dados biológicos, foi decretada a impossibilidade de definir a proibição de dadas drogas e não outras em termos científicos. A divisão entre o lícito e o ilícito não responde a fatores técnicos, ou seja, decidido por médicos, químicos ou toxicologistas. O lícito e o ilícito são frutos de uma decisão política que obedece aos preceitos culturais e aos interesses econômicos da indústria farmacêutica localizada nos países que têm forte influência política em fóruns internacionais.

Para resolver os equívocos e os problemas de ordem técnica, a partir da década de 1970 as convenções internacionais passaram a usar o termo “psicotrópico”, que significa “atração mental” ou substâncias que provocam alteração na mente. Esse novo conceito tem a vantagem de ser neutro, pois elas não são boas ou más, e sim capazes de alterar o juízo, o comportamento, a percepção ou o estado de ânimo. Essa adequação também foi possível porque, nessa época, as substâncias lícitas vendidas nas farmácias também passavam a receber controle sobre a sua circulação. Entretanto, ainda ficou obscuro o sentido farmacológico da proibição, pois o critério para essa definição passou a ser “o uso indevido e efeitos nocivos”. A legislação internacional colocou em prática aquilo que os criminalistas chamam de norma penal em branco –

aplicadas de acordo com o arbítrio da autoridade. Para ser incluída nas listas restritivas, era preciso que as autoridades considerassem a substância um perigo sanitário e social, justificando a fiscalização internacional. Ou seja, a autoridade médica e jurídica.

Essa pequena exposição já foi suficiente para mostrar a complexidade do tema, explicitando a dificuldade que existe até mesmo para nomear aquilo que chamamos comumente de “drogas”. É dentro dessa complexa temática que a História tem muito a contribuir para nosso entendimento. Boa leitura!

CAPÍTULO 1

A ANTIGUIDADE E O ASCETISMO CRISTÃO

A história “não usual” das drogas no Brasil vai ter que começar bem antes, porque muitas das posições hoje colocadas no debate possuem suas bases em tempos remotos, antes mesmo de existir a ideia de nação no continente americano. Em certos debates, não raro, o consumo de drogas é pensando em termos de “natureza humana” que acaba desbancando para uma ideia de “fraqueza humana”. Por isso, antes de entrarmos na história da produção e do consumo de drogas no continente americano é preciso refletirmos sobre as heranças que herdamos do passado mais remoto.

Espalhados pelo planeta existem mais de 200 compostos orgânicos capazes de alterar as sensações ordinárias e modificar os ânimos. Ao longo de todo o mundo se percebe a exploração sistemática das zonas fitogeográficas em busca de plantas com qualidades inebriantes. A capacidade de alterar o funcionamento natural do corpo – seja potencializando a serenidade, a energia ou a percepção, seja reduzindo a aflição, a dor ou a rotina psíquica – faz dessas substâncias alvos privilegiados de controle político, social, cultural e religioso em todos os agrupamentos humanos.

As observações em animais e crianças apontam que a busca por estados alterados de consciência são uma necessidade básica. O sentido dessa procura, no entanto, é alvo de controvérsia. Um historiador com que vou dialogar bastante ao longo desse livro é o estadunidense David Courtwright, autor de várias obras, tais como *Força do Hábito: drogas e o fazer-se do mundo moderno*³. Ele levantou uma hipótese importante sobre a relevância do comércio e do consumo das drogas na formação da sociedade moderna, conforme veremos com mais detalhes à frente. Courtwright defende uma hipótese bem conhecida e difundida sobre os motivos que levariam as crianças e os animais a buscarem drogas. Segundo ele, essa busca é um paradoxo, pois a alteração da consciência provocada por elementos externos ao corpo invariavelmente altera a química cerebral de tal forma que a pessoa se torna dependente de tais elementos. A natureza é parcimoniosa com o prazer. A euforia induzida por neurotransmissores do cérebro é frágil e frugal, sendo acionada somente nos momentos ligados à sobrevivência ou à reprodução. Drogas enganariam o sistema, incrementando temporariamente o prazer por meio desses neurotransmissores. Um dos fatores que explicaria o paradoxo da construção da dependência seriam as circunstâncias sociais. Pessoas chateadas ou em situações de miserabilidade têm maior tendência para

3 COURTWRIGHT, David T. **Forces of Habit: Drugs and the making of the modern world.** Cambridge / Massachusetts / London: Harvard University Press, 2002.

buscar estados alterados de consciência. Animais em cativeiro, por exemplo, gostam mais de se intoxicar que os que estão livres. É possível pensar que a própria civilização é uma espécie de cativeiro. Depois da revolução neolítica, a maioria das pessoas passou a se inserir em sociedades opressivas. As drogas seriam armas contra a condição humana, ferramentas contra a prisão do cotidiano.

Essa interpretação é baseada em uma concepção bastante pessimista da natureza humana, pois as escolhas por dada substância e as funções sociais que elas exercem em dados grupos sociais não são definidas por critérios estritamente neurológicos. Da mesma forma que a escolha por dado alimento em detrimento de outro não pode se reduzir aos critérios nutritivos. O homem pré-histórico pode ser considerado onívoro, porém o proto-histórico e o contemporâneo não se enquadram nessa classe generalizadora. As formas de ingestão (de comida, bebidas e psicoativos) são elementos fundamentais da cultura material. Servir e distribuir esses elementos são atividades centrais nos grupos humanos e, portanto, atividades essencialmente antropológicas e não biológicas. São elas que apontam quem proporciona sustento e prazer para quem, quais as circunstâncias, dando às relações familiares e as classificações sociais o seu conteúdo específico.

Nesse debate fica latente a tentativa de enquadramento de determinadas atitudes sociais dentro

do campo da ordem natural. Se a busca por substâncias capazes de alterar os estados de consciência pode ser considerada uma faceta universal das sociedades humanas, os usos somente podem ser interpretados a partir das concepções de mundo vigentes nos contextos sociais em que eles são realizados. Uma análise de história social precisa considerar, então, mais as particularidades e as mudanças nos padrões de consumo realizadas em dada sociedade do que a universalidade da busca pelos estados alterados de consciência.

Uma das formas de alterar a consciência mais difundida é por meio das bebidas fermentadas. Mesmo estando presentes em vários continentes e sociedades humanas, as técnicas de preparo variam bastante.

As técnicas de elaboração dos fermentados primitivos [...] oferecem elementos peculiares a diferentes estágios da evolução da tecnologia rudimentar, configurando quadros culturais correspondentes às mais diversas fases de preparo do mosto final, desde a mais primitiva utilização de seivas selvagens como líquidos dessedentadores [...] até os vinhos de sumo de frutas silvestres obtidos por mera atuação de leveduras ocorrentes na natureza, e as cervejas mais primitivas, em que a sacarificação do amido se realiza pela técnica da insalivação e esputo. Apresentando um degrau cultural mais avançado, estão as cervejas maltadas, de

remotíssima origem, entre os povos que constituem as grandes civilizações da zona mesopotâmica [...] e os egípcios⁴.

Importante ressaltar que, embora essas bebidas tenham uma ação psicoativa sobre o corpo, seu uso não pode ser reduzido a isso. Elas também possuem qualidades nutritivas, o que levaria a expressão *alimento-droga* como a mais correta para representá-la.

As vantagens nutricionais dos fermentados resultam não apenas do fato dessas bebidas serem feitas de cereais na forma de ‘pão líquido’, mas do aumento do seu valor, tanto em relação ao conteúdo proteico como de vitaminas e sais minerais, corrigindo, assim, as carências de uma dieta de ingestão pura de cereais.⁵

Se levarmos em consideração que somente no século XX ocorreu a massificação dos processos de clorificação da água, também entenderemos por que as bebidas fermentadas eram consideradas superiores à água pura – mesmo não conhecendo a teoria microbiológica,

4 LIMA, Oswaldo Gonçalves de. **Pulque, Balchê e Pajauru**: Na etnobiologia das bebidas e dos alimentos fermentados. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 1974, p. IX-X.

5 CARNEIRO, Henrique. O corpo sedento. Bebidas na História do Brasil. In: PRIORE, Mary del.; AMANTINO, Marcia (Orgs.). **História do Corpo no Brasil**. São Paulo: EDUNESP, 2011, p. 137.

era sabido que a fermentação e a fervura evitavam vários tipos de enfermidades. Por todas essas qualidades, as bebidas fermentadas podem ser consideradas um “alimento cultural por excelência”⁶.

A centralidade que as bebidas fermentadas obtiveram nas culturas que se sedentarizaram no Oriente Próximo levanta a hipótese de que os cereais foram cultivados primeiro para fabricação de cerveja e não para fazer pão. Hipótese essa pouco provável, pois se acredita que os primeiros cereais provavelmente fossem feitos direto na brasa (como as pipocas) e, depois, transformados em papa ou mingau. Apenas uma pequena parte desses cereais era usada para fazer cerveja; a descoberta da fermentação não é uma consequência óbvia do descobrimento de cereais, pois o conhecimento sobre ela é relativamente complexo. A representação das bebidas fermentadas aparece desde o início no Egito e na Mesopotâmia, inicialmente como uma prática de elite, popularizando-se posteriormente. Evidências arqueológicas sugerem que as bebidas alcoólicas na Era do Bronze usavam uma mistura de mel, com frutas e alguns cereais – a cerveja pura não apareceu antes da Idade do Ferro. A técnica de produção de bebidas alcoólicas provavelmente foi copiada de um processo natural de fermentação de frutas e de seivas de árvores doces, particularmente a tamareira, na Europa. A experiência do uso de frutas fermentadas deve ter sido um

⁶ Idem, p. 135.

incentivo para tentar o processo em outras frutas, como nos vinhedos, que eram particularmente adequados para áreas de cultivo no Mediterrâneo ao longo de todo o Levante e na costa da Ásia Menor, onde a vinicultura provavelmente começou. A experiência do processo de fermentação e a transferência dessas fermentações naturais que existiam em frutas devem ter sido tentadas para produzir álcool do mel e de cereais

Na Eurásia, portanto, onde a agricultura e a vida urbana se originaram primeiro, as bebidas alcoólicas fermentadas de uva e de arroz foram os intoxicantes culturalmente privilegiados. Antes de seguirmos na análise do papel do vinho na civilização ocidental, cabe nos indagarmos sobre outros intoxicantes utilizados nas sociedades pré-históricas. Ao norte das civilizações do mediterrâneo e da chinesa, as folhas e sementes narcóticas de árvores anuais – papoula e cânhamo, cada uma na sua região – foram consumidas na forma de fumaça de acordo com antiquíssimos padrões de uso. Ao Sul dessas zonas, estimulantes leves e frutas de arbustos perenes – kola, qat, café, chá, betel – foram mascarados, inalados e até absorvidos por meio de infusão. Mascar, inalar e fumar são formas originais de ingestão; o uso do líquido para consumo de substâncias psicoativas em muitas partes do mundo é reflexo de práticas originalmente associadas a algumas regiões que têm tradição no preparo de bebidas alcoólicas.

Cortando essas três zonas, mesmo que tendo diferenças entre elas, estão os alucinógenos – cogumelos, cactos e vinhos tropicais – que são particularmente concentrados em volta do Pacífico.

Importante atentarmos, no que se refere a essa diversidade de psicoativos e de formas de consumo nas sociedades pré-modernas, ao caráter estritamente regional do consumo. Somente com o advento da modernidade passarão a existir consumos globalizados. O vinho tornou-se o inebriante privilegiado da civilização ocidental e sobre ele considerações especiais se fazem necessárias. Antes de entrarmos nesse importante tópico, é necessário fazer alguns esclarecimentos sobre três tipos de psicoativos: os alucinógenos em suas diferentes formas e efeitos; a dormideira e o ópio; a *Cannabis*.

Sobre os alucinógenos, são mais de 150 plantas conhecidas com capacidade de provocar forte alteração dos estados psíquicos. Todos os agrupamentos humanos, com exceção dos esquimós e de certos aborígenes australianos, possuíam hábitos de consumo de – pelo menos – um alucinógeno. Existe a hipótese, bastante aceita, de que pintores rupestres na Europa se inspiravam em substâncias desse tipo. Desde a década de 1950, a antropologia tem mostrado que cogumelos e outros alucinógenos são centrais no complexo religioso xamânico. Desde o início do XX, entretanto, autores do porte de Mircea Eliade e

Durkheim já apontavam o papel dessas substâncias nas técnicas de êxtase nas religiões mais antigas.

A centralidade desse tipo de experiência nos rituais religiosos antigos, encontrados com pequenas variações em várias partes do planeta, levou a construção da hipótese da centralidade dessas substâncias para a constituição da religião e da própria condição humana na pré-história. A excitação mística provocada por tais usos e o reconhecimento da ignorância ocidental nessa matéria, conforme veremos em seguida, levaram à crítica da expressão “alucinógeno” para designar seus efeitos. Vimos na introdução as várias críticas que se desenvolveram ao longo do tempo e os termos concorrentes – enteógeno, psicodélico, visionário, onirogênico. O fato é que tais substâncias, que marcam grande alteração comportamental e que podem incluir a perda total do controle psíquico, podem ser poderosos símbolos de conhecimento esotérico ou de comunicação com outros mundos. Se essas qualidades podem ser atrativas para indivíduos ou comunidades pequenas, o mesmo não se diz para sociedades que exigem maior autocontrole e nas quais os poderes políticos estão em processo de formação. Esse tipo de técnica extática foi bastante comum entre nômades das planícies asiáticas e siberianas, particularmente com o cogumelo *amanita muscaria*.

Sobre a papoula, planta de que é extraído o ópio, existe uma controvérsia sobre suas origens. Antônio Escotado, que escreveu o principal clássico sobre a história das drogas⁷, defende que ela é originária da China ou da Ásia Menor, embora existam evidências pré-históricas do cultivo na Suíça. Courtwright⁸, por sua vez, aponta que não existe certeza sobre a origem geográfica, existindo registros no sudoeste da Europa e no oeste da China. Foi, entretanto, Andrew Sherratt⁹ que construiu a hipótese mais mirabolante sobre o tema. Segundo ele, antes da disseminação da técnica das bebidas fermentadas para o norte da Europa, que criou uma vigorosa tradição cervejeira, existia uma cultura da fumaça que privilegiava a queima da papoula como inebriante privilegiado. Curioso destacar que Antônio Escotado reconhece a tradição pré-histórica europeia da produção de cachimbo e outros instrumentos destinados à inalação da fumaça, porém atribui tais artefatos ao consumo de *Cannabis*. Outro autor, Walter Sneader¹⁰, é bem menos otimista em relação ao consumo pré-histórico de ópio. As sementes que

7 ESCOTADO, Antonio. **Historia General de las Drogas**: incluyendo el apéndice Fenomenologia de las Drogas. Madrid: Espasa Calpe, 2008.

8 COURTWRIGHT, David T. **Forces of Habit**: Drugs and the making of the modern world. Cambridge / Massachusetts / London: Harvard University Press, 2002.

9 SHERRATT, Andrew. Alcohol and its alternatives: symbol and substance in pre-industrial cultures. In: GOODMAN, Jordan; LOVEJOY, Paul E; SHERRATT, Andrew (Orgs.). **Consuming Habits**: Drugs in History and Antropology. Ney York / London: Routledge, 1995, p. 11–46.

10 SNEADER, Walter. **Drug Discovery**: A History. West Sussex: John Wiley and Sons, 2005.

foram encontradas e usadas para atribuir o consumo de papoula na pré-história não têm quantidade de alcaloides suficientes para provocar qualquer efeito narcótico real. Elas provavelmente eram usadas para extração de óleo e não para finalidade psicoativa.

Independentemente de onde surgiu, o certo é que o ópio é uma substância extremamente útil para tratar uma série de males. Ainda hoje seus derivados são considerados analgésicos por excelência, sendo denominadas ‘opíáceos sintéticos’ as substâncias da indústria que possuem efeitos similares. Entretanto, seus usos na antiguidade não se reduziam a esse. Ele era usado para combater a ansiedade, o tédio, a fadiga, a insônia, para acalmar os bebês e, principalmente, para conter a diarreia causada pela contaminação das bebidas e das comidas. Ele podia ser fumado, bebido e acrescentado como tempero nos alimentos.

O uso do ópio nas sociedades antigas ocidentais é muito documentado. Na Mesopotâmia ele está registrado em papiros desde o terceiro milênio antes de Cristo. No mundo grego ele era extremamente popular. A lenda diz que o “deus da medicina” foi fulminado por Zeus por ter ensinado as virtudes e os segredos da papoula aos homens. Essa planta possuía um difundido uso doméstico. Nas colônias gregas era costume fazer grandes jardins de papoula, permitindo um rápido autoabastecimento

na forma simples do chá com as cabeças da planta. Ela também era cultuada como símbolo de fertilidade – por vários motivos – e também por prolongar a ejaculação. Era elemento central nas saunas curadoras do notório templo de Asclépio, cuja prática ritual de cura parece ter sido inspirada em similares hititas e babilônicos. Os compostos de ópio eram considerados os antídotos mais importantes. Presença essa que se reiterou e se ampliou no mundo romano.

Há quatro mil anos, as sementes de papoula haviam se disseminado para o Oriente Próximo e passaram a ser cultivadas comercialmente pelos Citas para a produção de ópio líquido. Esse produto era exportado para o Levante próximo e para o Egito na forma de frascos que representavam uma cápsula de papoula invertida. Um comércio parecido foi realizado pelos gregos no período homérico, quando se utilizava pequenas embalagens grosseiras – frequentemente encontradas nas catacumbas de crianças nos santuários de Demeter e Hera (junto com vegetações e divindades infernais associadas com a morte e a ressurreição). Homero descreve Helena colocando uma droga chamada *nepenthes* no copo de vinho de Menelaus para diminuir a dor e induzir ao esquecimento, e é provável que essa mistura tenha sido na forma líquida.

O Oriente só foi ter conhecimento do ópio depois que começaram os contatos mais frequentes com

o Ocidente. As caravanas de mercadores passavam por regiões produtoras de papoulas, fazendo desse produto algo caro, exótico e só utilizado pelas classes altas chinesas. Ele teria sido introduzido pelos árabes nessa região por volta do século VIII.

Outra planta anual de extrema importância foi a *Cannabis*, também denominada de cânhamo. Essa variação da nomenclatura ocorre porque a primeira tem maior teor de princípios ativos responsáveis pelos efeitos psicoativos, embora as duas sejam a mesma planta. Essa distinção é importante porque um dos vetores de sua propagação foram suas qualidades como matéria-prima para fibras destinadas à confecção de cordas e tecidos. E é da China que provêm os registros mais antigos, que remontam ao neolítico. Também foram nos tratados medicinais chineses de quatro mil anos atrás que estão registradas as primeiras receitas farmacêuticas que têm por base a *Cannabis*. Walter Sneider aponta que os primeiros registros chineses se relacionam unicamente com a fabricação de fibra, muito usada para a compressão de cerâmicas e outros objetos. Não existiriam evidências de que ela era usada como droga – essa assertiva passou a ser repetida baseada na fala de um imperador chinês, de cinco mil anos atrás, mal traduzida.

Sobre a China ainda vale lembrar a hipótese de Andrew Sherratt¹¹. Assim como ocorreu no norte da

11 SHERRATT, Andrew. Alcohol and its alternatives: symbol and substance in pre-industrial cultures. In: GOODMAN Jordan; LOVEJOY, Paul E;

Europa em relação à papoula, nas estepes ao norte da eurásia existia uma cultura da fumaça que privilegiava a queima da *Cannabis* como inebriante privilegiado. A ela se contrapunha a cultura líquida chinesa com base no vinho de arroz. De fato, embora utilizasse a *Cannabis* para fins terapêuticos, o uso recreativo não se enraizou na China. Para os especialistas em história das drogas na China, Frank Dikotter, Lars Laamann e Zhou Xun, mesmo presente na farmacopeia desde a antiguidade, a *Cannabis* é rejeitada como droga recreativa porque existia a crença de que ela facilitava a possessão pelo demônio e contribuía para a insanidade¹². Essa rejeição ocorria a despeito da difusão do uso lúdico no sul da Ásia. Para Vera Rubin, na Índia, o uso sagrado da *Cannabis* antecede os registros escritos.

Um dos trabalhos mais importantes sobre a *Cannabis* foi organizado pela antropóloga Vera Rubin¹³. Ela coordenou uma coletânea de artigos lançados na década de 1970, propondo a existência de um fluxo de uso marcado por certos padrões que são similares em algumas regiões do Velho Mundo. Esses padrões seriam caracterizados por consumo secular e sagrado, baseado em uma economia de pequena escala de cultivo. A *Cannabis* seria usada para: fabricação de cordas e roupas; produção

SHERRATT, Andrew (org). **Consuming Habits: Drugs in History and Anthropology**. London/New York: Routledge, 1995, 11-46.

12 DIKOTTER, Frank; LAAMANN, Lars; XUN, Zhou. **Narcotic Culture**. Chicago: The University of Chicago Press, 2004.

13 RUBIN, Vera (org). **Cannabis and Culture: World Anthropology**. Haia: Mouton, 1975.

de artesanato; como elemento da culinária na forma de temperos, sopas, mingaus, ensopados e doces; na medicina de humanos e de animais; como energizante e revigorante para o trabalho; como parte de rituais religiosos; como euforizante geral utilizado nos rituais ordinários de hospitalidade. Com exceção dos usos para propostas rituais envolvendo membros das classes sacerdotais, regularmente os múltiplos usos desse fluxo tradicional são confinados às classes sociais mais baixas, como camponeses, pescadores, artesões rurais e urbanos e trabalhadores manuais. Esses usos tradicionais (*folk*) foram denominados de *complexo da ganja*.

Importante para nosso propósito é explicitar o papel dos árabes na propagação do uso da *Cannabis*. Como guardiões da cultura clássica, eles tomaram conhecimento de suas finalidades médicas a partir das obras gregas, porém seu uso deve ter se difundido por meio do comércio com a Índia via Irã. Um peregrino indiano, de acordo com o folclore, introduziu nos usos iranianos a *Cannabis* como uma droga psicoativa em meados do século VI. Contudo, alguns estudiosos acreditam que a *Cannabis* apareceu mais cedo no antigo Oriente Próximo, pois existem referências sobre a planta, tanto nos textos Hebreus do velho Testamento, quanto nas traduções aramaicas. A *Cannabis* gerou controvérsia no mundo Islâmico devido, em parte, à associação com os Sultões, que a usavam para propósitos

místicos sobre os quais as autoridades mais ortodoxas lançavam suspeitas. Esporádicas tentativas para proibir o uso falharam e, no século XIV, a produção de *hashish* já estava estabilizada particularmente no Delta do Nilo. Os comerciantes árabes tiveram sucesso em introduzir a *Cannabis* para as regiões da costa leste da África que, por sua vez, a levaram para as regiões centrais e sul do continente africano.

Assim como aconteceu na China, os ocidentais parecem não terem desenvolvido um interesse pelos usos psicoativos da *Cannabis* nos tempos antigos. Existe uma famosa descrição de Heródoto (446 a.C) de um ritual fúnebre onde os citas se embriagavam com *Cannabis* na costa noroeste do Mar Negro. Os gregos conheciam o cânhamo e o utilizavam tanto para fins medicinais, bem como enquanto potencializador do efeito embriagador do vinho. Ele era um entre outros ‘aditivos’ que podiam ser adicionados ao vinho, como o meimandro e a mandrágora. Por Galeno, sabemos que os nobres romanos ofereciam flores de *Cannabis* aos seus convidados. Apesar desse conhecimento, o *hashish* egípcio podia ser considerado uma excentricidade de alguns nobres. A difusão de seu uso é muito pequena se compararmos com a popularidade do ópio. Ainda que conhecessem a planta, os efeitos psicológicos eram pouco conhecidos e desdenhados até o século XVIII. Somente com a ampliação dos contatos

com o Oriente é que se desenvolveu gradativamente a visão da *Cannabis* como afrodisíaco – no mundo medieval e moderno predominava a visão dessa planta como diminuidora do esperma masculino.

O mundo antigo pareceu conhecer uma variedade de substâncias que eram utilizadas de forma terapêutica, lúdica e enteógena – dependendo do contexto. Difícil separar os usos de acordo com essas formas, uma vez que elas estavam intrinsecamente ligadas. O direito romano, nesse aspecto, tradicionalmente dividia a magia em branca – que objetivava a cura – e negra – visando prejudicar as pessoas. Os ocidentais conheciam e apreciavam muito o ópio, principalmente na forma líquida, as solanáceas (meimendo, mandrágora, estramônio, beladona), a *Cannabis* (incluindo o haxixe), além de outras substâncias visionárias – o princípio ativo muito próximo ao LSD, do ergot, por exemplo, era o enteógeno utilizado nos mistérios Eleusis nos quais passaram Aristóteles, Plutarco e Heráclito e muitos outros.

Nenhum psicoativo, entretanto, foi mais importante do que o vinho no Ocidente. No mediterrâneo antigo ele era sinônimo de civilização, acompanhando a vida urbana. As pesquisas sobre a cultura material são repletas de representações dele, cobrindo produção, transporte, consumo etc. Os utensílios para beber vinho faziam parte do estilo das elites. A desintegração política

do período homérico fez do acesso ao vinho e da habilidade de provê-lo importantes alavancas do poder político.¹⁴ Ele tinha inúmeros usos: como anestésico; como solvente; como vinagre; como ácido orgânico; como desinfetante – a primeira ajuda oferecida pelos bons samaritanos é colocar um pouco de óleo e vinho nas feridas. Como uma bebida, o vinho conserva melhor que a cerveja e até melhora com o tempo; é um elemento importante da dieta mediterrânea, além de se constituir em um produto de exportação. As variações locais de condições dão diferentes gostos e qualidade, e regiões especializadas em produtos consagrados são economicamente importantes, tanto no mundo antigo, quanto no moderno. Funcionava como um fator de lubrificação social e como símbolo de hospitalidade. Quando a aristocracia militar armada deu lugar à falange, o *simpósio* se tornou a instituição masculina feita para o prazer e a tranquilidade – a harmonia política e a sociabilidade comunal estavam associadas à vida cívica, à música e à poesia. Misturar o vinho na água era um sinal de humanidade. O vinho era onipresente, exercendo papel vital tanto em ritos sociais laicos como religiosos.

Na tradição judaica o vinho era considerado, junto com o pão, uma dádiva divina, forma principal de libação depois dos sacrifícios, dos serviços de domingo,

14 GUARINELLO, Norberto Luiz. O Vinho: uma droga mediterrânea. In: LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra; FIORE, Maurício; et al (Orgs.). **Drogas e Cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008, p.189–198.

das celebrações da páscoa e cerimônias de passagem como os casamentos. Existem várias referências a ele no Velho Testamento. “Se no judaísmo o vinho foi importante, no cristianismo ele tornou-se essencial, corporificando a própria deidade”.¹⁵ Ele representa o sangue de cristo no rito central da eucaristia cristã. A vinha é a planta mais citada na Bíblia. Cristo comparou seus discípulos aos brotos do vinhedo. Segundo os apóstolos Mateus e Lucas, Cristo era acusado de ser um glutão e beerrão pelos seus detratores. Nos textos bíblicos ficam claras as diferenças entre tomar vinho, algo benéfico, e se embriagar, algo reprovável.

Com a ascensão do cristianismo, ocorreu a perseguição à cultura pagã clássica, com o estabelecimento de censura, de queima de livros, de destruição de monumentos e de qualquer outro artefato cultural ligado a ela. Foi nesse contexto que o vinho se sobrepôs a todos os outros psicoativos, tomando a condição de quase monopólio. Todas as “drogas” distintas do álcool foram consideradas indignas, pois, no paganismo, a euforia – tanto positiva (para obtenção de felicidade), quanto negativa (para aliviar a dor) – constitui um fim em si mesmo. O viver bem e o prazer advindo das terapias eram entendidos como parte integrante das mesmas. No cristianismo, contrariamente, não se admite que a euforia seja um fim em si mesmo. A dor nessa sociedade

¹⁵ CARNEIRO, Henrique. **Bebida, Abstinência e Temperança**: na história antiga e moderna. São Paulo: SENAC, 2010. p.105.

é pensada como uma graça de Deus, como uma forma de mortificação da carne capaz de lembrar os homens e as mulheres do pecado original que os(as) colocaram na condição humana. O gozo sexual ofende o Criador, na proporção da sua intensidade, igualmente como o uso de analgésicos e de alteradores de ânimo visando ao prazer – são formas de hedonismo que deviam não apenas ser rejeitadas, mas combatidas. O lugar da eutanásia nesse pensamento é exemplar: o uso de substâncias para alcançar a morte no tempo certo, como era o uso considerado ético na antiguidade, passa a ser considerado o maior dos pecados porque a vida do fiel não pertence a ele. Pertence a Deus.

Todas as substâncias outrora utilizadas na cultura clássica ficaram renegadas ao ostracismo, seja no repertório farmacológico popular – que posteriormente será perseguido a ferro e fogo pela inquisição – seja entre os árabes que se tornaram os herdeiros da cultura clássica. A rejeição da euforia como um fim em si mesma, própria da ética cristã, explica o porquê das drogas serem consideradas um atentado à ordem natural do homem, conforme a posição de Courtwright colocada no início deste capítulo. Além disso, segundo esse mesmo autor, um dos motivos pelos quais as drogas devem ser restritas ao uso médico é porque elas são desaprovadas pelas religiões verdadeiras, no caso, o cristianismo, o islamismo e o

hinduísmo. As demais crenças seriam “falsas religiões, [que utilizam] ídolos químicos que distraem os fiéis levando-os ao caminho da autodestruição”¹⁶.

Em vez de creditar à natureza frágil do homem ou ao pecado original a atração que os estados alterados de consciência exercem sobre o homem, é bem mais plausível verificar os valores e os códigos culturais das sociedades em que esses usos são realizados. A oposição entre o islã e o cristianismo é exemplar disso. Enquanto as primeiras civilizações eram dominadas por aristocracias costeiras que bebiam vinho, o grupo que chegou ao poder com o Islã era fundado na ideologia tribal do deserto, baseado no camelo e no comércio das caravanas. A condenação do vinho bebido como uma prática deve ser vista como uma tentativa explícita de forçar uma mudança dos códigos culturais em direção oposta aos valores estabelecidos da velha civilização em áreas conquistadas pelo Islã. No lugar do vinho, uma variedade de substâncias particulares – como o ópio, a *Cannabis*, o *qat*, a *kola*, e, mais tarde, o café e o chá – tiveram usos religiosos e seculares, produzindo um leque de narcóticos e de estimulantes que foram empregados em diferentes contextos. Apesar de toda a rejeição teológica e cultural ao vinho, que muitas vezes se refletiu em normas proibitivas legais, a proibição total não funcionou. Henrique Soares Carneiro chama a atenção

16 COURTWRIGHT, David T. **Forces of Habit: Drugs and the Making of the Modern World**. Massachusetts/London: Harvard/Cambridge, 2001, p.169. Tradução sugerida.

para a persistência do vinho na literatura e no cotidiano do islamismo¹⁷.

Nosso giro pela história pré-moderna do uso de drogas termina com a América. Alguns autores destacam a influência dos cultos xamãs dos povos siberianos, com base no consumo do cogumelo *amanita muscaria*, em práticas similares desenvolvidas em solo ameríndio. A diferença é que tal tradição foi inserida em um contexto de enorme riqueza e variedade de plantas psicoativas. Conforme foram se complexificando as sociedades ameríndias no Golfo do México, gradativamente a nobreza indígena passou a deter a exclusividade sobre as substâncias alucinógenas, estando seu consumo ligado ao culto dos mortos, à cura e à adivinhação. Tais substâncias eram um prestígio de alta autenticidade, como é o sonho e o orgasmo, e as elites preservavam para si o direito a esse extraordinário. Entre os astecas, os sonhos eram utilizados como razão de Estado, existindo inclusive burocratas responsáveis por registrar e interpretar os sonhos das principais autoridades. Dentro desse padrão cultural, as substâncias com caráter onirogênicas são muito valorizadas. Esse controle sacerdotal, por óbvio, não se desenvolveu nas sociedades mais simples que existiam às bordas dos grandes impérios ameríndios. No território em que depois será criado o Brasil, existe a *jurema* – pequena árvore da catinga sertaneja cuja casca

17 CARNEIRO, Henrique. Bebida, abstinência e temperança: na história antiga e moderna. São Paulo: SENAC, 2010.

podia ser fumada ou usada para fabricar bebidas. Na região amazônica existe o chá de *ayahuasca*. Ambas têm o DMT como principal princípio ativo. Todas essas substâncias tinham importantes usos religiosos e terapêuticos, visto que esses dois usos se confundiam dentro dos padrões culturais xamânicos.

Dentre essas substâncias, a mais popular e difundida no continente americano foi o tabaco. Conquanto hoje ela seja bastante popular na forma do cigarro, é preciso destacar que na América pré-colombiana seus usos eram bastante diversos. Com exceção do extremo norte e sul, seu uso era difundido por todo o continente. É muito difícil classificar essa substância, pois ela funciona simultaneamente como estimulante e calmante. Dependendo da quantidade e da forma de utilização, pode também ter efeitos visionários. O tabaco podia ser absorvido por ingestão, aspiração nasal e até por enemas; no entanto, foi pela forma fumada que ele se disseminou. Existe um relato sobre o uso do tabaco na forma de bebida, tanto líquida como pastosa, pelos tupinambás. A posse ou a ausência de tabaco era parâmetro de riqueza e pobreza para muitos nativos americanos.

Os ameríndios também desenvolveram várias técnicas de produzir bebidas fermentadas utilizando cereais, leguminosas, tubérculos e frutas em geral. A matéria-prima mais comum era o milho, seguido da mandioca e, em regiões específicas, a algaroba e a quinoa. Essas bebidas

recebiam variadas denominações, como chinha, balchê, pajauru, caxirí, cauim, entre outras. As receitas não devem ser vistas de forma homogênea mesmo no interior de um mesmo grupo, pois a composição da bebida varia de acordo com os contextos de consumo e efeito embriagante desejado. Existem, portanto, um fermentado de pouco teor alcoólico – pensado para acompanhar a alimentação – e outro como enteógeno.

No território que formaria o Brasil existiam as *cauinagens*, grandes festas periódicas marcadas pela tentativa consciente de obter o máximo de embriaguez, visto que os indígenas – homens e mulheres – passavam dias seguidos bebendo sem ingestão de alimentos. Às vezes era provocado o regurgito como forma a ampliar a capacidade de ingestão de bebida. Tais encontros podiam durar até três dias. A boa embriaguez está estritamente ligada à sociabilidade entre as famílias, os grupos e o sobrenatural. A quantidade de bebida ingerida não é o fator predominante, e sim se esse uso é integrado ou não. A moderação nas festas e nos rituais é vista como uma forma de ingratidão àqueles que as promovem e às divindades, por isso é preciso beber até acabar todo o estoque disponível. A embriaguez em si não era algo condenável. O que não se aceitava eram os maus comportamentos derivados dela.

O continente americano também é caracterizado pelas múltiplas folhas, frutas e plantas estimulantes. Na

América Central destacamos o *cacau*, que possui leve teor de teobromina, utilizado como ingrediente de uma bebida apreciada pelas elites astecas. No Sul da América, particularmente na região do Paraguai e do Mato Grosso (Brasil), existe a *erva-mate*, que possui cafeína e teobromina simultaneamente. Originário da região do Amazonas existe o *guaraná*, estimulante vegetal com teor de cafeína superior ao café. “Apesar do alto teor de cafeína, o guaraná não é considerado tão excitante como o café, talvez em decorrência dos efeitos das saponinas que ele também possui”.¹⁸ O guaraná tinha funções terapêuticas como puçanga, era ingerido nos rituais de guerra, fazia parte de ritos de passagem e podia ser utilizado até como moeda. Desde cinco mil anos atrás a região andina utiliza as folhas de *coca* como estimulante, embora seu uso não possa se resumir a essa finalidade. Suas representações sagradas colocam essa planta como central na história cultural da região andina. Ela era usada na forma mascada, bebida e até inalada por alguns grupos amazônicos. Sua ação é importante mitigadora dos efeitos gerados pela altitude. O uso de coca, portanto, precisa ser entendido como um ato espiritual e ritual, como forma de afirmação cultural de certos grupos e como forma de trocas comerciais e simbólicas. Por todas essas funções ela não pode ser considerada um mero estimulante cotidiano. Na época da

18 CARNEIRO, Henrique. O corpo sedento. Bebidas na História do Brasil. In: PRIORE, Mary del.; AMANTINO, Marcia (Orgs.). **História do Corpo no Brasil**. São Paulo: EDUNESP, 2011, p.150.

chegada dos europeus, os incas tinham transformado o uso dessas folhas em privilégio da nobreza e de seus agregados diretos, fazendo uso dentro dos marcos profanos como estimulante.

Fizemos uma viagem ao longo de muitos séculos, passando por praticamente todos os continentes. Foi esboçado um pequeno resumo das origens das principais drogas e sua difusão durante o período que antecede a modernidade. Uma das principais características é a difusão regional de determinadas drogas, com códigos e barreiras culturais que dificultavam o uso desregrado, com a mistura dos sentidos espirituais, terapêuticos e profanos. Com as grandes navegações e o maior contato entre as regiões do mundo, esse cenário vai se alterar bastante, conforme veremos no próximo capítulo.

Trazer para este livro alguns aspectos do consumo no mundo pré-moderno tem um objetivo que será importante para entendermos algumas posições modernas traduzidas na mais esotérica linguagem médica. Muitos estudos atuais partem do pressuposto de que é preciso evitar a “exposição” das pessoas às drogas por elas serem naturalmente frágeis. É essa linguagem epidemiológica biomédica que justifica toda a política atual. O fator “exposição” é autoevidente, pois na sociedade moderna as pessoas consomem mais e mais drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. Esse fato justifica uma matança e encarceramento

sem precedentes. Mas, contrariando tal perspectiva, este capítulo mostrou claramente que os usos de dadas substâncias, e não outras, obedecem aos estímulos sociais, culturais e religiosos mais do que a uma frágil natureza humana. Antes é preciso pensar, portanto, no papel do status do consumo, do prazer e da competitividade inerente ao sistema capitalista moderno. A hipótese da exposição parte do pressuposto de que a relação “natural” do cérebro com o prazer é de extrema parcimônia, por isso alterações gerariam um desequilíbrio e, fatalmente, uma patologia. Não se pode reduzir o prazer à sua função biológica ou neurológica. É a cultura que impede que sejamos meros animais. Esse pensamento é tão redutor quanto à leitura que percebe a ingestão de alimentos meramente como uma forma de obter nutrientes. Colocar a difusão das drogas na conta da “exposição” das pessoas é aplicar ao uso de drogas a moralidade cristã em matéria de alteração da consciência, rejeitando o prazer como algo positivo e a alçando à dor como algo que engrandece a alma.

CAPÍTULO 2

OS PORTUGUESES E A REVOLUÇÃO PSICOATIVA

A chegada dos europeus à América e a intensificação do comércio transoceânico promovem alterações significativas nesse quadro que tentamos esboçar do uso de substâncias ao longo da história humana. Os padrões locais e regionais de consumo passarão por mudanças significativas a partir do contato com psicoativos que se tornarão globais. A modernidade foi um dos eventos mais importantes da história humana. Immanuel Wallerstein propôs o conceito, ainda adequado, de *economia mundo* para caracterizar os efeitos da expansão europeia entre 1450 e 1640. Pela primeira vez, territórios em diferentes partes do mundo se interligaram economicamente a partir da ótica da acumulação de capitais dos países centrais em detrimento das regiões periféricas e semiperiféricas¹⁹. Essa interligação teve fundamental importância na disseminação de alguns psicoativos ao longo de todo o globo terrestre, conforme veremos.

O comércio transoceânico foi responsável por transportar plantas, micro-organismos e animais de um lado para o outro, sempre em benefício do nascente capitalismo europeu. A batata e o milho, produtos

¹⁹ WALLERSTEIN, Immanuel. **O sistema mundial moderno**. Porto: Afrontamento, 1990.

americanos, proveram a base material da população mundial. Um fator igualmente importante, porém, não tão conhecido, foi a capacidade ampliada das populações ligadas a esse comércio de alterar a sua consciência com produtos psicoativos. Pela primeira vez se criaram condições para que determinadas substâncias pudessem ser consumidas globalmente. David Courtwright denominou esse fenômeno de *revolução psicoativa*.

Essa mundialização, entretanto, não ocorreu com todos os psicoativos existentes. Ela seguiu, essencialmente, os padrões culturais do Ocidente cristão. A cristandade é historicamente grande inimiga das práticas tradicionais xamânicas – fato que explica a verdadeira cruzada que foi posta em prática contra o consumo de substâncias de característica enteógenas, seja em território europeu contra as práticas pagãs entendidas como demoníacas, seja durante a colonização da América (idolatria ameríndia). Além da rejeição aos fármacos com essas características, outros fatores também foram relevantes para entender por que algumas substâncias se tornaram *commodities* globais e outras não: 1º. Aversão inicial provocada pelo gosto ruim ou por formas de consumo desagradáveis; 2º. Efeitos estéticos indesejados, como problemas para os dentes ou para as vísceras; 3º. Produtos que estragam muito rápido e apresentam problemas logísticos para o comércio de longa distância.

Quais foram, portanto, as substâncias privilegiadas pelos europeus durante a expansão do comércio transatlântico? David Courtwright propõe dois grandes grupos de substâncias: as grandes, de enorme expansão e de impossível proibição – bebidas alcoólicas e cafeinadas, o tabaco e o açúcar; e as pequenas, de expansão limitada, que possibilitaram a intervenção pública – o ópio, a *Cannabis*, a coca e todos os derivados provenientes dessas plantas. Essas substâncias tiveram em diferentes momentos trajetórias muito similares. Elas despertaram interesse inicial pelo seu emprego terapêutico, como medicina exóticas que geravam acalorados debates entre os físicos. Gradativamente, o interesse nos usos ultrapassou a fronteira das práticas de cura e, graças à ampliação da disponibilidade, passaram a ser utilizadas para fins recreativos. “Elas fogem para um domínio mais amplo dos prazeres e travessuras populares, levando as autoridades nacionais e internacionais a elaborarem respostas públicas”²⁰.

As drogas efetivamente tiveram trajetórias muito similares, iniciando como uma forma de medicina e se popularizando posteriormente. Uma das raras exceções é o *crack*, que é uma droga derivada da coca que foi criada e lançada exclusivamente para o mercado ilícito.

Esse, entretanto, é um efeito contemporâneo do modelo

20 COURTWRIGHT, David T. **Forces of Habit: Drugs and the Making of the Moderns World.** Massachusetts/London: Harvard/Cambridge, 2001, p.69.

proibicionista adotado na segunda metade do século XX. Antes do crack, essa pareceu, sim, ser a trajetória da maioria das drogas. O que parece questionável dentro dessa interpretação de David Courtwright é a naturalização do controle terapêutico e político e a associação do uso popular com a travessura e a irresponsabilidade. Mais uma vez será preciso contrastar essa visão com as concepções ideológicas que procuram inserir determinadas atitudes sociais no campo da ordem natural.

Durante a Idade Média, conforme vimos, toda a farmacopeia clássica foi acusada de pagã e reprimida como forma de bruxaria. O ponto de mudança nessa política puritana ortodoxa em matéria médica ocorreu entre os séculos XI e XIV, particularmente por causa das cruzadas. Ficou latente, durante os conflitos, a superioridade árabe em termos de terapêutica – o que gerou desconforto entre os nobres combatentes e uma atitude de maior tolerância sobre os fármacos em geral. No século XIII já é possível perceber a defesa do ópio para fins terapêuticos na Escola de Salerno – admitido, entretanto, somente para a cura por causa das paixões culpáveis que ele podia gerar. O uso era permitido se fundamentado na medicina e somente para pessoas com moral elevado. Um notável esforço é feito pelos humanistas no sentido de separar a farmacologia da magia, algo extremamente perigoso porque o físico ou estudioso dessa matéria precisava ser amparado na sua

respeitabilidade profissional – qualquer descuido ético podia acarretar risco de vida para todos envolvidos no processo de cura. Somente depois do século XVI ocorreu a popularização dos fármacos clássicos em suas práticas de cura. O historiador Henrique Carneiro chama a atenção para o papel da Escola de Salerno na preservação do conhecimento do saber herbário clássico a partir do século XIII²¹.

Esse foi o contexto que permitiu a reintrodução dos fármacos clássicos e a introdução das novas medicinas que surgiam a partir das grandes navegações. Para a tristeza dos clérigos e daqueles que defendiam o monopólio médico sobre essas substâncias, os usos não se restringiram aos prescritos por essas autoridades. A introdução de novos fármacos capazes de alterar a consciência e a diversificação da experiência humana com eles ocorreu em um momento de mudança na mentalidade e na educação dos europeus ocidentais. A possibilidade aberta pelas novas formas de alterar as percepções da mente, primeiramente pelas classes mais prósperas e depois pela popularização, criou um temperamento introspectivo que visava a um maior autoconhecimento. Na língua inglesa, por exemplo, aparece no século XVI a palavra “natureza de si” (*self*) no sentido moderno, derivando dela inúmeras outras, como sugere o Dicionário de Inglês de *Oxford*:

21 CARNEIRO, Henrique Soares. **Amores e sonhos da flora**: afrodisíacos e alucinógenos na botânica e na farmácia. São Paulo: Xamã, 2002.

autoconhecimento (1613), abnegação (1640), temeridade (1646), autoexame (1647), autodestruição (1654), autocontradição (1658) e constrangimento (1687)²². No final do século XVII, a preocupação com a alteração do estado de consciência foi exemplificada por John Locke (1632-1704) no seu influente livro chamado *Essay Concerning Human Understanding* (1690). Ele argumenta que a mente humana não tem princípios inatos, mas sim um papel em branco preenchido pela experiência (tabula rasa). Essa alta valorização da experiência e da consciência pessoal será a marca da Idade da Razão europeia²³.

A maior disponibilidade de psicoativos alterou, de uma forma ou de outra, as culturas de consumo dentro e fora da Europa. A capacidade de alterar a consciência não deve ser entendida somente como a maior disponibilidade dos fármacos por causa do comércio transcontinental, mas também pela maior potência psicoativa dos produtos europeus. Adaptando técnicas árabes, fato evidenciado por termos como “alambique” e “álcool”, os europeus desenvolveram um método, baseado na serpentina, capaz de obter álcool concentrado. A descrição mais antiga do processo é do século XII, utilizado inicialmente para a fabricação de perfume. Gradativamente, o álcool passou a

22 “Self-knowledge (1613), self-denial (1640), self-fearing (1646), self-examination (1647), self-destructive (1654), self-contradiction (1658), self-conscious (1687)” – traduções sugeridas.

23 DAVENPORT-HINES, Richard. **The Pursuit of Oblivion: A Global History of Narcotics**. Londres / N. York: W.W. Norton & Company, 2002.

ser utilizado como analgésico e, posteriormente, para fins industriais. A destilação permitiu que se extrapolassem os limites alcoólicos naturais, pois criou bebidas que contêm até dez vezes mais álcool que as cervejas e os vinhos tradicionais. A gradual disseminação dos destilados como produto de uso comum provocou importantes mudanças nas formas tradicionais de beber. Ao passo que, com as bebidas orgânicas, o embriagamento vai ocorrendo de forma gradual; nas bebidas espirituosas ele ocorre com poucos copos, significando a possibilidade de alcançar a intoxicação completa de forma mais rápida do que era necessário antes.

O alambique, como técnica, teve importantes consequências no imaginário europeu. Ele foi a primeira máquina a servir de analogia para o funcionamento do corpo humano dentro dos marcos da teoria dos humores. Mas, principalmente, foi parte constitutiva do trabalho farmacêutico moderno que se formava a partir da abertura política iniciada na Escola de Salerno. Uma das regras constitutivas do remédio nessa época era extrair da matéria as energias escondidas que ela contém. O alambique interrompe a hegemonia da ciência grega dedicada à contemplação da natureza. A partir dessa experiência se consolida um intento purificador que será aplicado em diferentes produtos – vegetais, animais, cadáveres etc.

Não foi apenas o álcool que teve sua potência ampliada por meio da introdução da destilação. O século XIX foi marcado pelo isolamento dos princípios ativos de substâncias até então vendidas *in natura* – morfina (1808), codeína (1832), atropina (1833), cocaína (1859), cafeína (1860), efedrina (1885), mescalina (1888), entre outras. A tecnologia e a indústria que se criou em torno dessas substâncias serão analisadas com mais detalhes no próximo capítulo. Por ora, é importante destacar o desenvolvimento farmacêutico, o isolamento dos alcaloides e a injeção hipodérmica como fatores importantes da revolução psicoativa. Essas novas tecnologias serão responsáveis por criar uma cisão entre os laboratórios produtores dessas substâncias – que carregarão a marca da modernidade – e os herbanários que vendem plantas e seus extratos – que gradativamente serão associados ao atraso e ao charlatanismo.

A expansão marítima europeia, que iniciou no século XVI e avançou até a constituição de um mundo integrado como conhecemos hoje, criou condições para que determinados psicoativos tivessem seu consumo globalizado. Esse mercado global não foi composto apenas pelos produtos tradicionais, uma vez que o alambique e a filosofia técnica que advêm dele criaram condições para a criação de novos e potentes psicoativos – as bebidas destiladas e as substâncias alcaloides. Esse novo padrão

de consumo internacional, entretanto, não deve apagar as particularidades de cada contexto. As substâncias com raízes regionais continuaram sendo utilizadas e os novos produtos podiam ser absorvidos de diferentes formas de acordo com as preferências locais. O ópio, por exemplo, era consumido na forma líquida na Europa, enquanto na China a forma mais comumente utilizada era a fumada. Não muda, todavia, que tanto no Ocidente, quanto no Oriente, o ópio passou a ser parte da dieta farmacológica das populações antigamente excluídas de seu consumo.

A América portuguesa teve um papel importante nesse fenômeno da mundialização dos fármacos, atuando como uma grande produtora e exportadora de drogas. Qualquer análise sobre o papel dos portugueses nesse fenômeno deve começar com a produção de açúcar. Esse produto foi central no processo de colonização, constituindo-se no principal gênero de exportação do país durante vasto período. Embora hoje ele não seja considerado uma droga, seu consumo também precisa ser considerado dentro dos padrões que adotamos para outros psicoativos. O uso abusivo pode trazer danos à saúde. Assim como outras drogas, começou sendo vendido como uma potente medicina e um tempero exótico. Gradativamente, seu preço foi baixando, tornando-o um produto popular. Ele foi fundamental como acompanhante de outras drogas, pois se acoplava às bebidas que surgiam, tornando-as palatáveis e incrementando a sua popularidade. Ele

também se associava a preparados de cânhamo e de ópio na Ásia. A indústria do tabaco emprega o açúcar para preservar o sabor e a cor do produto até hoje.

O açúcar é originário da Nova Guiné e da Indonésia, tendo se espalhado para a China na antiguidade. Os mercadores árabes levaram o produto para o Mediterrâneo, incluindo a península Ibérica. Com a reconquista, os portugueses e os espanhóis passaram a cultivar o produto, explorando as ilhas mais próximas e depois as colônias portuguesas. A abundância de chuva, solos férteis e trabalho escravo tornaram possível uma expansão da produção na zona tropical da América. Desde a década de 1930 muitos autores adotam uma interpretação apontando a centralidade da experiência da grande lavoura açucareira para a formatação da estrutura multirracial e hierárquica própria do território brasileiro. Hoje, existe um campo de estudos históricos consolidado sobre o tema²⁴.

A eficácia produtiva do complexo do açúcar brasileiro era baseada, sobretudo, no trabalho compulsório. Primeiro, tanto das populações nativas, quanto dos escravizados africanos. É vasta a historiografia da escravidão no Brasil, bastando para nosso propósito apontar que, ao lado da venda e da compra de drogas, o

24 Desde 2005 são organizados, pela Rede Internacional de História do Açúcar, eventos internacionais bienais somente para discutir a importância desse produto para a organização da economia e da sociedade americana. Destaca-se o silêncio sobre o tema da psicoatividade desse produto.

trabalho compulsório foi a base da expansão comercial europeia em todos os continentes. No Brasil, os engenhos de açúcar estimulavam a instalação de alambiques, tornando o destilado de cana, popularmente conhecido como *cachaça*, parte importante da economia açucareira. O destilado de cana era um relevante produto utilizado no mercado de escravizados. David Courtwright aponta que 27% dos escravos de Luanda e Benguela trazidos para o Brasil tenham sido trocados por bebidas destiladas entre 1700 e 1830.

O destilado de cana produzido no Brasil seguiu a mesma trajetória dos produzidos na Europa. Desde o século XVI, existem registros sobre uma aguardente de cana utilizada tanto no comércio de escravos, quanto como bebida local, porém, até o século XVII, ela ainda era vendida como um remédio ou produto de luxo, vulgarizando seu uso ao longo do século XVIII. As bebidas destiladas, como a cachaça, tiveram importante impacto nas práticas de consumo popular tanto na Europa, quanto em outras partes do mundo. Apesar disso, os efeitos sociais desse novo e potente psicoativo variaram bastante. A Europa “foi muito bem-sucedida [...] na sua revolução do álcool. Encontrou nesse um dos seus excitantes cotidianos, de calorias baratas, seguramente um luxo de acesso fácil, de consequências brutais”²⁵. Os europeus teriam usado essa

25 BRAUDEL, Fernand. **Civilização Material e Capitalismo**: séculos XV-XVIII. Lisboa/Rio de Janeiro: Cosmos, 1970, p. 199.

poderosa bebida como meio de desorganizar socialmente os outros povos, principalmente os ameríndios. “Os povos índios sofreram muitíssimo com esse alcoolismo que se lhe oferecia”²⁶. Essa posição em relação ao efeito dos destilados entre os indígenas é compartilhada por outros autores, sendo considerada “a mais importante razão para sua ruína demográfica e cultural”²⁷.

Sem negar os efeitos ruins que o destilado gerou no interior das sociedades nativas da América, cabe se perguntar qual o sentido que essa nova e poderosa bebida passou a receber nos códigos culturais ameríndios. Ao se referir aos destilados europeus, os indígenas os associaram à ideia de “verdade/verdadeiro”, “ardente/fogo” e “espírito/espirituosa”, pois sua ingestão se constituía em uma técnica de êxtase mais eficiente do que aquelas permitidas pelos fermentados até então utilizados. Em um contexto cultural que valoriza os estados alterados de consciência, essas bebidas representavam um produto de grande interesse. O destilado como instrumento de troca com os indígenas ficou registrado nos relatos dos europeus que circulavam pelo país nos tempos coloniais e imperiais. Spix e Martius, por exemplo, somente conseguiam proteção e serviços dos indígenas enquanto durasse a cachaça.

26 Idem, p. 202.

27 COURTWRIGHT, David T. **Forces of Habit: Drugs and the Making of the Moderns World**. Massachusetts/London: Harvard/Cambridge, 2001, p.147.

[Abandonaram-nos] um após outro, todos os índios que eram domiciliados no Alto Japurá ou nos seus afluentes, e que nos haviam sido emprestados pelos diversos tubixabas, para caçadores e remadores. Assim se foi reduzindo a guarnição, em cada parada, e muitas noites víamos um ou outro, sem esperar pelo pagamento, tomar os seus poucos haveres e desaparecer, de manso, do acampamento para o mato, e não voltar mais. Cachaça, a poderosa panaceia para todas as disposições de ânimo do índio, não tínhamos mais bastante para conservá-los perto de nós²⁸.

A cachaça conviveu com uma enorme diversidade de licores que eram produzidos artesanalmente para consumo privado. Existem alguns relatos de viajantes que são presenteados pelas elites com aguardentes de frutas produzidas localmente. Essas fortes bebidas alcoólicas podiam ser consumidas em várias ocasiões, como antes do almoço, para “abrir o apetite”, ou nas conversas no final da tarde. No interior dos registros, entretanto, existe ênfase na predileção das classes menos favorecidas pela aguardente de cana, independente de gênero, condição social – livre ou escravo – e cor. Certamente, elas eram apreciadas

28 SPIX & MARTIUS *apud* FERNANDES, João Azevedo. Cauinagens e bebedeiras: os índios e o álcool na história do Brasil. **Revista Antropológicas**, v. 13, n. 2, 2002, p.42.

pelos efeitos próprios das bebidas espirituosas, mas não se pode ignorar o nível calórico existente nas bebidas alcoólicas e a importância que este fator devia assumir em dietas pobres e insatisfatórias, como era a dos escravos²⁹.

A cachaça também teve um papel muito importante na penetração portuguesa na África. No início da colonização existia grande preferência pelos vinhos espanhóis por parte dos africanos. Gradativamente, a cachaça – conhecida como *jeribita* – foi ganhando espaço no mercado. Como o produto americano concorria com o similar europeu, a Coroa portuguesa tentou barrar a produção em 1647 e 1649. Essa tentativa de limitar a exportação intensificou o contrabando e o descontentamento, culminando posteriormente em uma sublevação do Rio de Janeiro em um evento que ficou conhecido como Revolta da Cachaça. Luiz Felipe de Alencastro percebe nesse comércio a comprovação de relações bilaterais entre Brasil e África que escapavam do controle metropolitano. Segundo esse autor, a cachaça torna-se, no final do século XVII, mercadoria essencial no trato com os africanos, posição que perdurará até meados

29 ALGRANTI, Leila Mezan. Aguardente de cana e outras aguardentes: por uma história da produção e do consumo de licores na América portuguesa. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique (Orgs.). Álcool e drogas na história do Brasil. Belo Horizonte: PUCMinas, 2005, p.85.

do século XIX³⁰.

Falou-se do papel da América portuguesa como exportadora de açúcar e a importância da cachaça para fins de aproximação com os nativos americanos e para o comércio com a África. É preciso destacar o seu papel como elemento terapêutico por todas as classes sociais. Uma boa entrada nesse tema pode ser feita por meio dos manuais de medicina popular. O mais conhecido a circular no período colonial foi o de Buchan, intitulado *Medicina Doméstica*, somente suplantado por Chernoviz em meados do XIX. Manual escocês, de enorme sucesso editorial, foi traduzido para quase todas as línguas europeias, inaugurando um modelo de publicação que serviria de molde para outras iniciativas do gênero. Ele teve duas traduções para o português. Nesse manual, e em outros, existia uma seção indispensável, chamada “Formulário”, que apresentava os remédios e as suas indicações. Dentre os vários tipos de remédios descritos, existia uma parte exclusiva para as bebidas espirituosas. Seus usos eram tão variados que a aguardente podia ser “considerada uma panaceia universal para tratar diversos problemas que afligem a população que habitava o Brasil até os séculos XVIII e XIX”³¹.

30 ALENCASTRO, Luiz Felipe. **O trato dos viventes**: formação do Brasil no Atlântico Sul, séculos XVI e XVII. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

31 FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves; CASTRO, Evandro C. G. Os cuidados com a saúde dos escravos no Império Português: a aguardente para fins medicinais. In: BASTOS, Cristiana; BARRETO, Renilda (Orgs.). **A Circulação do Conhecimento**: Medicina, Redes e Impérios. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2011, p.121.

Outro manual, embora não tão difundo quanto o de Buchan, foi o do cirurgião Luís Gomes Ferreira intitulado *Erário Mineral*, produzido no Brasil a partir do cruzamento das suas experiências em solo americano e conhecimentos acadêmicos portugueses³². Como outros europeus que aqui chegavam, ele precisou adequar seus conhecimentos e visões de mundo a uma realidade marcada por informações sobre doenças e drogas até então desconhecidas. A dificuldade encontrada nos locais de moradia improvisados e a imersão em uma sociedade escravista exigiam ainda mais flexibilização das regras da medicina metropolitana. Sobre a cachaça, ele a receitava para lavar feridas, curar “incêndios de uma erisipela” por meio de panos molhados com aguardentes e, mais comumente, como elemento-base na preparação de beberagens terapêuticas.

Sobre esses preparados terapêuticos, que resultaram na cultura das *garrafadas* existente até hoje em algumas regiões do Brasil, são precisos maiores comentários. Entre os médicos portugueses existia uma clara preferência pela aguardente europeia por ser considerada de melhor qualidade. Entre os populares nativos, existem referências à utilização de ervas para confecções de cachaças medicinais que podiam ser usadas como simples remédios ou associadas a rituais e bênçãos. A consulta aos

32 FERREIRA, Luís Gomes. **Erário Mineral**: Publicado em 1735 em Lisboa Ocidental na oficina de Manuel de Rodrigues. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Fundação João Pinheiro/ Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

tratados médicos, lista de produtos em boticas e devassas eclesiásticas sugere a circularidade dos recursos botânicos e terapêuticos locais, aplicados na forma de emplastos ou de beberagens com aguardente. O uso dos mesmos recursos, entretanto, pode esconder diferentes formas de perceber a cura e a doença, pois eles podem ser usados para equilibrar ou purgar determinado humor ou para cumprir funções religiosas e rituais. A aguardente podia também ser usada como ingrediente de estimulantes, fortificantes e xaropes. Outra utilidade era sua aplicação diretamente sobre fraturas e deslocamentos “dos ombros e dos quadris, das vértebras e do espinhaço”³³. Quando usada diretamente sobre os ferimentos, a aguardente era aquecida, podendo ser aplicada sobre os nervos em caso de fratura exposta. Acompanhada de outros produtos, era usada para limpar as feridas advindas do sarampo e da varíola. Existia também a doença conhecida como *maculo*, achaque, corrupção do bicho, entre outros. Seus sintomas são parecidos com a hemorroida, porém podem se tornar persistentes e gerar hemorragia capaz de levar ao óbito. A terapêutica indicada incluía lavagem do ânus com suco de limão e água do mar e a aplicação de *saca-trapos* (uma espécie de supositório) de aguardente.

33 FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves; CASTRO, Evandro C. G. Os cuidados com a saúde dos escravos no Império Português: a aguardente para fins medicinais. In: BASTOS, Cristiana; BARRETO, Renilda (Orgs.). **A Circulação do Conhecimento: Medicina, Redes e Impérios**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2011, p.113.

Outra droga que teve enorme importância foi o tabaco. Antes da chegada dos europeus, como vimos no primeiro capítulo, ele era difundido em todo o continente americano. Inicialmente, foi visto com desconfiança pelos religiosos ortodoxos, porém logo se generalizou entre os colonizadores. Apesar dos vários comentários negativos, ele não parece ter sido reprimido pela inquisição. Assim como a aguardente, desde cedo o tabaco despertou interesse pelos usos terapêuticos graças aos relatos deixados por Nicolas Monardes. Não demorou muito tempo para que o uso se difundisse entre os europeus. No começo do século XVII o tabaco já tinha se tornado um produto global. A disseminação mundial do uso não foi feita sem resistência. Em países não produtores a reação a esse hábito alcançou graus extremos de violência. Inúmeras penas – morte, mutilação etc. – foram criadas em várias partes do mundo – Rússia, China, Império Otomano, Europa Oriental – sem sucesso. A popularização do consumo, incluindo Roma, obrigou os países a taxarem o comércio. No Oriente, os responsáveis por essa difusão foram os britânicos e os holandeses, enquanto na África foram os portugueses. As guerras eram importantes propulsoras do consumo.

O tabaco foi o cultivo de exportação mais importante que se desenvolveu no Brasil colonial depois do açúcar. Ele era cultivado no Pará, Maranhão, Pernambuco e, principalmente, no sul da Bahia. O tabaco brasileiro era

elaborado na forma de cordas, tratado com melado (um líquido extraído da cana de açúcar). Era um cultivo que necessitava de cuidado intensivo, podendo também ser produzido por pequenas unidades familiares. Apesar da sua rentabilidade, esse cultivo tendeu a se concentrar em torno de um nível social mais baixo do que o do açúcar. O comércio brasileiro de tabaco e de destilado era superior ao britânico no século XIX.

Sobre as formas de uso de uso do tabaco eram bastante variadas no contexto nativo americano, conforme foi visto no primeiro capítulo. Nas sociedades ocidentais o tipo de uso predominante variou de acordo com a época e o a forma de consumo. A Grã-Bretanha, por exemplo, era responsável por mais da metade do consumo mundial de tabaco inalado (rapé) no começo do século XIX, porém essa proporção baixou rapidamente. O cachimbo ganhou evidência na metade do XIX – com o desenvolvimento das manufaturas, o consumo acabou se massificando entre os trabalhadores. Sabe-se que até a década de 1930 a preparação do tabaco em pó se constituía em uma especialidade farmacêutica.

No Brasil, pesquisas arqueológicas registram a presença de tabaqueiras – pequenas caixas destinadas a guardar tabaco em pó, denotando que a aspiração de rapé era um hábito sofisticado. “Sua finalidade básica era a de provocar prazerosos espirros que desobstruíssem as

vias respiratórias, favorecendo, dessa forma, a eliminação dos humores mucosos”³⁴. Além desses usos sociais, existia também o emprego de rapé para aliviar dores de dentes e descongestionar a narina. Esses usos sociais e empregos terapêuticos, contudo, caíram em desuso em fins do século XIX, acompanhando a crise da nosologia baseada na teoria dos humores.

Para finalizarmos as grandes drogas de David Courtwright ainda convém falar sobre as bebidas cafeinadas. As bebidas utilizadas pelos indígenas, destacadas anteriormente, tornaram-se importantes produtos regionais, porém não chegaram a se globalizar. É o caso da erva-mate, que podia ser bebida na forma de chá ou pela infusão em um cabaço. Antes da chegada dos europeus, ela era um elemento básico da alimentação dos guaranis, que se espalhavam ao longo das margens dos rios Paraná, Uruguai e Paraguai. Embora considerada uma “erva do diabo” em um primeiro momento, logo foi assimilada pelos europeus. Os jesuítas, que inicialmente foram contra seu consumo, logo perceberam possíveis vantagens materiais e passaram a cultivar e aperfeiçoar os cultivos. Os portugueses tomaram contato com essa cultura por meio das bandeiras – denominando-a de *congonha*. Auguste de Saint-Hilaire foi o botânico responsável pelo

34 LIMA, Tania Andrade. Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.2, n.3, 1996, p.71.

primeiro relato científico que lhe deu o nome oficial atual – *Ilexparaguariensis*. A erva-mate foi um produto que teve importância econômica na região sul do país desde o século XIX, principalmente no Estado do Paraná. Robert Avé-Lallemant, em passagem por essa região em 1858, deixou um relato da onipresença do mate na sociedade sul colonial.

Mate, mate e mais mate! Essa senha no planalto, a senha das terras baixas, na floresta e no campo. Distritos inteiros, aliás, províncias inteiras, onde a gente desperta com o mate, madraccia o dia com o mate e com o mate adormece. As mulheres entram em trabalho de parto e passam o tempo de resguardo sorvendo mate e o último olhar do moribundo cai certamente sobre o mate. É o mate a saudação da chegada, o símbolo da hospitalidade, o sinal da reconciliação³⁵.

O estimulante mais importante para a economia brasileira foi indiscutivelmente o café, cujo efeito psicoativo é o oposto ao provocado pelos inebriamentos alcoólicos. Ele tem as propriedades que determinaram a forma como a sociedade europeia se desenvolveu a partir do século XVII. A cafeína, seu princípio ativo, provoca aceleração

35 AVÉ-LALLEMANT, Orville. Sociologia do mate no Rio Grande do Sul e Paraná de 1858. In: CASCUDO, Luís da Câmara (Org.). **Antologia da Alimentação no Brasil**. Rio de Janeiro/São Paulo: Livros Técnicos e Científicos, 1977, p.170-172.

das atividades intelectuais, fazendo desse fármaco a bebida burguesa moderna com enorme significação histórica. Difundido pelos burgueses em ascensão e tomado como seu símbolo, seus efeitos realizam o princípio racionalista – alterando a fisiologia do homem e transformando-o para as exigências da modernidade. As casas de café eram importantes locais de sociabilidade masculina, tornando-se verdadeiras incubadoras das ideias liberais e revolucionárias. Esses locais também se constituíam em importantes espaços de difusão do tabaco. Hoje sabemos que nicotina antecipa a absorção da cafeína. No Brasil, o café só foi se tornar importante no período do Império, superando economicamente o açúcar.

Tratamos até agora das grandes drogas planetárias, cuja escala de produção, distribuição, consumo e o grau de integração com as culturas ao redor do mundo fizeram com que fosse impossível proibir o cultivo e comercialização desses produtos. A revolução psicoativa ainda é caracterizada por outras drogas globais, porém com menor consumo do que as outras apresentadas acima. Esses psicoativos eventualmente se tornaram alvos de restrições e proibições, embora permanecessem como *commodities* bastante rendosas.

Começamos pela *Cannabis sativa*. O termo “sativo” é originário do latim e significa “o que se cultiva”, o que não é nativo ou o que não é selvagem. Assim como

em várias outras partes do planeta, ela foi uma planta introduzida pelos que chegaram, no caso, os portugueses e os africanos. Os primeiros a trouxeram para cultivá-la como cânhamo para cordas e tecidos. A Coroa chegou a atuar como protagonista nesse sentido, em fins do século XVIII, com a criação da Real Feitoria do Linho Cânhamo no extremo sul do Brasil. Iniciativa essa que acabou fracassando economicamente. Foram os africanos os principais responsáveis sobre difundir o uso costumeiro de *Cannabis*. Existem evidências, desde o século XVI, de que os escravizados plantavam *Cannabis* nas suas hortas caseiras. Os senhores permitiam que eles fumassem nos períodos de inatividade do trabalho, reproduzindo um uso costumeiro entre os agricultores africanos. Esse padrão não se verificou na América no Norte, ainda que o cânhamo tenha sido mais amplamente cultivado lá do que na América do Sul. A explicação que se dá para isso é que os escravizados que vieram para as colônias britânicas eram da costa ocidental da África, onde a *Cannabis* não tinha estabelecido raízes.

As ligações culturais com a África podem ser percebidas pelas similaridades das formas de consumo e pela nomenclatura de origem banto que a *Cannabis* ganhou no Brasil (*liamba*, *riamba* e *diamba*). Isso denota a predominância do elemento africano no consumo. É reflexo dessa ligação o discurso posterior higienista e elitista, que

associava o consumo da erva ao negro e à degeneração da raça. Existem outras referências que fazem associação direta com os escravizados. Foi entre os segmentos populares que seu emprego terapêutico se disseminou com maior força, fato que vem reforçar a hipótese da influência cultural e do pertencimento brasileiro ao *complexo da ganja*. Relatos dos higienistas do início do século XX denotam essas diversas finalidades.

Na medicina popular [...] é dada na asma, onde aliás a tosse provocada pela fumaça faz receitar um uso mais extenso na moléstia; nas perturbações gastrointestinais, nas nevralgias, nas cólicas uterinas, e finalmente como afrodisíaco³⁶.

O médico português Garcia da Orta afirmava que os marinheiros portugueses que transitavam pelas colônias também ficaram adeptos do hábito de fumar haxixe. Não parece, entretanto, que esse hábito tenha ficado restrito aos marinheiros e aos africanos e seus descendentes. Na distante região do Amazonas o *dirijo* (como era conhecida a *Cannabis*), era fumada pelos caboclos como remédio infalível para certas doenças, como as nevralgias dentárias e como parte integrante dos ritos xamânicos e de cura.

36 DÓRIA, Rodrigues. Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício. In: **Maconha**: Coletânea de Trabalhos Brasileiros. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1958, p.09.

Recentemente, também foram apresentadas algumas evidências bastante relevantes da presença da *Cannabis* entre os indígenas e pescadores maranhenses³⁷. Todas essas evidências apontam que o consumo de *Cannabis* se tornou arraigado entre as classes populares das regiões nordeste e norte do Brasil durante largo período – do início da colonização até hoje.

Enquanto vingou o pacto colonial, os usos sociais da *Cannabis* parecem ter se restringido aos segmentos populares e respeitado os padrões culturais do complexo da ganja. Sobre a coca não existe nenhum relato ou estudo que aponte o uso durante o período colonial, nem mesmo nas áreas de fronteira com o mundo andino. O ópio, por outro lado, é cercado de controvérsias.

Vimos no primeiro capítulo que o ópio era uma substância que possuía inúmeras utilidades terapêuticas, fato que fez dele um importante produto comercial. Ele é um potente analgésico natural que diminui o ritmo de atividade das funções do intestino – por isso era usado para obter a constipação (em casos de diarreias muito fortes, como na cólera). Diminui o apetite, o que gera uma economia para os menos desfavorecidos. Ele também ajuda a aguentar o calor excessivo e os trabalhos monótonos.

37 Esses dados foram reunidos e apresentados pela Professora Doutora Isabela Oliveira na apresentação intitulada “Diamba no Maranhão”, realizada no IV Encontro Nacional sobre a SócioAntropologia do uso de psicoativos (IV ENSSAUP), ocorrido na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) entre 08 e 10 de setembro de 2015.

Por todas essas utilidades, não é surpresa que ele tenha se tornado um importante produto comercial.

O crescimento da importância e do conhecimento sobre o ópio derivou, primeiramente, por ter sido o primeiro produto de interesse dos orientais fora a prata. Foi ele que possibilitou a ampliação do comércio com o Oriente, perspectiva que levou os ingleses a impor plantações de papoula em suas colônias asiáticas. Paralelamente, esse produto vai ganhando espaço na terapêutica europeia na forma de compostos medicamentosos – que podiam receber o nome de triaga ou de láudano. Primeiramente restrito as classes mais altas, foi gradativamente se popularizando – principalmente quando os holandeses passaram a dominar esse comércio – a partir do século XVII. As zonas de influência protestante foram as primeiras a aceitarem o ópio como produto terapêutico. Na Inglaterra foi inventado o láudano de Sydenham, que se tornou um dos mais famosos remédios dos séculos XVII e XVIII. Um dos segredos do láudano de Sydenham foi “combinar o ópio com a ipecacuanha, um vegetal emético, tônico, purgante e sudorífero, especialmente eficaz para a ameba da disenteria”³⁸. A ipecacuanha é um vegetal nativo do Brasil explorado inicialmente na França como remédio. No final do século XVIII, a Coroa portuguesa organiza sua exploração comercial que cresce vertiginosamente até

38 ESCOHOTADO, Antonio. **Historia General de las Drogas**: incluyendo el apéndice Fenomenologia de las Drogas. Madrid: Espasa Calpe, 2008, p.376. Tradução sugerida.

meados do século XIX – quando o produto começa a ficar escasso.

No Brasil, foram os jesuítas os principais difusores da medicina europeia até sua expulsão em meados do século XVIII. Esses religiosos mantinham boticas e elaboravam preparações com base em plantas que vinham da Europa e do Oriente. Gradativamente, eles passaram a incorporar plantas medicinais nativas e elaboraram importantes produtos combinando ingredientes dos três continentes. Muitas dessas receitas eram exportadas para a Europa – como a famosa *Triaga Brasílica*, que veremos a seguir. Em todas essas formulações, era constante a presença do ópio. Os físicos, cirurgiões e outros curandeiros que peregrinavam pelas cidades em busca de clientes, em geral não tinham um status social elevado. Muitos cristãos novos se dedicavam a essas profissões. Esses curandeiros peregrinos, para “orientarem suas prescrições, adotavam as farmacopeias europeias, destacando-se os tratados de plantas medicinais e as coleções de receitas de autores portugueses consagrados, como Garcia da Orta e João Curvo Semedo”³⁹. É importante, entretanto, apontar que, na colônia portuguesa, desenvolveram-se artes de curar peculiares, caracterizada pelo sincretismo cultural e pela formação de medicinas multifacetadas afeitas ao universo da magia.

39 TEIXEIRA, Luiz Antônio; EDLER, Flavio Coelho. **História e cultura da medicina no Brasil**. São Paulo: AORI Produções Culturais, 2012, p.46.

O uso de receitas para remédio, como vimos, era tradicional e presente nos diversos manuais de medicina prática que eram vendidos na Europa e na América portuguesa. Porém, nem todas as receitas eram divulgadas. Algumas delas eram ocultas para evitar que outras pessoas descobrissem o segredo da poção curativa. Esses remédios podiam ser feitos por uma grande variedade de agentes, que iam das profissões credenciadas – físicos, cirurgiões e boticários – até pessoas não ligadas diretamente às artes da cura, em um espectro que variava de reis a escravos. É possível dizer que o segredo e a expectativa por uma cura espetacular aumentavam o potencial efeito placebo, o que diferenciava esses remédios dos atuais – que procuram diminuir esse efeito a partir de testes.

No Brasil, temos notícias desse tipo de medicamento desde início do século XVIII. Em 1718, por exemplo, um remédio secreto produzido por um francês contra o morbo-gálico (sífilis) fez tanto sucesso que a Câmara de Salvador se viu na contingência de comprar o produto para oferecer à população. Foram, entretanto, os jesuítas os mestres na elaboração de receitas secretas. A *Triaga Brasília*, o mais famoso desses remédios, era importante fonte de lucro para esses religiosos e tornou-se objeto de disputa com o poder metropolitano depois da expulsão deles do Brasil. Descrita como panaceia para diversos males, também era receitada como antídoto para envenenamentos. Esse remédio, como todos os outros similares,

constitui composição exemplar de terapêutica empregada no século XVIII, mas concebida no mundo antigo. As triagas ou triagas continham ópio em sua formulação, droga essa usada em muitas receitas desde a Antiguidade, tanto no Egito, como na Grécia ou em Roma⁴⁰.

Sabe-se que, embora fossem os ingleses os que mais ganharam e os que mais expandiram o comércio de ópio com o Oriente, particularmente com a China, foram os portugueses os primeiros a descobrir que os chineses também aceitavam ópio na troca de chá, sedas e especiarias. Foi para acabar com o florescente comércio lusitano que o imperador Yung-Cheng decretou a primeira proibição ao comércio de ópio, em 1729. Os portugueses seguiram negociando o produto baseados nas produções de Goa e, depois, de Macau. Gradativamente, entretanto, os ingleses foram substituindo os portugueses nesse comércio até os segundos ficarem com uma posição totalmente marginal. Importante, para nosso propósito, é apontar que os jesuítas também atuavam no Oriente e incorporavam elementos daquela cultura em suas formulações. Os portugueses tinham familiaridade com o ópio e, provavelmente, como já aponta Vera Marques no excerto mostrado acima, esse

40 MARQUES, Vera Regina Beltrão. **Natureza em Boiões**: medicina, boticários no Brasil setecentista. Campinas: UNICAMP, 1999, p. 246.

foi um ingrediente fundamental em muitos remédios secretos.

O fato de os portugueses conhecerem e negociarem ópio no Oriente não significa que esse produto tenha se massificado. Destaca-se o papel dos árabes hispânicos na divulgação do ópio como elemento terapêutico, cabendo ao árabe Ibn Sinna de Avicena grande papel na divulgação dos remédios na forma de triaga. Inexistem ou são desconhecidas pesquisas que abordem o uso de ópio e seus derivados em Portugal. Sobre a Espanha, sabe-se que o comércio de ópio era livre até meados do século XIX.

Se o consumo de analgésicos se globalizava, cabe nos perguntarmos até que ponto ele era acessível ou não para a população que habitava as colônias portuguesas na América. A historiografia brasileira tende a associar o uso de remédios secretos às mezinhas domésticas que utilizavam simpatias e produtos da polifarmácia ensinados pelas tradições indígenas e populares. Márcio de Sousa Soares, por exemplo, afirma que não existe “qualquer evidência que os próprios segmentos populares se ressentissem da ausência de médicos e suas drogas”⁴¹. Essa ausência era reclamada, sobretudo, pelos administradores, viajantes estrangeiros e os próprios médicos. O vice-rei, conde de Resende, em 1796, escreveu uma carta desse tipo

41 SOARES, Márcio de Sousa. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 8, n. 2, 2001, p.424.

lamentando a falta de médicos, porém admite que esse problema não afetava os segmentos populares, pois “os ignorantes e curadores (eram) escolhidos muitas vezes com preferência por espalharem que possuem certos remédios e segredos para todo o gênero de moléstia”⁴².

A extensão dos usos de remédios de segredo e do ópio nesse tipo de medicamento ainda precisa ser alvo de uma investigação mais apurada. Precisamos ter uma posição mais ponderada que considere pelo menos dois pontos. O primeiro deles é reconsiderar a ignorância portuguesa em relação ao uso e ao comércio de ópio. É fato que eles tinham conhecimento desse produto, utilizavam-no em seus preparados medicamentos e como elemento do comércio – embora esse último não tenha tomado maior relevância no conjunto global do comércio lusitano. O segundo aspecto é não esquecer que vingou, durante praticamente toda a história colonial, o exclusivismo que impedia a chegada dos produtos terapêuticos europeus que se popularizavam na Europa. Uma posição moderada, portanto, não apontaria, nem para uma falta total (como comumente se faz), nem para uma popularização (como acontecia na Europa na mesma época).

O século XIX, com a chegada da Corte e a independência política, alterará de forma bastante significativa esse quadro. O que procurei mostrar ao longo

42 RESENDE *apud* SOARES, op. cit., p.424.

dessa exposição foi o papel da colônia portuguesa como grande produtora de drogas, sendo uma das responsáveis pelas vulgarizações de alguns itens, tais como o açúcar, o tabaco e, posteriormente, no século XIX, o café. Além de produtor, a colônia também era consumidora desses itens. Associados ao complexo do açúcar, os destilados alcoólicos tiveram grande relevância no estabelecimento de comércio com os africanos e de contatos com os indígenas. Fora esses produtos, também existem alguns fármacos de expansão regional, como o guaraná, o mate/chimarrão (estimulantes vegetais), a jurema, a ayahuasca (visionários) e a *Cannabis*. Esta última foi consumida nas regiões nordeste e norte, com pautas culturais de consumo que ligam o país à antiga tradição do *complexo da ganja*. A coca só ganha importância no século XIX quando se desenvolve a ciência dos alcaloides. O ópio, por sua vez, está ligado às tradições antiguíssimas e revalorizado como elemento terapêutico na Europa durante o período de formação da colônia, fato que leva a crer sua presença, mesmo que tímida, em alguns compostos medicamentosos que circulavam mesmo com o exclusivismo comercial.

Tudo isso que foi colocado neste capítulo pode dar um novo sentido às explicações econômicas tradicionais, permitindo aos professores e professoras do Ensino Básico recolocarem a questão das drogas em outros termos. Mais do que reproduzir a dicotomia legal/ilegal, tais considerações podem trazer elementos para repensarmos

as drogas no nosso cotidiano, alertando para os malefícios de produtos ordinários e o papel dos estimulantes no ordenamento do trabalho e dos estudos.

CAPÍTULO 3

◉ FIM DO EXCLUSIVISMO COLONIAL E ◉ LIBERALISMO BRASILEIRO ◉ (1808-1904)

Quando iniciei o livro, trouxe para reflexão algumas considerações do historiador francês Marc Bloch sobre a função e a legitimidade da história. Ao iniciar esse capítulo, vou recorrer a ele novamente, quase me desculpando. Na sua obra *Apologia da História ou o ofício do historiador*, ele critica a mania dos historiadores em recorrer aos eventos de natureza política, tais como mudanças de regime, de reinado, de governo e outros, para marcar mudanças significativas em suas narrativas históricas. Não existe pecado maior para o historiador. O esforço realizado aqui é no sentido de adequar a cronologia à natureza do fenômeno estudado, ou seja, as práticas de consumo e de circulação das drogas. Desde já, portanto, cabe nos perguntarmos o que o ano de 1808 tem a ver com nossa história.

Antes mesmo de chegar ao Rio de Janeiro, Dom João assinou o famoso tratado de abertura dos portos às nações amigas, permitindo, a partir de então, a entrada de produtos europeus no território colonial. Na prática, isso significou a penetração de uma série de mercadorias que antes eram barradas, tais como os medicamentos.

Somada a essa permissão, foi fundada no mesmo ano a Impressão Régia no Rio de Janeiro que, a partir de então, acabou levando ao florescimento da indústria editorial no Brasil durante todo o século XIX. A penetração comercial estrangeira está registrada nos periódicos da época.



FIGURA 1 | Propaganda de representante de laboratório francês no Brasil no século XIX

Tuberculose pulmonar e da larynge, bronchite crônica e aguda, catarro pulmonar bronchial, asma, tosse rebelde e escrofulas coqueluche e escrofulas

Curam-se com o excelente remédio



THICOL

Preparação artificial insípida, sem cheiro e sem sabor, não toxica. De facil absorção, não irritante; e ao contrario mata, acalma o prurido e a dor; não machuca o respo. Excelente succedaneo, indolore e mais barato do que o iodoform.

Em Dermatologia é aconselhado contra a acne, o eczema, a alopecia, a sarna, a seborrhea, a erysipela, os pruridos, o psoriasis, o favus, etc.

Em Gynecologia é indicado no tratamento dos catarrhos cervicæ, das endometrites, das para e peri-metrites, das ovarites, salpingites, vaginites e da menorrhagia vaginal.

VENDE-SE NAS BOAS PHARMACIAS E DROGARIAS

OUTROS PRODUCTOS ESPECIAES

Digalène « Roche »: Molestias do coração.

Airol « Roche »: Succedaneo do iodoformio.

Agente Geral no Brazil

F. Hoffmann La Roche & C.
BAZILEA (Suissa)
Paris: Rue St. Claude, 7

Adolpho Woebcken
Rua da Rifandega, 68, Moderno Rio de Janeiro

FIGURA 2 | Propaganda do laboratório Hoffmann La Roche & C. no Brasil no século XIX

Essa parceria entre indústria estrangeira e representantes comerciais locais levou à difusão de uma série de remédios que antes eram restritos devido aos bloqueios econômicos.

Elixires, panaceias, drogas ditas ‘secretas’, de livre entrada no Brasil após a abertura dos portos ao comércio estrangeiro, abarrotaram as prateleiras das farmácias – ainda chamadas ‘boticas’ – e de outros estabelecimentos comerciais⁴³.

43 SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. **História geral da medicina brasileira**. v.2. São Paulo: Hucitec, 1991, p.362.

Essa disponibilidade de novas drogas tratava-se, sem dúvidas, de uma grande mudança na perspectiva de controle praticada pelos portugueses até então. Uma das mais antigas e importantes referências legais nos códigos lusitanos provém das Ordenações Filipinas. O Livro V, Título LXXXIX, proibia – “salvo se for Boticário examinado, e que tenha licença para ter Botica, e usar do Ofício” – as pessoas de terem rosalgar (arsênico), escamônea (planta purgativa) e ópio; afirmava, ainda, que “os Boticários poderão meter em suas mezinhas os ditos materiais, segundo pelos Médicos, Cirurgiões, e Escritores for mandado”; caso “outras pessoas, que não forem Oficiais conhecidos” vendam esses produtos, elas ficariam sujeitas à multa e a qualquer outra pena em caso de reincidência.⁴⁴ É possível especularmos sobre a real efetividade de uma ordem desse tipo, porém é indiscutível a pretensão da Coroa em monopolizar tão importantes gêneros comerciais desde o início do século XVI.

Essas mudanças econômicas eram acompanhadas de uma maior difusão do pensamento iluminista no campo jurídico e político, tais como os preceitos da igualdade dos indivíduos perante a lei, o livre-arbítrio, a responsabilidade moral pelos atos praticados, a punição proporcional ao crime cometido, entre outros. Paralelamente, existia o receio da elite e da monarquia de perder o controle sobre o processo político, levando à radicalização política.

⁴⁴ Ordenações Filipinas. Universidade de Coimbra.

O exemplo francês, incluindo o de sua colônia de São Domingo, era vivo e, depois da derrota de Napoleão, o Brasil foi um local de exílio de muitos bonapartistas. Entre golpes e contragolpes, foi promulgada uma Constituição –em 1824 – que refletia a reação de um liberalismo federalista contra uma monarquia centralizadora.

O centralismo era identificado com o despotismo e a carestia de produtos, por isso grandes atribuições e liberdades foram concedidas aos poderes locais. A carta constitucional previu a existência de uma Câmara em cada cidade ou vila, “as quais compete o Governo econômico” (Artigo 167). A Regulamentação das Câmaras ocorreu com a Lei de 1º de outubro de 1828, determinando que caberia a estas instituições “tudo quanto diz respeito a polícia, e economia das povoações, e seus termos” (Artigo 66). Ou seja, cabia aos vereadores eleitos definir as formas como se organizaria o comércio, a exposição de produtos à venda, a balança, os pesos e os padrões para regular as aferições e a circulação de mercadorias e pessoas. Polícia, nesses termos, não é apenas sinônimo de combate ao crime; é também o controle sobre a circulação de pessoas e de mercadorias, do abastecimento, da vigilância sanitária e de tudo que rege a vida civil⁴⁵. O controle policial sobre a vida cotidiana é a forma política mais rudimentar de uma biopolítica que se transformava ao longo do século XIX.

45 Constituição do Império do Brasil, 1824. Câmara dos Deputados.

Outra novidade da Constituição de 1824 foi a criação dos Juizes de Paz (Artigo 162), leigos ou não que seriam eleitos como os vereadores. O tema das atribuições desses magistrados foi polêmico, tornando-se assunto recorrente nas pautas parlamentares entre 1826 e 1842. Suas atribuições eram amplas e estavam relacionados com a guarda nacional, o juiz de órfãos, as eleições, o júri e a liberdade de imprensa, que compreendiam, “além da esfera judicial e conciliatória, atividades policiais, administrativas e eleitorais”.⁴⁶ A Lei de 15 de outubro de 1827, que regulamentou as funções dos Juizes de Paz, foi a primeira normativa de âmbito nacional com dispositivos legais contra o uso de álcool. Além de fazer observar as posturas policiais promulgadas pelas Câmaras (Artigo 5, § 10), também cabia aos Juizes de Paz “pôr em custódia o bêbedo, durante a bebedice” (Artigo 5, § 4) e “corrigir os bêbedos por vício, turbulentos, e meretrizes escandalosas, que perturbam o sossego público, obrigando-os a assinar o termo de bem viver” (Artigo 5, § 5)⁴⁷.

Essa normativa deixa expressa de forma bem clara a motivação antialcoólica dos legisladores. É considerando também o aspecto local do governo (polícia) de que é possível compreender o significado das primeiras normas legais contra o uso da *Cannabis*. As Posturas da Câmara

46 MOTTA, Kátia Sausen da. Juiz de Paz e cultura política no início dos oitocentos. **Dissertação**, Universidade Federal do Espírito Santo / História Social das Relações Políticas, 2013, p.63.

47 Constituição do Império do Brasil, 1824. Câmara dos Deputados.

Municipal do Rio de Janeiro, no Título 2º, *Sobre a Venda de Gêneros e Remédios, E Sobre os Boticários*, diz

§7 – É proibida a venda e o uso do Pito do Pango, bem como a conservação dele em casas públicas: os contraventores serão multados, a saber, vendedor em 20\$000, e os escravos, e mais pessoas que dele usarem, em 3 dias de cadeia⁴⁸.

Essa norma legal parece não se dirigir à cannabis em si, mas aos segmentos étnicos e sociais – “os escravos, e mais as pessoas” – que a consumiam. Esse evento, que ocorreu dez anos antes da criação do Clube dos Hachichins de Paris, provavelmente foi a primeira normativa ocidental contra essa droga. Essa legislação tem um claro caráter racial, menos voltado para o fármaco e mais para a necessidade de não permitir a aglomeração de escravizados no centro comercial. Além desses aspectos – antiguidade do uso e da repressão; caráter racial –, também é preciso destacar o caráter estritamente comercial dessa medida. Ela foi inserida em um título das Posturas que tratava sobre a venda de gêneros, remédios e a atuação dos boticários. Era o poder local que definia as formas como deveria ocorrer o comércio, contra os regulamentos impostos pela Coroa portuguesa.

48 DÓRIA, Rodrigues. Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício. In: **Maconha**: Coletânea de Trabalhos Brasileiros. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1958, p.14.

As Ordenações Filipinas e uma miríade de leis ‘extravagantes’, provisões, regulamentos e alvarás, passarão a ser o alvo mais visível e atacado dos projetos de reforma de uma elite que iniciava a sua obra de construção de um Estado e de uma ‘civilização’⁴⁹.

Nesse sentido, uma importante medida adotada pelo governo recém-independente foi a promulgação do Código Criminal do Império por meio da Lei de 16 de dezembro de 1830, bastante avançado em termos liberais, inclusive em relação aos países europeus. O Brasil foi o primeiro país da região latino-americana a ter um código penal autônomo, influenciando, assim, os países vizinhos. É preciso destacar, entretanto, que por trás desses avanços existiam normas sociais de uma sociedade patriarcal e escravocrata que criava uma forte hierarquia com base no gênero, na raça ou nas condições sociais. A única referência ao nosso tema nesse código diz respeito ao infanticídio: o artigo 200 prevê pena de dois a seis anos de prisão com trabalho para quem fornece com conhecimento de causa drogas ou qualquer outro meio para produzir aborto, mesmo que este não se realize. Pena dobrada para médico, boticário, cirurgião “ou praticante de tais artes”, ou seja, os práticos.

49 VELLASCO, Ivan de Andrade. O juiz de paz e o Código do Processo: vicissitudes da justiça imperial em uma comarca de Minas Gerais no século XIX. *Justiça & História*, v. 3, n. 6, 2003, p.04.

Se atentarmos para a Constituição de 1824, entretanto, perceberemos que a ausência do tema das drogas nos dispositivos do Código Penal não ocorria por desinteresse na matéria, mas porque tais áreas eram parte da jurisdição dos municípios e da esfera local. São as pesquisas sobre as realidades municipais que poderão nos trazer mais informações sobre o sistema de controle da ebriedade no século XIX. A Lei de 1º de outubro de 1828, que regulou as Câmaras, previu, no Artigo 84, que caberia aos fiscais de freguesia a fiscalização das posturas promulgadas pelo legislativo municipal, incluindo a venda de drogas.

Ao longo do século XIX esse sistema de regulação a partir do poder local vai sofrer fortes e incessantes críticas pelos vários segmentos sociais, incluindo os profissionais da medicina que começavam a se formar graças à criação das primeiras faculdades de medicina no Rio de Janeiro e em Salvador. Se a Fisicatura, órgão português responsável por verificar as normas sanitárias em âmbito colonial, foi extinta com apoio da classe médica local, as amplas atribuições das Câmaras Municipais eram vistas como usurpação de uma atividade que deveria ser “técnica”. Foi para articular esforços no sentido de retomar sua reserva de mercado que a nascente classe médica brasileira criou a Associação Imperial de Medicina (AIM).

A AIM foi enérgica na defesa dos interesses de sua classe, atuando em algumas frentes. Uma das estratégias utilizadas para sensibilizar as autoridades do país era o envio de ofícios às Câmaras municipais oferecendo os seus serviços em matéria de saúde pública, sempre publicando na imprensa médica os retornos favoráveis. Paralelamente a esse esforço de publicidade, ocorria a movimentação de bastidores na Câmara dos Deputados para submeter a política sanitária a uma autoridade “técnica”. Eram explorados de forma incessante os problemas trazidos pelos leigos na administração desse serviço. A partir da década de 1840, acompanhando o movimento mais amplo de centralização do Império, também começa a gradativa desmunicipalização da saúde pública. É nesse contexto de reforço da centralização que é criada a Junta Central de Higiene Pública (JCHP)⁵⁰.

A JCHP é uma instituição que provocou enorme polêmica na historiografia brasileira. Inicialmente, entre os teóricos da medicalização da sociedade, ela foi exaltada como a representação do poder médico sobre o corpo social. Posteriormente, essa posição foi criticada, mostrando que ela significou a sujeição da AIM ao poder público, além de ser uma burocracia totalmente secundária no conjunto das instituições públicas imperiais. Mais do que fazer

50 MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela; LUZ, Rogério; MURICY, Katia. **Danação da Norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

uma grande revisão sobre esse tema, cabe destacarmos as atribuições da JCHP referente ao nosso objeto de pesquisa.

Francisco Paulo Cândido, médico que coordenou a JCHP entre 1850 e 1864, declarou serem os principais objetivos desta instituição tanto promover estudos sobre as causas da insalubridade pública, quanto à apresentação de medidas higiênicas capazes de garantir “a saúde e o vigor do corpo, e a conseqüente elevação da moral”⁵¹. As inspeções e demais tarefas de polícia médica, vistas como tão necessárias pela AIM e outras instituições médicas e farmacêuticas do período, eram entendidas por ele como uma sobrecarga para a JCHP, pois o ideal seria que tais atribuições fossem de alçada da justiça territorial. As comissões de higiene que atuavam nas capitais não tinham estrutura para fazer a fiscalização que era necessária em todo o território nacional. Ou seja, a estrutura centralizada era bastante deficitária.

Essa pequena exposição é importante para entendermos a capacidade dos médicos em atuar como um grupo de pressão política e, conseqüentemente, exercerem maior influência sobre as regulamentações e as fiscalizações sobre o exercício da medicina e o comércio de drogas. Trata-se, sem dúvidas, de um período de grande liberalidade na venda e no consumo de drogas nas farmácias

51 CÂNDIDO *apud* VELLOSO, Verônica Pimenta. Farmácia na Corte Imperial (1851-1887). Tese, Fundação Oswaldo Cruz / Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde, Rio de Janeiro, 2007, p.149.

e boticas. Tendo como base essa perspectiva institucional, não podemos criar uma separação absoluta entre médicos eruditos treinados nas faculdades de medicina que, por meio da sua atuação política, procuravam garantir um mercado exclusivo de acordo com o poder político e as práticas terapêuticas populares. Existiam muitos canais de comunicação entre o erudito e o popular, principalmente com a divulgação de livros de medicina prática.

No começo do século XIX, com o fortalecimento do mercado editorial, surgem também as primeiras revistas médicas. O público restrito e a ausência de interesse dos médicos formados nesses periódicos levaram os editores a se direcionarem ao público leigo cada vez mais. A dificuldade de se financiarem explica a curta vida da maioria da imprensa médica do século XIX. Contrastam com esse fracasso, entretanto, os manuais de medicina que visavam à capacitação dos leigos nas artes médicas. O mais conhecido autor da época foi o polonês radicado no Brasil Luiz Napoleão Chernoviz (1812-1882).

Diante da impossibilidade de fazer frente à presença dos terapeutas populares, essas obras de vulgarização da medicina constituíram, sem dúvida, uma espécie de substituto dos médicos,

que delegavam suas funções aos 'doutores' de papel⁵².

Conforme vimos no capítulo anterior, alguns manuais estrangeiros traduzidos e mesmo alguns produzidos a partir da experiência luso-brasileira, como o *Erário Mineral*, de Luís Gomes Ferreira, já circulavam no período colonial. Com a criação do ensino médico e o desenvolvimento do mercado editorial no século XIX, vários físicos brasileiros passaram a se aventurar nesse nicho comercial. Jean-Baptiste Alban Imbert escreveu o *Manual do Fazendeiro*, que teve duas edições, o *Guia Médico das Mães de Família*, de 1843, e o *Ensaio Higiênico sobre o Clima do Rio de Janeiro*, de 1837. Luiz Francisco Bonjean publicou *O Médico e o Cirurgião da Roça e Primeiros Socorros*. Theodoro Langgard foi autor do *Dicionário de Medicina Doméstica e Popular* e do *Formulário Médico*.

Esses manuais estão em consonância com o espírito dos seus antecessores, que é dar instruções de higiene às populações de regiões rurais carentes de médicos formados. Munidos dos pressupostos climáticos e anatomoclínicos característicos do ensino médico do

52 FERREIRA, Luiz Otávio. Medicina Impopular. Ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840). In: CHALHOUB, Sidney; MARQUES, Vera Regina Beltrão; SAMPAIO, Gabriela dos Reis; SOBRINHO, Carlos Roberto Galvão (Orgs.). **Artes e Ofícios de Curar no Brasil**: capítulos de história social. Campinas: UNICAMP, 2003, p.117.

período, eles são fiéis ao ideal pedagógico iluminista, com inspiração higienista, filantrópica e civilizadora. Esses manuais “desempenhavam o papel de divulgadores do conhecimento médico, estabelecendo uma comunicação entre o saber acadêmico (estruturado e sistematizado) e o conhecimento popular”⁵³.

Para efeito de comparação, esse tipo de empreendimento editorial nos EUA também foi bastante exitoso, tanto na venda dos clássicos internacionais citados acima, quanto de outros manuais produzidos pelos próprios estadunidenses. Esses guias eram escritos por médicos e leigos com o objetivo de divulgar conhecimentos botânicos, ecléticos, homeopatas, hidropatas, remédios vegetais que evitassem a sangria e outros procedimentos de saúde domésticos. Ao contrário do que ocorria nos EUA,

onde esses manuais eram a expressão de um movimento de afirmação de setores da medicina popular contra os privilégios reivindicados pela profissão médica, no Brasil esse tipo de literatura era produzida por médicos com a chancela da Academia Imperial de Medicina (AIM)⁵⁴.

53 FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. Os manuais de medicina e a circulação do saber no século XIX no Brasil: mediação entre o saber acadêmico e o saber popular. **Educar**, n. 25, 2005, p.65.

54 EDLER, Flavio Coelho; GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. Chernoviz e a medicina no Império. **Insight Inteligência**, v. 2, 2003, p.129.

Dentre todos os manuais produzidos no Brasil durante o período imperial com esse tipo de proposta, os mais populares foram, sem dúvida, aqueles escritos por Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, o misterioso doutor capa preta, cuja face ninguém vê, porém todo mundo conhece. Para se ter uma noção da popularidade de seus livros, o *Formulário ou Guia Médico* teve dezenove edições em português e três em espanhol, ultrapassando as fronteiras da América portuguesa.

Esses manuais, de forma geral, se colocavam como porta-vozes de mensagens civilizadoras e iluministas, uma vez que eles se apresentavam como instrumento de popularização da ciência. Esse intento não estava isento do dilema ético e de conflitos com os objetivos de monopolização da terapêutica por parte das instituições oficiais, que defendiam ser somente o médico e o cirurgião formados aptos a realizar operações terapêuticas. A carência de médicos no interior do país e a suspeita que parte da população tinha à medicina oficial abriram espaço para esse tipo de iniciativa. Por isso, em 1842, a publicação e o sucesso das obras de Chernoviz foram aplaudidas “como fato de suma importância para o esforço de popularização da medicina”⁵⁵.

55 FERREIRA, Luiz Otávio. Medicina Impopular. Ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840). In: CHALHOUB, Sidney; MARQUES, Vera Regina Beltrão; SAMPAIO, Gabriela dos Reis; SOBRINHO, Carlos Roberto Galvão (Orgs.). **Artes e Ofícios de Curar no Brasil**: capítulos de história social. Campinas: UNICAMP, 2003. p.117.

O dilema nascido da necessidade de popularizar a medicina oficial, por um lado, e de monopolizar a prática terapêutica, por outro lado, levaram esses manuais a conciliar os argumentos da indispensabilidade de um médico com a popularização dos procedimentos terapêuticos e cirúrgicos. Apesar dos avisos constantes para buscar auxílio médico sempre que possível, é relevante perceber que existiam, em quase todos os manuais, orientações para a realização de amputações – consideradas até fins do século XIX uma cirurgia de alta complexidade. É possível aferir desse fato que tais livros foram responsáveis pela instrumentalização de inúmeros cirurgiões e terapeutas práticos. Também é plausível pensar que tais orientações não eram tão distantes das praticadas pela ciência oficial, fato que reforça a relativização do antagonismo entre cultura popular e medicina acadêmica.

Para nosso propósito de entender o consumo e a difusão dos usos de drogas é importante destacar que quase todas essas obras tinham uma seção intitulada “Formulário”. Nela eram descritas a forma e os ingredientes necessários para produzir os medicamentos indispensáveis à prática médica. Vale ressaltar que nas revistas médicas do século XIX também era frequente a publicação de receitas úteis. Os medicamentos chegavam ao público de diversas formas, incluindo o comércio popular aberto; os “ferragistas, livreiros, vendedores ou negociantes de

fazendas”⁵⁶. Essa era uma crítica constante da Sociedade Farmacêutica Brasileira (1851) e do Instituto Farmacêutico do Rio de Janeiro (1858), instituições que foram criadas para defender os interesses da classe farmacêutica. Esses círculos de profissionais atuavam em outros espaços institucionais representativos da arte de curar, como a AIM, JCHP e a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, procurando imprimir uma agenda política própria.

Qual era a agenda política das associações farmacêuticas? Além da defesa do monopólio da venda, contra o comércio popular, também existia uma posição nacionalista bem marcada. Eles defendiam que os produtos farmacêuticos poderiam e deveriam ser fabricados no Brasil, garantindo assim a qualidade e a autonomia ao mercado interno. Era uma posição contrária à preferência da população em geral e mesmo dos seus próprios quadros por produtos importados, percebidos como de melhor qualidade. Outra bandeira era a crítica à orientação liberal que permitia a venda de remédios a partir do critério de adesão da população, mesmo quando eles eram desaconselhados pelas associações farmacêuticas. Essas associações atuaram junto à JCHP na elaboração e revisão das listas de medicamentos que eles consideravam indispensáveis para o país.

⁵⁶ VELLOSO, Verônica Pimenta. *Farmácia na Corte Imperial (1851-1887)*. Tese, Fundação Oswaldo Cruz / Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde, Rio de Janeiro, 2007.

Em 1852, dois anos depois de sua fundação, a JCHP criou uma normativa obrigando os estabelecimentos farmacêuticos a disponibilizarem os formulários médicos, preferencialmente Langgard e Chernoviz. Tal iniciativa contou com apoio técnico das instituições que representavam a classe farmacêutica. A determinação seguiu valendo até a promulgação da primeira farmacopeia brasileira, em 1926. A lista de medicamentos oficiais ainda foi revisada em 1943 e em 1959. A arte de formular remédios, que começa a ser centralizada em meados do XIX, persiste e penetra firme e forte no século XX. Os médicos e os leigos possuíam o “pecúlio”, ou seja, os cadernos de receitas manuscritas. Receitas essas que eram acessíveis à população em geral, consultadas nas farmácias, guardadas juntas às boticas caseiras existentes nas casas mais abastadas, carregadas pelos mais diversos tipos de agentes dispostos a curar ou aliviar as dores e as afecções que não deixaram de existir por causa do maior conhecimento em microbiologia.

Grosso modo, portanto, é possível dizer que, no período analisado, diversas “drogas” passaram a estar disponíveis para um número crescente de pessoas. Elas eram vendidas de três formas: a partir das receitas consagradas disponibilizadas ao público; por meio dos remédios de fórmulas secretas, em geral panaceias (alto potencial analgésico); na forma de remédios magistras, elaborados por um físico formado e respeitando a idiosincrasia

do paciente. Em geral, existia a crença de quanto mais diversidade de ingredientes maior o poder de cura.

Ao longo do século XIX e início do XX perdurou um sistema de circulação e consumo de drogas que pode ser caracterizado como liberal, sustentado por uma cultura farmacológica que possui as seguintes características: primazia do indivíduo para definir o cardápio farmacológico; receitas como código de troca de conhecimentos terapêuticos; automedicação; inseparabilidade do aspecto “cura” e “bem-estar”; livre concorrência comercial. Esse período também foi caracterizado por mudanças importantes referentes ao comércio, as técnicas de manipulação e as formas de distribuição dos fármacos em escala mundial.

As grandes drogas que penetraram na cultura de consumo geral se democratizaram a partir da multiplicação dos produtores na América, Ásia e África. O Brasil era um grande e tradicional produtor de açúcar e tabaco, sendo também de café. Ele se tornou um emblema nacional, mercadoria mais importante da economia entre os séculos XIX e XX. Contrabandeado da Guiana em 1723, sua produção aumentou consideravelmente ao longo do século XIX, motivada pelo crescente consumo europeu ligado às novas demandas psíquicas nascidas da revolução industrial. Nos EUA, o café se constituiu, desde a Independência, em bebida patriótica em contraposição ao chá britânico.

Suas importações tomaram tal vulto que o preço do produto caiu até valores irrisórios no início do século XX. O café exportado para os EUA foi fundamental para o Brasil superar o forte déficit da balança comercial vivido entre 1822 e 1844, tornando-se o principal produto de exportação até o governo de Getúlio Vargas, no século XX. A influência política estadunidense cresceu acompanhando a importância que o café adquiria na economia brasileira.

Outro produto que teve destaque como artigo de exportação e consumo interno foi o tabaco. O consumo de charuto se constituiu em uma forma de diferenciação social. O uso do tabaco também era importante demarcador de idade – prova de ser adulto. O rapé era disseminado inclusive entre os escravos. Debret, famoso cronista do XIX, afirma que a indústria do tabaco “é muito lucrativa, porquanto não há brasileiro que recuse uma pitada de rapé”⁵⁷. Em 1850, o *Jornal do Comércio* destaca a perda de uma caixa de rapé feita em ouro ornamentado com alto grau de sofisticação. Na segunda metade do século XIX, o charuto gradativamente foi desbancando o rapé e se tornando um vício aristocrático por excelência.

Apesar dos indicativos trazidos, ainda faltam estudos de fôlego capazes de reconstituir a economia e o consumo do tabaco em toda a sua amplitude e variedade

57 DEBRET, 1949 [1839], p. 250 *apud* SOUZA, Ricardo Luiz. O uso de drogas e tabaco em ritos religiosos e na sociedade brasileira: uma análise comparativa. *Saeculum – Revista de História*, n. 11, 2004, p. 85-102.

ao longo da história do Brasil. Parece provável, entretanto, que até o começo do século XX – quando o cigarro industrializado como conhecemos hoje se massificou – várias formas de consumo do tabaco coexistiram. Os versos da propaganda da *Casa do Cacique*, vinculada no jornal *A Regeneração* do Partido Liberal de Santa Catarina, em 20 de julho de 1880, mostram a variedade de marcas de cigarros e charutos (escritas em itálico) oferecidas ao público.



CASA DO CACIQUE

LUIZ RENÉ & C.^a
10 Rua do Principe 10

ATENÇÃO! ATENÇÃO! ATENÇÃO!

<p>Vou nova casa anunciar, Buscando freguezes novos, De versos fazendo versos Pra os bons peçozes apasnar... Dignai-vos de me escutar O peixinhos o peixozes! Nem estas inspirações Tacharais de bagatolas; Q'annuncia comas bellas; Q' arrebatam corações!.</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p>Na rua do Principe, Ao numero dez, A vor novidade Chega, meo freguez!</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p>LUIZ RENÉ e Comp.^a Toom bons charutos d'Havana; Estrela, Touro, Petrolina, Perolas, Fiora opaciana.</p> <p>Ha, tambem, <i>Reales Tigre</i> Na nova charutarria; Ha <i>Lisboetas, Londri-vicos,</i> <i>El Uniceiro, Harmonia.</i></p> <p>Chegai, queridos freguezes, Tendes muito que escol her! <i>La Coronada, High Life,</i> <i>Passatempo</i> vindo ver!</p>	<p>Charutos <i>Haja de Cuba</i> Haves, tambem, d'encontrar; Até darei <i>Minha Noiva</i> A quem so quizer casar!</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p>Acharais mais <i>Inspirinos,</i> <i>Espozidos;</i> Venham freguezes, Que muitas vezes Cã chegarão!</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p>Os cigarros Ja pra scena! <i>Burbaena</i> Vindo olhar! <i>Hamburques,</i> grossos, finos, Que são diase De fumar!</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p>Da tantos cigarros bellos No meo d'immenso povo Acharais, tambem, fumante, O cidadão <i>Rio Novo!</i></p> <p><i>Goyanes, Guichos, Pomba,</i> Tambem se encontram aqui: <i>Enfim, Cruzeiro do Sul,</i> <i>Ex-pozido, Guarany.</i></p>	<p style="text-align: center;">X</p> <p>Encontrarais aos milheiros Fumos de todas as sortes, Cachimbos de varios pertos, Bolsas, phosphoros, esquiros, Vindo, vindo, cavalheiros, Vindo ao fumo alogar O vosso bruto penar; Vindo formosas ponteiros, •Dolças, lindas cigarreiras A' essa nova comprar.</p> <p>Não negueis a freguezia, O vós que pescais amor, Q' adoras o tonador E a grata perfumaria! Vós q' a belleza e magia De ver ao espelho gostais. Como a lua nos crystas Rumorosos, dorcettidos! Mandai comprar escolhidos Espelhes finos, tenes...</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p>Ha mil vasos, Pra saldes; Lampeões, Tambem, ha. A criança Mil brinquedos, Mil folguetos Achará.</p>
---	---	--

CASA DO CACIQUE

10 RUA DO PRINCIPE 10

FIGURA 3 | Propaganda comercial de 1880

O século XIX consolidou determinadas drogas como produtos da cultura geral, ou seja, os estimulantes, os fermentados e destilados alcoólicos, tabaco e açúcar. A abertura do comércio permitiu a entrada e difusão de fármacos – até então de acesso bastante restrito. É o caso do ópio. Desde o início do funcionamento das Faculdades de Medicina pululam elogios aos usos terapêuticos dessa substância. A tese de Luiz Antonio Chaves, intitulada *O ópio, de sua ação sobre a economia animal, e dos casos que reclamam seu uso, precedida de considerações gerais sobre o sistema nervoso*, denota de maneira exemplar a centralidade desse fármaco na terapêutica da época. Segundo ele,

essa é a substância que tem sido mais célebre na história da medicina, não só pela antiguidade de seu emprego, como pelas suas altas virtudes. A dor mais atroz, acalma-se como por encanto; concilia o sono que abandonava as pálpebras, mitigam nossos males, mesmo os mais incuráveis, tudo isto são os benéficos efeitos causados pelo uso bem entendido do ópio [...] Milhares de doenças admitem o ópio no seu tratamento, e este medicamento é sem comparação o mais heroico entre todos àqueles que empregam a terapêutica⁵⁸.

58 CHAVES, Luiz Antonio. *O Ópio, de sua ação sobre a economia animal, e dos casos que reclamam seu uso, precedida de considerações gerais sobre o sistema nervoso*. **These**, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1839.

Seus usos clínicos são os mais variados possíveis.

Não poderemos falar de todos [usos] no curto espaço de uma tese, e nem nos propormos narrar o seu emprego em todas as doenças, em todos os casos particulares, porque então seria necessário percorremos a patologia inteira: todavia não há doenças em que ele não tenha sido empregado; dadas certas condições⁵⁹.

Apesar de todas essas utilidades e usos, existiam alguns inconvenientes. Ele era um produto natural e, como tal, com variadas qualidades derivadas das condições de plantio e do tipo de dormideira utilizada. Eram muito comuns as adulterações. Com objetivo de conseguir doses com menos variações e com efeito mais preciso, vários experimentos começaram a ser realizados com essas plantas. Utilizando a filosofia do alambique, tentou-se extrair a essência do ópio, experimentos que resultaram na extração do primeiro alcaloide – a morfina.

A morfina foi saudada como uma das maiores maravilhas modernas. A técnica usada na sua extração serviu de base para extrair os princípios ativos de diferentes vegetais. Foi possível precisar a dosagem viabilizando tanto a exatidão da prescrição, quanto o controle sobre a modulação da consciência e do intelecto – levando à

59

Idem.

necessidade de revisar toda a toxicologia clássica. Nasce então a etnobotânica como ramo específico da farmacologia e se inicia uma corrida em busca do conhecimento tradicional nos diferentes cantos do planeta.

A morfina foi isolada do ópio entre 1803 e 1805, porém, somente no final da década de 1820 ela passou a ser produzida em escala industrial graças ao método inventado por Heinrich Emanuel Merck – que fundou, a partir dela, uma verdadeira “dinastia farmacêutica”. Solúvel em água, ela teve seu uso disseminado depois da invenção da agulha hipodérmica – cuja primeira fábrica começou a funcionar em 1856. Na década de 1870, a injeção hipodérmica já estava consolidada como instrumento médico. Essas inovações e os crescentes preparados médicos com esses produtos marcaram cada vez mais a distância entre a medicina popular e a medicina oficial cosmopolita.

Parece difícil definir com exatidão quando a morfina passou a ser utilizada no repertório médico brasileiro, porém, como outras inovações da medicina, ela pareceu ser contemporânea à Europa. A primeira referência encontrada foi de 1827, quando ela já era produzida em escala industrial. A primeira revista médica brasileira, em seu número de lançamento, traz uma discussão, na Seção de Farmácia, sobre os prós e os contras de se utilizar acetato ou sulfato de morfina nas composições medicamentosas. A fórmula de acetato apresentada poderia ser utilizada

“para substituir o láudano líquido, as gotas de Rousseaux, a tintura de ópio etc”⁶⁰. Impossível, no curto espaço de que disponho, de esgotar todas as aplicações do ópio e seus derivados na terapêutica. Importante é termos em mente que elas eram muito conhecidas, usadas, discutidas e criticadas na mesma época em que o mesmo se fazia na Europa e nos EUA.

O outro estimulante vegetal explorado na busca por novos alcaloides foi o guaraná, nativo da região amazônica. Entre os colonizadores, existiu a crença de que ele era uma espécie de afrodisíaco que protegia contra os vermes e a malária. Ele teve seu princípio ativo extraído por Theodor von Martius, irmão do famoso viajante naturalista Carl Von Martius, em 1826. Inicialmente essa substância recebeu o nome de *guaranina*, porém, mais tarde, se descobriu que se tratava de um princípio ativo idêntico à cafeína.

Menos difundida no Brasil foi a folha de coca. O país possui poucos territórios nas áreas subtropicais dos Andes onde o uso pela população ameríndia era mais difundido. No começo da expansão europeia e da revolução psicoativa, durante o século XVI, a coca foi recusada na Europa. Isso ocorreu por causa da rejeição que os europeus tinham aos produtos mastigados pelas populações nativas de outros continentes e pela dificuldade de transportar a folha por

60 O Propagador das Sciencias Medicas, n. 1, 1827, p. 332.

largas distâncias sem que ela perdesse grande parte de seu princípio ativo. Na América espanhola, entretanto, depois de uma rejeição inicial, ela se tornou importante produto regional utilizado no comércio com Potosí – em meados do século XVII –, tendo peso importante nas finanças da sociedade colonial. Em um primeiro momento, a coca era vista com desconfiança, pois era associada à decadência indígena.

Essa visão negativa da coca vai se desfazendo gradativamente por meio de dois eixos independentes. O primeiro eixo “está relacionado com a expansão de novos achados sobre botânica ou a ciência dos alcaloides depois de 1800, modificando as noções de racionalidade dos indígenas”⁶¹. Várias expedições são feitas ao território dos Andes, levando para a região influentes viajantes estrangeiros e mercadores que entravam no debate científico e se interessavam pelos curiosos recursos disponíveis pelo bioma local. O princípio ativo da coca foi obtido em 1860 por Albert Niemann e denominado cocaína. Até a descoberta de sua utilidade anestésica, essa substância foi utilizada pela comunidade científica pelas suas propriedades de estimulação física e psicológica.

No Brasil, aparentemente, o uso da cocaína como estimulante não foi alvo de maior atenção. Foi localizada apenas uma referência nos *Anais Brasilienses de Medicina*

61 GOOTENBERG, Paul. **Andean Cocaine: The Making of a Global Drug**. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2008, p. 21.

em 1884. Trata-se da divulgação de um artigo, publicado originalmente em 1873, no *Edinburgh Medical Journal*, sobre as relações psicológicas geradas pela “teína, cafeína, guaranína, cocaína e teobromina” estabelecidas pelo Sr. Alexandre Bennet. Ele defende que esses “cinco princípios imediatos parecem gozar de propriedades idênticas”.⁶²

O segundo eixo de legitimação da coca ocorreu a partir da França, graças ao mundialmente famoso *Vinho Mariani*, surgido na década de 1860. Inventado por Ângelo Mariani, foi um sucesso comercial que levou à difusão de vários produtos similares tanto na Europa, quanto nos EUA. Esse produto ajudou a dissolver os obstáculos de difusão da coca por três motivos: 1º. A transformação da coca em líquido favoreceu sua aceitação, pois os europeus são caracterizados pela preferência dessa forma de consumo – acabou com a associação da coca com a mastigação; 2º. A mistura com o álcool ajudava a preservar o princípio ativo – resolveu o problema da sua deterioração; 3º. As classes altas francesas da segunda metade do século XIX eram caracterizadas pela aceitação dos produtos utilizados pelos nobres selvagens de outras partes do mundo. Esse vinho era divulgado por autoridades de prestígio, como o Papa Leão XIII, que “concedeu uma medalha de ouro ao inventor, em reconhecimento à capacidade de essa bebida

62 SILVA, Peçanha da. Nota. *Annaes Brasilienses de Medicina*. Tomo XXV, n.11, p. 438, 1874.

para ‘apoiar o ascético retiro de Sua Santidade’⁶³.

Quanto à popularidade desse vinho no Brasil, existem apenas algumas referências esparsas nos jornais. A primeira delas é de 1869, em propaganda da *Pharmacia Chevrier*. Em uma pequena nota aponta-se que, nesse estabelecimento, “acham-se o VINHO e ELIXIR de coca”⁶⁴ – sem mencionar marcas. Depois, encontramos vinte e oito referências idênticas em propagandas da *Pharmacia Lopes*, entre 1879 e 1886, anunciando, entre vários outros produtos, o “Vinho de coca da Bolívia” e o “Vinho de coca Mariani”. Em 1881, encontramos outra evidência. Dessa vez em uma firma de representações. Essa agência, localizada “defronte do portão d’Alfandega”, oferecia livros, conhaques e “Vinhos medicinais. Vinho de Marsa. Vinho Eupéptico. Vinho de coca. Vinho BanyusCrilles”.⁶⁵ Somente em 1889 o vinho Mariani deixa as notas para tomar um lugar de destaque.



FIGURA 4 | Propaganda do Vinho Mariani

63 ESCOHOTADO, Antonio. *Historia General de las Drogas*: incluyendo el apéndice Fenomenologia de las Drogas. Madrid: Espasa Calpe, 2008, p. 447.

64 Diário do Rio de Janeiro, 27 de março de 1869.

65 O Monitor, 11 de janeiro de 1881.

Existe também outra referência no jornal Correio Paulistano do ano de 1874.



FIGURA 5 | Propaganda do Vinho de Coca

Essa disseminação inicial da coca, principalmente como vinho e extratos medicamentosos, não foi capaz de afastar totalmente a identificação que esse produto tinha com os segmentos indígenas. A notícia, publicada no jornal *O Apostolo*, de 05 de julho de 1876, associa o Vinho de Coca do Dr. Gibson aos supostos efeitos super-humanos da folha de coca e seu princípio ativo, a cocaína.

Folhas de coca – os nossos leitores conhecem provavelmente a coca pelos anúncios do vinho de coca, segundo a fórmula do Dr. Gibson. A coca – Erythoxylon coca – é um arbusto da América do Sul, cujas folhas exercem poderosa influencia na constituição, permitindo aqueles que mastigam suportar grandes fadigas por longo tempo com pouco ou nenhum alimento. Von Tschudi empregou durante cinco

dias, um índio em trabalho pesado; durante esse tempo o índio não tomou alimento algum, dormia apenas duas horas, porém mastigava uma onça de folhas de coca, de duas ou de três em três horas. Findo os cinco dias, ele nada tinha sofrido e pode fazer uma longa viagem. Dr. Schezzer, menciona um índio que andou 480 milhas, transpondo na viagem uma serra de 13.000 pés de altura, o qual, só descansou um dia, e além das folhas de coca só comeu um pouco de milho. O princípio nitrofenol da coca chama-se cocaína⁶⁶.

Relatos como esse misturam a tradição indígena de consumo, o incipiente uso como revigorante e energético e os primórdios do conhecimento sobre a cocaína como princípio ativo. Por suas qualidades, é bastante provável que os extratos de coca e a cocaína tenham sido usados nas fórmulas dos remédios com fórmulas secretas que prometiam curar tudo e que eram detestadas pela classe médica oficial. Antes da descoberta das qualidades anestésicas não se observava nos comentários de viajantes, médicos ou botânicos uma tendência de considerar essa planta e seu alcaloide como um fármaco. Ela era algo semelhante a um elemento nutritivo e tônico, como o café, o mate e o guaraná.

Essa situação muda drasticamente depois de 1884, quando Carl Koller anunciou que, com poucas gotas de

⁶⁶ O Apostolo, 05 de julho de 1876. Hemeroteca Digital Brasileira.

uma solução desse fármaco, era capaz de obter anestesia do globo ocular. Essa descoberta foi saudada como uma verdadeira revolução para a cirurgia ocidental e em pouco tempo essa notícia varreu o mundo, motivando novas experiências também exitosas. Desde o início do século XIX já eram conhecidas as anestésias gerais com clorofórmio e éter. Existia, inclusive, entre a classe médica brasileira, grande polêmica na medicina acadêmica sobre a prevalência de um ou de outro. Em fins do século XIX, embora os riscos desse tipo de anestesia ainda fossem subestimados, era evidente que ela não era uma operação isenta de riscos, a cocaína prometia anestesia local para efetuar pequenas operações, incluindo o globo ocular.

Tamanha utilidade e repercussão tornaram rapidamente a cocaína um produto farmacêutico requisitado. Se toda a movimentação nos meios acadêmicos europeus conseguiu colocar a cocaína em evidência, pouca atenção é dada ao fato de que ela era um produto perecível, de difícil transporte e sem uma estrutura de produção capaz de suprir a imensa demanda que se criou a partir desses eventos. Antes de 1885, embora houvesse alguns produtos rentáveis, como os Vinhos Mariani, e alguns usos médicos, principalmente nos EUA, a coca e a cocaína não se constituíam em um produto de massa. O crescimento exponencial da demanda, gerado pela divulgação das suas qualidades anestésicas, levou a uma crise de produção em

1885, pois as principais produtoras alemãs encontravam problemas com a qualidade das folhas importadas.

Esse problema foi acompanhado com interesse pela imprensa brasileira, incluindo a destinada ao público em geral. Em 13 de maio de 1885, o jornal do Partido Republicano Rio-Grandense, *A Federação*, publica uma nota sobre o assunto. Nela é apontado que desde muito tempo “os cirurgiões da Europa e da América procuram encontrar um anestésico que deixe certa parte do corpo insensível e evite a necessidade do clorofórmio ou do éter”. Foi quando se descobriu a capacidade de anestesia de cocaína na forma de colírio. Infelizmente, seu

enorme custo impede por agora o seu uso geral. A cocaína vale mais que o ouro, pois custa 8 dólares o gramo ou 224 dólares por onça. O farmacêutico que possuísse uma libra de esta substância teria 3,500 ou 7:000:000 dólares. [...] É de se esperar que se consiga reduzir o preço de este valioso anestésico, facilitando assim a popularização do seu emprego⁶⁷.

Nesse ponto é importante destacarmos a intensa participação dos cientistas peruanos que, desde antes da utilização da cocaína para fins anestésicos, vinham trabalhando sobre a coca e seu alcaloide. Foi nesse caldo

⁶⁷ A Federação, 13 de maio de 1885. Hemeroteca Digital Brasileira.

científico e cultural que Alfredo Bignon desenvolveu, entre 1884 e 1887, a tecnologia da cocaína crua. Esse produto semirrefinado, com 50-80% de sulfato de cocaína, permitia que ela mantivesse sua potência sem estragar – contornando, dessa forma, o problema da deterioração da folha. Assim, entre 1885 e 1910, a cocaína exportada aumentou constantemente no Peru, se consolidando como uma *commodity* comercial. Ela se tornou o mais rentável produto da empresa Merck, contribuindo decisivamente na sua capitalização e, posteriormente, para a diversificação dos produtos oferecidos. Hoje ela é uma empresa global do ramo farmacêutico. As pesquisas históricas que pretendem fazer uma reconstituição da produção e do consumo de cocaína durante esse período esbarram na resistência dos grandes laboratórios (Merck, Bayer e outros), que “declinam hoje sistematicamente a atender qualquer solicitação de dados concretos”⁶⁸.

São duas as formas que adotei para verificar o impacto dessa descoberta nas práticas de cura e de consumo de drogas. O levantamento com a palavra “cocaína” nos periódicos catalogados pela Fundação Biblioteca Nacional no projeto da Hemeroteca Digital, que tem como registro: entre 1870 e 1879, foram localizadas sete ocorrências em seis jornais; entre 1880 e 1889, foram localizadas 2.045

68 ESCOHOTADO, Antonio. **Historia General de las Drogas**: incluyendo el apéndice Fenomenologia de las Drogas. Madrid: Espasa Calpe, 2008, p.560.

ocorrências em 107 periódicos; entre 1890 e 1899, foram localizadas 3.807 ocorrências em 95 periódicos. Mesmo que a tecnologia *Optical Character Recognition* (OCR) não seja perfeita, essa disparidade de referências, antes e depois de 1884, aponta que a receptividade dessa substância, depois de Koller, ultrapassa, e muito, o âmbito médico.

Outra forma de avaliar a difusão da cocaína e outras substâncias é por meio dos manuais de medicina. O *Dicionário de Medicina Popular* de Chernoviz, publicado em 1890, aponta que a cocaína poderia ser usada em diversas finalidades, porém, principalmente para insensibilizar e facilitar operações que envolvessem a boca, os olhos, o nariz ou os órgãos genitais. Era possível, por exemplo, obter a insensibilidade vaginal a partir da aplicação de cloridrato de cocaína com pincel ou injeção hipodérmica. Outro uso possível era o odontológico, na extração de dentes. Chernoviz recomendava a insensibilização do dente usando algodão mergulhado em sua solução de cocaína, esfregado em torno da gengiva e do dente objeto de remoção. A cocaína se tornou um diferencial de dentistas que anunciavam procedimentos sem dor nos jornais⁶⁹.

Também podemos recorrer à descrição de um caso clínico como meio de atestar a presença, na botica caseira,

69 SARTI, Thamires Regina. *Maratonas e rambles*: repressão aos tóxicos no início do século XX. **Dissertação**, Universidade Estadual de Campinas / Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP, 2015.

de medicamentos com alta concentração de cocaína. Em 1898, o Dr. Alfredo Nascimento fez a comunicação intitulada “O cocainismo agudo” na Academia Nacional de Medicina. Ele conta a história de uma cliente que, após o jantar, teria se dirigido até

um armário da sala das refeições, onde se achava um pequeno vidro de medicamento de que fazia uso; mas, descuidada, tomou por equívoco um outro frasco que imprudentemente fora também ali guardado, e encerrando um odontálgico que lhe prescrevera um dentista, constante uma solução de 0,50 gr. de cloridrato de cocaína, 5 gr. de cloral hidratado e gr. de cânfora em 15 gr. de álcool a 40^o70.

O inusitado envenenamento foi tratado com éter, cafeína e canela. Ele chegou a pensar em recorrer à morfina, porém desistiu porque temeu introduzir mais um alcaloide na paciente. Desse episódio podemos perceber que a cocaína era ingrediente possível das preparações e prescrições médicas, estando presente nas boticas caseiras para qualquer necessidade de anestesiar um foco doloroso.

70 NASCIMENTO, Alfredo, 1898 *apud* ADIALA, Julio Cesar. **Drogas, Medicina e Civilização na Primeira República**. 2011. p. 94-95. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Ao longo do século XIX, portanto, vários princípios ativos de plantas que antes eram vendidas *in natura* agora são oferecidos pelas empresas farmacêuticas – morfina (1808), codeína (1832), atropina (1833), cocaína (1859), cafeína (1860), efedrina (1885), mescalina (1888), entre outras. O isolamento dos alcaloides e a injeção hipodérmica foram fatores importantes da revolução psicoativa porque aumentaram a capacidade das pessoas em modificar o ânimo e a consciência. Elas também serão responsáveis por criar uma cisão entre os laboratórios produtores dessas substâncias – que carregarão a marca da modernidade – e os herbanários que vendem plantas e seus extratos – que gradativamente serão associados ao atraso e ao charlatanismo.

Uma substância que não teve sucesso na passagem da medicina herbórea para a acadêmica foi a Cannabis – e seus derivados. Somente no final do século XX seus princípios começam a ser mais bem conhecidos e isolados, fornecendo a base para uma nova miríade de medicamentos que sustentam uma florescente indústria farmacêutica. No final do século XIX persistia o padrão de difusão, circulação e consumo daquilo que foi descrito como *complexo da ganja* – caracterizado pela adesão dos estratos mais baixos da sociedade e por possuir múltiplas funções (lúdicas, terapêuticas, espirituais). Em uma famosa passagem o diplomata e explorador britânico Richard Burton, em

viagem pelo Brasil entre 1865 e 1868, diz o seguinte: “Os preguiçosos e dissolutos iriam gozar a santidade do dia à moda africana, deitados ao sol e, se puderem, bebendo e fumando haxixe, como os semisselvagens da Serra Leoa”⁷¹.

A novidade, em termos ocidentais, é o início do desenvolvimento de outro complexo cultural com características próprias. Tendo como suporte intelectual o racionalismo e o humanismo, esse novo complexo era caracterizado pela inclusão de estratos sociais mais elevados (principalmente jovens) e pela quase exclusividade da função psicodélica – buscar estados alterados de consciência com objetivo de entretenimento. Esse novo fluxo tem como exemplo clássico o *Clube dos Hachichins* de Paris. Essa nova modalidade de difusão de uso foi denominada de *complexo da marijuana*.⁷²

Ao contrário dos círculos cultos da Europa do final do século XIX, que utilizavam a *Cannabis* para explorar efeitos alteradores da consciência, no Brasil, tal tipo de uso não parece ter se difundido até meados do século XX. No conto *Haxixe*, Olavo Bilac descreve uma experiência nada agradável. Também existem várias versões do suposto envenenamento da rainha Carlota Joaquina com chá de *Cannabis*. Alguns autores sugerem que a *Cannabis*

71 BURTON, *apud* SOUZA, Jorge Emanuel Luz de. **Sonhos de diamba, controles do cotidiano**: uma história da criminalização da maconha no Brasil republicano. Salvador: EDUFBA, 2015, p.173.

72 RUBIN, Vera (org). **Cannabis and Culture**: World Anthropology. Haia: Mouton, 1975.

foi adotada como um sinal de excentricidade da corte portuguesa. Benoit Mure (1809-1858), médico da corte e um dos introdutores da homeopatia no Brasil, não teve dificuldades para encontrar um pé de *Cannabis* no interior do palácio imperial de São Cristóvão com objetivo de realizar experiências com haxixe. Os cigarros eram vendidos em boticas e farmácias. São famosas as fotos dos *Cigarettes Indiennes* produzidos pelo laboratório francês Grimault & Cie e anunciados no jornal *O Estado de São Paulo* em fins do século XIX e início do XX. A propaganda os indicava para quem sofresse de “opressão, sufocações e insônia”, tendo reconhecidas “propriedades antiasmáticas”.



FIGURA 6 | Cigarettes Indiennes da Grimault & Cia

Para finalizar o giro pelas principais “drogas”, cabe ainda uma última palavra sobre a ayahuasca. Durante o século XIX ela teve uso difundido na região do rio Amazonas como enteógeno, sendo citada ocasionalmente por missionários e viajantes. Cientificamente seus componentes foram identificados em 1852 por Richard Spruce. As dinâmicas econômicas e sociais da região

levaram ao desenvolvimento urbano e à difusão do uso nas regiões da periferia – fenômeno conhecido como *vegetalismo*. Curandeiros populares emergem como um personagem urbano, ressignificando cultos xamânicos e promovendo práticas terapêuticas e de diagnósticos, muitas vezes incorporando elementos do catolicismo popular. Esse será o caldo cultural em que se desenvolverão as primeiras religiões ayahuasqueiras com influência cristã no início do século XX.

Com a exposição que foi realizada é possível mapear as principais características do modelo de controle pautado no liberalismo clássico, raiz, dirigido por um regime de acesso aos fármacos submetidos aos regulamentos do poder local plebiscitário. A política adequada era aquela que garantia a disponibilidade e o acesso dos produtos à população em geral, embora o acesso a certos produtos antálgicos fosse uma importante forma de diferenciação social e racial. No final do século XIX a cultura farmacológica que aparece nesse contexto passa a ser alvo de constante assédio por parte do poder público em nome da defesa da saúde pública, emergindo a biopolítica.

A população passa a ser objeto de conhecimento específico, assim como a intervenção sobre ela. O poder público toma para si a tarefa de aperfeiçoar a raça, tanto a partir da importação de genes, quanto pela mudança

de hábitos. É preciso construir um povo resiliente, trabalhador, obediente. E a medicina acadêmica, ao longo de todo o século XIX, apresentava ao governo respostas “técnicas” para essas necessidades políticas. Para alcançar esses objetivos maiores, era preciso modificar os hábitos de consumo a partir da regulamentação do acesso aos fármacos. No final do século XIX essas reivindicações começaram a tomar forma conceitual, com a emergência dos estudos sobre alcoolismo, degeneração, sífilis, tuberculose, ruína moral. Os limites do liberalismo eram colocados de forma constrangedora para o poder público nos meios médicos, fortalecendo a tendência conservadora e de defesa da centralização e fiscalização.

O governo imperial desde cedo procurou conciliar o interesse desses grupos e ampliar o controle sobre a entrada e saída de produtos industrializados em seu território. Em 1886, foi criado o Decreto nº 9.554, de 3 de fevereiro de 1886, extinguindo a JCHP. Mostramos anteriormente os fortes limites impostos para que a JCHP conseguisse uma fiscalização efetiva. Para seu lugar foram criados: o Conselho Superior de Saúde Pública, com representantes da medicina oficial e altos burocratas; Inspetoria Geral de Saúde dos Portos; Inspetoria Geral de Higiene. O desmembramento da JCHP foi motivado por duas razões:

A necessidade de formular uma legislação precisa com relação à fiscalização dos gêneros alimentícios, em especial os vinhos e os preparados farmacêuticos e delinear medidas eficazes para fiscalização dos portos a fim de impedir que a pandemia do cólera reinante desde 1882, chegasse aos portos brasileiros⁷³.

As mudanças realizadas no âmbito imperial não duraram – pouco se sabe ainda sobre a atuação dessas novas instituições. Mas não deixa de ser relevante a preocupação com o ingresso, no país, de “gêneros ilícitos ou de má fé”.

A transformação do regime político, ocorrido em 1889, levou a graduais mudanças no modelo de controle pautado no liberalismo clássico. Durante todo o Império, as tentativas de restrição do acesso aos fármacos eram rechaçadas, tanto no nível local, quanto no imperial, porque eram identificadas como uma forma de privilégio. A queda da Corte permitiu a rearticulação de vários grupos para criar pressão política no sentido de definir mudanças na ordem institucional do Estado, tais como: os positivistas; os militares ligados a Deodoro que pretendiam manter a centralização; líderes regionais de Estados mais pobres que

73 ALVES, Mariana da Hora. A reorganização dos serviços sanitários no Império em 1886: a questão dos vinhos falsificados e dos gêneros alimentícios como um imperativo. XXVIII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – Lugares dos Historiadores: Velhos e Novos Desafios. Florianópolis – SC, **Anais**, 2015, p. 02.

ambicionavam ampliar sua autonomia, porém mantendo prerrogativas do poder central; liberais; republicanos históricos que se aliavam às oligarquias dos Estados mais ricos na defesa de um federalismo radicalizado. As classes terapêuticas organizadas também atuavam nessa arena, carregando uma forte crítica à política liberal do Império.

É nesse cenário de disputas que é promulgado o Código Penal a partir do Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890. Ele foi propagado antes mesmo da Constituição de 1891. Percebemos grandes diferenças em relação ao Código de 1830. Dessa vez foi publicado um Capítulo sobre Saúde Pública prevendo: prisão para o exercício ilegal da medicina (artigo 156) e para aqueles que ministrassem ou prescrevessem “sob qualquer forma preparada, substância de qualquer dos reinos da natureza, fazendo, ou exercendo assim, o ofício do denominado curandeiro” (artigo 158). Outra normativa penalizava quem expunha à “venda, ou ministrar, substâncias venenosas, sem legitima autorização e sem as formalidades prescritas nos regulamentos sanitários” (artigo 159). A embriaguez pública, antes de esfera do Juiz de Paz, também foi introduzida na lei no Capítulo sobre Mendigos e Ébrios. Era prevista prisão, por até quinze dias, para aqueles que se embriagassem por hábito ou se apresentassem bêbados no espaço público (artigo 396) e para os donos de estabelecimento que vendiam bebidas “ou substâncias inebriantes” (artigo 398). Embriagar ou aumentar a embriaguez de alguém

em lugar frequentado pelo público era igualmente motivo para punição com pena de quinze a trinta dias de prisão (artigo 397)⁷⁴.

Percebe-se, portanto, o intento de centralizar as atribuições que antes eram da esfera local, dando à legislação nacional um sentido antiliberal. Essas influências conservadoras não foram suficientes para abrandar as críticas dos positivistas, que viam em sua concepção geral o apego às concepções clássicas do iluminismo. Campos Sales foi uma figura importante na articulação política pela antecipação da promulgação do Código Penal. Os paulistas pretendiam a liberdade de redação do direito material (civil, comercial e criminal), porém essa demanda foi barrada por aqueles que desejavam a centralização. Então a resposta paulista foi a defesa da promulgação de um código mais afeito às suas convicções que incluíam maior controle sanitário sobre o social.

O direito material, por conseguinte, foi centralizado – o código penal valia para todo o território nacional. O direito processual que rege o funcionamento da justiça e seus ritos, no entanto, ficou a cargo dos Estados que compunham a federação. A mesma autonomia vale para a política sanitária. A partir da Constituição de 1891 os Estados ficaram livres para implementar as políticas de controle sobre a circulação de fármacos e de alimentos

74 Código Penal de 1890. Câmara dos Deputados.

em seus territórios. Não demorará muito tempo para que os Estados passem a adotar políticas de controle sobre a circulação e o consumo de fármacos, respaldados pelas concepções “técnicas” da medicina, conforme veremos no próximo capítulo.

Para concluir, gostaria de recorrer a Marc Bloch, igualmente como fiz para começar. O que tentei realizar nessa exposição sobre o século XIX foi uma proposta de delimitação temporal. Entre 1808 e 1904 vingou no Brasil um sistema de modelo de controle pautado no liberalismo clássico, apesar das constantes críticas dos setores conservadores e das classes terapêuticas cada vez maiores e mais articuladas. As novas medidas de controle terão que lidar com uma cultura farmacológica pautada no autodidatismo e no enraizamento dos princípios humanistas e liberais, que viam como inadmissível a gerência do Estado em matéria de regulação do ânimo e da consciência.

O liberalismo, consoante caracterizado acima, não deve ser confundido com ausência de regulamentação. Nessa época as associações terapêuticas oficiais ainda eram fracas demais para conseguir impor restrição ao acesso. Essa reivindicação era mais percebida como uma defesa de monopólio e de um privilégio comercial do que uma necessidade pública. Outro ponto relevante é a precocidade do intento legislador antialcoólico, embora o problema

enfrentado era mais a embriaguez em espaço público do que o consumo de álcool em si.

Com a mudança de regime político, as classes terapêuticas oficiais conseguiram uma importante vitória com a inclusão de temas sensíveis a ela no Código Penal de 1890. A Constituição de 1891 e os regulamentos que se seguiram, entretanto, acabaram retirando o poder político da esfera federal e colocando-o na esfera estadual. Acabasse o jogo de força entre o poder local e as autoridades centrais em função da política de saúde pública. Com a consolidação da República serão os Estados os atores principais nesse campo, graças às liberdades federalistas. Se no período do liberalismo a compreensão das políticas públicas sobre o tema passa pelo entendimento dos ordenamentos municipais, no período republicano o foco passa a ser a política Estadual.

CAPÍTULO 4

O PROIBICIONISMO FEDERALISTA (1904-1932)

As mudanças institucionais ocorridas durante a mudança de regime político permitiram aos Estados implementarem políticas autônomas no campo da saúde pública. Dois parecem ter sido os eixos responsáveis pela ascensão de normas de restrição ao comércio de psicoativos nessa época: o maior controle médico sobre a prescrição e circulação de entorpecentes e o discurso antialcoólico. Começo com as mudanças institucionais e o maior controle médico sobre o comércio farmacêutico.

A passagem da jurisdição da política sanitária do poder municipal para o estadual foi feita a partir de uma série de leis e decretos. O Decreto nº 2.449, de 1º de fevereiro de 1897, extinguiu as instituições criadas ao final do Império e criou uma única repartição denominada de Diretoria Geral de Saúde Pública, responsável por “fiscalizar o exercício da medicina e da farmácia” (artigo 2). Essa instituição, contudo, “em caso algum poderá intervir administrativamente em serviço de higiene municipal” (artigo 8), salvo “mediante solicitação” dos Estados “e verificado o caso de calamidade pública” (artigo 2).⁷⁵ Ou seja, além da autonomia em matéria de política pública,

⁷⁵ Decreto nº 2.449, de 1º de fevereiro de 1897. Câmara dos Deputados.

conferida pela Constituição de 1891, também passou para os Estados a competência de declarar calamidade pública.

Dentro dessa configuração institucional a União não tinha grandes margens para atuar no campo da regulação. O movimento sanitarista, que defenderá a centralização e maior participação do poder público nas políticas de saúde, somente ganhará força nos anos de 1920. Então o real campo de ação da União era a administração do Distrito Federal e a política internacional.

Não demora muito tempo para que a administração federal tome uma iniciativa para tornar o Distrito Federal um modelo de política de saúde. A reorganização dos “serviços da higiene administrativa da União” – de acordo com o Decreto nº 1.151, de 5 de janeiro de 1904 – foi completada com a promulgação do novo regulamento “dos serviços sanitários a cargo da União” – por meio do Decreto nº 5.156, de 8 de março do mesmo ano. A reorganização dos “serviços da higiene administrativa da União” – segundo o Decreto nº 1.151, de 5 de janeiro de 1904 – foi completada com a promulgação do novo regulamento “dos serviços sanitários a cargo da União” – por meio do Decreto nº 5.156, de 8 de março do mesmo ano. A Parte IV, que trata da Fiscalização do Exercício da Medicina e da Farmácia, proíbe o anúncio da venda de remédios secretos ou “preparados medicamentosos”

em estabelecimentos que não estejam licenciados. Com exceção dos remédios

de uso ordinário e inofensivo, consignados nas tabelas aprovadas pelo Governo, e os preparados officinais licenciados pela Diretoria Geral de Saúde Pública, nenhum outro medicamento ou preparado poderá ser vendido pelo farmacêutico ou fornecido a quem quer que seja, sem receita de médico competentemente habilitado (Artigo 264, §1).

Era prevista pena de multa de 100\$000 e o dobro na reincidência. Essa determinação tem uma novidade em relação a todas as outras anteriores. Pela primeira vez uma lei é voltada para restringir o acesso de algumas substâncias ao público. O Código Penal de 1890 não restringia a venda de medicamentos ao público em geral, mas o comércio “sem legitima autorização e sem as formalidades prescritas”. O farmacêutico ou o boticário, devidamente cadastrado, estava habilitado a vender qualquer produto colocado à venda.

Certamente alguns questionamentos são necessários para avaliarmos o impacto e o sentido dessas normativas. Elas foram efetivamente cumpridas? Não, porém o poder público dispensou esforços para fazer valer a lei em algumas situações. Em geral a ação era reativa,

motivada pelas denúncias que apareciam nos jornais. Existiam pessoas que recebiam multa em função do descumprimento das leis sanitárias, mas essas medidas eram ineficientes para lidar com a venda irregular. Para as classes terapêuticas e o governo, a legislação logo se mostrou ineficaz para conter a circulação de fármacos como drogas recreativas e antálgicas fora do circuito oficial.

O primeiro ordenamento efetivamente proibicionista era limitado em termos geográficos e, possivelmente, não foi respeitado automaticamente por farmacêuticos e outras pessoas que consumiam essas substâncias. Não é possível determinar se ocorreu uma tentativa real de fazer essa normativa se efetivar sem uma pesquisa exaustiva na documentação da justiça/polícia sanitária do Distrito Federal. Até que isso ocorra, os jornais nos oferecem uma entrada ao tema.

Em 04 de janeiro de 1913, o jornal *A Noite*, do Rio de Janeiro, lançou uma matéria de capa intitulada “A cocaína, o veneno da moda, é vendida sem a menor cerimônia. Em meia hora a reportagem da ‘A Noite’ compra, em diversos bairros, 37 gramas de cocaína!”. Segundo essa reportagem, “não foi preciso nenhum disfarce, nenhum artifício. Bastava cada repórter entrar na farmácia e pedir: “um vidro de cocaína”. A única variação encontrada pelos jornalistas foi no preço, que variava entre 1\$000 e 2\$500, fato que mostrava como “é bastante elástica a consciência

dos nossos farmacêuticos...”. Era preciso dar um basta nesse tipo de abuso porque, de acordo com o jornal, noventa por cento dos suicídios que ocorriam na capital teriam sido realizados com emprego dessa substância. “**Os manuais de medicina**⁷⁶ previnem que basta às vezes um grama para provocar fenômenos de envenenamento. Por esse cálculo os nossos 37 vidrinhos mandariam ao cemitério apenas 37 cadáveres!”⁷⁷ Os repórteres que se espalharam pela cidade e compraram a referida substância de vários estabelecimentos puderam constatar que ela era vendida até mesmo para crianças. A matéria termina com a enumeração de todas as farmácias visitadas, apontando que apenas poucas delas exigiam receita médica como previa o regulamento sanitário.

Dois dias depois, o mesmo jornal volta ao tema. A nota de título “A venda de cocaína – os infratores vão ser multados” trazia uma manifestação do Diretor Geral de Saúde Pública apontando que as farmácias que venderam cocaína seriam multadas por infringirem o regulamento sanitário. O jornal publica na íntegra o artigo 264, destacado anteriormente. A promessa do diretor foi efetivamente cumprida, pois foram encontrados no *Arquivo Nacional* (AN) alguns processos instaurados por esse tipo de infração do regulamento sanitário.

76 Negrito no original.

77 A Noite, 04 de janeiro de 1913. Hemeroteca Digital Brasileira.

Foi o caso do farmacêutico Júlio Cezar de Paula Freitas, que contratou um advogado para defendê-lo perante a justiça. Ele contou com duas testemunhas para negar a denúncia: A primeira disse que é proprietário de outra farmácia e que fornece cocaína para o acusado, podendo afirmar que ele não vendia cocaína para o estabelecimento do acusado há mais de dois anos; A segunda testemunha, moradora da mesma rua da farmácia do acusado, disse que nunca viu venderem cocaína naquele local. O juiz, porém, decidiu que versão da autoridade sanitária competente tem fé pública, salvo prova em contrário. As testemunhas não estavam no local no dia e na hora da infração, logo, não invalidariam a multa de 100\$000. Foi expedido um mandado de intimação para o réu pagar a multa, porém ele se negou. Dessa forma, o juiz determinou que ele fosse preso e encaminhado à Casa de Detenção pelo prazo de 20 dias, 4 horas e 30 minutos. Frente a essa determinação o réu decidiu pagar a multa.⁷⁸ O farmacêutico Carlos Martins Vieira, por sua vez, alegou que estava viajando na ocasião e que tinha deixado regras explícitas para seus funcionários não venderem cocaína, porém o juiz manteve a condenação.⁷⁹ O farmacêutico Luiz de Mattos Pimenta, por sua vez, alegou que tudo aquilo não passava de um factóide do jornal *A Noite*, porém igualmente foi multado

78 AN, Infração Sanitária de Júlio Cezar de Paula Freitas, 1913.

79 AN, Infração Sanitária de Carlos Martins Vieira, 1913.

em 100\$000.⁸⁰ A maioria preferiu não se defender e simplesmente pagar a multa.

Essa ofensiva da polícia sanitária, apesar de ter inibido os abusos, não parece ter resolvido o problema. Essa é a opinião do jornal *A Noite* em matéria intitulada “Podemos obter veneno? O abuso da venda da ‘cocaína’”, publicada em 11 de abril de 1913. Segundo essa reportagem, com sua campanha do começo do ano, o jornal “lembrou à Saúde Pública o texto de velhos regulamentos sobre as farmácias” fazendo com que “os envenenamentos por meio desse veneno diminuíram[diminuíssem] e chegaram [chegassem] mesmo a desaparecer de todo”. O mesmo teste realizado anteriormente mostrou que a maioria das farmácias passou a exigir receita “temendo a ação da Saúde Pública”, porém ainda existiram farmacêuticos que descumpriam o regulamento. “Mas o abuso já está bastante restrito. Com um novo esforço das autoridades sanitárias, fazendo cumprir a lei, certamente que desaparecerá”⁸¹.

Esses episódios descritos acima sugerem que o problema da venda de tóxicos estava associado aos suicídios e à péssima administração do serviço sanitário. Os jornais parecem ter tido um papel importante na formulação de um problema das drogas durante a década de 1910 na cidade do Rio de Janeiro. Outro estado que se destacou como vanguarda nesse campo foi São Paulo.

80 AN, Infração Sanitária de Luiz de Mattos Pimenta, 1913.

81 *A Noite*, 11 de abril de 1913. Hemeroteca Digital Brasileira.

Ele era o mais rico de todos e considerado a “locomotiva” do Brasil. A ampla disponibilidade de recursos permitiu a adoção de uma das mais avançadas políticas sanitárias do continente, podendo ser comparada inclusive com as da Europa. A política sanitária, na visão da elite médica e política, era a base de transformação de São Paulo em “centro civilizador e fundador de um Brasil progressista e nitidamente superior”⁸². As instituições sanitárias paulistas desenvolveram uma série de ações interventoras que encontravam resistências nas populações rurais, criando rivalidades entre as elites citadinas e rurais. Existia o imaginário de que o interior de São Paulo estaria tomado por doenças por causa do abandono de sua população. A figura do *Jeca Tatu*, desenvolvida por Monteiro Lobato, é aquela que precisava ser superada a partir da intervenção saneadora do poder público.

A adoção de medidas restritivas no campo do consumo de drogas fez parte da boa recepção que essa ideologia saneadora tinha nas classes políticas paulistas, porém, não apenas isso. A imprensa, igual ao modo como ocorria no Rio de Janeiro, passa a atuar em campanhas de saneamento moral e na defesa da regulação da venda de fármacos. As matérias do jornal *A Noite*, da capital, destacadas anteriormente, são reproduzidas no jornal

82 MOTA, André. **Tropeços da Medicina Bandeirante**: medicina paulista entre 1882-1920. São Paulo: EDUSP, 2005, p. 16.

paulista *A Gazeta*. Reforça-se o coro contra o perigo da circulação de “venenos”.

A partir de então matérias investigativas são promovidas por diferentes jornais paulistas, mostrando que os “venenos” circulavam livremente em cabarés e, até mesmo, em charutarias. O bar que ficava dentro do *Teatro Municipal* era um dos locais evidenciados nas notícias como “o quartel-general do vício”. Não faltavam críticas à omissão do Serviço Sanitário em relação a esse tema. Para o jornal *A Gazeta*, era necessária a criação de uma Polícia dos Costumes para resolver o problema. Reativamente, como ocorreu no Rio de Janeiro, a polícia respondeu as críticas com a condução de alguns farmacêuticos à delegacia para autuação. Avaliando pelo ângulo da circulação de entorpecentes, a política sanitária de São Paulo – orgulho da classe política e instrumento de regeneração da população – era fustigada com reiteradas críticas. A situação tomou proporções dramáticas em março de 1917, quando morreram por overdose alguns jovens das classes abastadas paulistas durante uma farra com meretrizes. O “Club da Morte”, como ficou conhecido, era o símbolo máximo do fracasso do poder público em controlar os abusos de drogas. Clamava-se por autoridade⁸³.

A resposta do governo ocorreu com a reforma do Código Sanitário de São Paulo – que foi promulgada

83 CARNEIRO, Beatriz H. S. A vertigem dos venenos elegantes. **Dissertação**, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1993.

pela Lei nº 1.159, de dezembro de 1917. Em 9 de abril de 1918, foi publicado o Decreto nº 2.918, que dava “execução ao Código Sanitário” do ano anterior.⁸⁴ Esses decretos seguiam, em linhas gerais, o mesmo espírito do código sanitário federal no controle dos preparados officinais. Algumas diferenças dignas de nota são: a exigência de prescrição médica seria necessária para os preparados medicamentosos, com exceção dos de uso ordinário e inofensivo. Se os medicamentos vendidos se tratassem “de anestésicos, especialmente a cocaína, o ópio e seus derivados, poderá ser ordenado, além da multa, o fechamento da farmácia” (artigo 122); a alusão à “Farmacopeia Paulista”, publicada em 31 de maio de 1917, e que deveria servir de referência “enquanto não estiver organizada a Farmacopeia Brasileira” (artigo 139). Ou seja, amplia-se o poder punitivo da autoridade sanitária em relação à venda de cocaína e analgésicos.

Portanto, entre 1904 e 1918, Rio de Janeiro e São Paulo passaram a regulamentar o acesso de algumas substâncias pela prescrição de um profissional reconhecido. Além disso, foram proibidos os remédios de fórmulas secretas – o conhecimento da fórmula pela autoridade sanitária passava a ser exigência para circular no mercado legal. É preciso lembrar, entretanto, que os demais Estados tinham autonomia nesse campo. Novos estudos

⁸⁴ Lei nº 1.596, de 29 de dezembro de 1917; Decreto nº 2.918, de 9 de abril de 1918. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo.

certamente vão acrescentar entendimento sobre o efetivo grau de influência que os centros políticos e econômicos do país tinham sobre as demais regiões. Veremos logo abaixo, para criar o contraste, o exemplo do positivismo no Rio Grande do Sul.

Se o campo de atuação do poder público federal era restrito internamente, nas relações internacionais não era diferente. No concerto de forças do final do século XIX e início do século XX era de preponderância europeia. A Alemanha defendia uma pujante indústria farmacêutica, mercado que também existia na França. Suíça, outra produtora, ignorou solenemente todos os convites para diálogo feitos pelos EUA. A Holanda, que passou a sócia britânica na exploração das suas antigas colônias, transformou Java na principal produtora de coca, suplantando o Peru com uma técnica superior de retirar o princípio ativo da coca. Os japoneses também entraram no mercado chinês oferecendo morfina, heroína e cocaína como “substitutos seguros” do ópio. Parte dos recursos da Grã-Bretanha ainda dependia do comércio de ópio na China, embora o crescimento da produção interna chinesa ameaçasse inverter a balança comercial. A única voz contrária ao liberalismo, e que tinha alguma relevância nesse concerto de nações, eram os EUA. Nessa conjuntura, as políticas adotadas no Brasil eram percebidas como alinhamento do país à liderança estadunidense no continente americano. Ambos resistiam ao “bloco do ópio”

e aos “imperialistas” com promessas de redenção moral coletiva por meio da ação do Estado sobre a população.

Teriam os EUA definido nossa política externa? Os decretos nº 2.861, de 8 de julho de 1914, e nº 11.481, de 10 de fevereiro de 1915, aprovam as disposições acordadas em Haia. O Brasil não participou dos debates, apenas foi convidado para ratificar. Qual a influência da política externa na definição da agenda interna? Entre 1914 e 1915 o problema da circulação das drogas já estava nos jornais, não apenas como crítica às políticas vigentes, mas alimentando e alimentado por uma cultura farmacológica que se transformava em um contexto de ampliação das restrições de acesso e de formação de uma circularidade ilícita.

As críticas às políticas sanitárias que apareciam na imprensa não eram o tema predominante. Em geral, o consumo de drogas era colocado como um costume estrangeiro indesejado para a nação; eram os vícios chiques que ameaçavam a aristocracia local. Essa é a opinião de Dona Laura, esposa de Sousa Costa, ao descobrir que o marido tinha contratado a amante profissional Fräulein Elza para iniciar a vida amorosa de Carlos, seu filho.

Laura, Fräulein tem o meu consentimento. Você sabe: hoje esses mocinhos... é tão perigoso! Podem cair nas mãos de alguma exploradora! A

cidade... é uma invasão de aventureiras agora! Como nunca teve!. COMO NUNCA TEVE, Laura... Depois disso de principiar... é tão perigoso! Você compreende: uma pessoa especial evita muitas coisas. E viciadas! Não é só bebida não! Hoje não tem mulher-da-vida que não seja eterômana, usam morfina... E os moços imitam! Depois as doenças!... Você vive na sua casa, não sabe... é um horror!⁸⁵

A crítica sagaz à sociedade burguesa paulista, feita por Mario de Andrade no clássico *Amar, verbo intransitivo*, não tinha como deixar de fora os medos tão comuns da elite da época. Ao fazer uma referência à literatura, para se somar a dos jornais, o cético pode responder que se trata de uma questão tangencial, isolada.

Beatriz Resende, recentemente, fez uma inesquecível compilação de contos sobre o universo do consumo de drogas, de forma especial a cocaína, na literatura. O desafio de encontrar essas referências foi enorme, tanto pela “censura que tinha como base o conservadorismo, a religiosidade e a misoginia”, quanto pelo “sucesso do ideário e da estética modernista, sobretudo a partir dos anos de 1930” que implicou a desqualificação das propostas artísticas do período anterior. Não são poucos os escritores e poetas que se dedicaram ao tema do uso de drogas: Olavo

85 ANDRADE, Mario de. *Amar, verbo intransitivo*. São Paulo: Instituto Canal do Livro, 1927, p.27.

Bilac, João do Rio, Lima Barreto, Benjamin Costallat, Orestes Barbosa, Coelho Netto, José do Patrocínio Filho, Manuel Bandeira, Álvaro Moreira, Patrícia Galvão, entre outros; na música popular, com Sinhô. Em São Paulo, é possível destacar Oswald de Andrade, Silvio Floreal, Laura Vilares, Amando Franco Caiuby e Raul de Polillo – além de Mário de Andrade, já mencionado⁸⁶.

Dentre todos esses escritores, o mais recordado pela historiografia contemporânea das drogas é Lima Barreto, pois suas memórias do hospício são uma referência original da experiência daqueles que sofreram o arbítrio do poder médico psiquiátrico da época. Os conflitos entre a classe artística e a intelectualidade científica podem ser medidos pela polêmica envolvendo a figura de João do Rio. Esse cronista carioca, que deixou descrições das casas de ópio do Rio de Janeiro, foi alvo de uma biografia escrita pelo psiquiatra Inaldo de Lyra Neves-Manta que buscava caracterizá-lo como um “gênio degenerado de Lombroso”. Suas investidas pelo submundo da cidade eram fruto dos “anseios de um incontrolável desvio de caráter” que o inspiravam a escrever uma “literatura mórbida” ao incitar a curiosidade da população sobre “contextos deflagradores e instituidores de atavismos”⁸⁷.

86 RESENDE, Beatriz. **Cocaína**: literatura e outros companheiros de ilusão. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.

87 SILVA, Maria de Lourdes. **Drogas**: Da medicina à repressão policial – a cidade do Rio de Janeiro entre 1921 e 1945. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015, p.137.

Essas críticas à literatura “mórbida” representada por João do Rio, na polêmica acima, é resultado das preocupações morais – travestidas de científicas – geradas também pelas novas linguagens artísticas que surgiam nesse período, como o cinematógrafo, a fotografia e o gramofone. Existia a suspeita de que elas trouxessem “manipulações deliberadas e falsas”. Se o tema do consumo de drogas é abundante na literatura e nos jornais, o mesmo pode ser dito em relação ao nascente cinema nacional. Uma pesquisa na *Cinemateca Brasileira* mostra que não foram poucos os filmes nacionais que abordaram essa temática: *Depravação* (1926), *Vício e Beleza* (1926), *Entre as montanhas de minas* (1928), *Morfina* (1927/1928), *Traídos pelo Vício* (1928), *Sintonia da Floresta* (1929), *Romance de Linda* (1930), *Vício e Perversidade* (1932). Às produções nacionais acrescentam-se aquelas produzidas em outros países e que também entravam no circuito nacional, como o filme norueguês *Sonhos do Ópio* (1914).

A cultura como elemento de degeneração da população é tema frequente na literatura médica. Um exemplo é a obra de Álvaro Guimarães Filho, intitulada *Da higiene mental e sua importância em nosso meio*, defendida na Faculdade de Medicina de São Paulo (FMSP), em 1926. No capítulo IV ele aborda “quais os principais fatores predisponentes das moléstias mentais entre nós” apontando tanto o “cinematógrafo”, quanto a “literatura”. Quanto ao cinema, ele se tornou “a principal distração do

povo de todo o universo. Agrada a todas as idades e a ambos os sexos”. Atraindo para suas salas grande quantidade de pessoas, os cinematógrafos se tornaram “uma verdadeira escola”. Infelizmente, as instruções que esse tipo de passatempo tem trazido “são as que representam o crime e o vício”. Ele seria responsável “pela naturalidade que se apresentam os vícios mais degradantes da espécie humana”. Por isso o “cinema é responsável por grande parte do desregramento social dos nossos tempos” constituindo um “verdadeiro fator predisponente da alienação”. Quanto à literatura, existem várias obras que pregam conselhos úteis para se compreender “a vida nos seus encantos e belezas, mas estes não são os mais procurados e lidos, e ficam como que abandonados”. Os verdadeiros sucessos nas livrarias “são os livros da época, em que a malícia é percebida de princípio ao fim, ou que as obscenidades são descritas sem o mínimo pudor”. Era preciso, na opinião desse médico,

que houvesse um meio de evitar a exuberância de tais escritores, que nos romances, quer nas obras teatrais e principalmente nos que escrevem as folhas diárias, que muitas vezes trazem ao público e ao alcance de todos, os fatos mais degradantes da vida social⁸⁸.

88 FILHO, Alvaro Guimarães. Da hygiene mental e sua importância em nosso meio. **These**, Faculdade de Medicina de São Paulo, 1926, p.133.

Trata-se, portanto, de um tema presente na cultura da época, envolvendo uma série de grupos sociais com distintas concepções sobre a maneira adequada de lidar com os usos de drogas. Desse modo, colocar que o Brasil ficou em grande medida incólume ao problema das drogas durante décadas é desconsiderar totalmente as práticas de consumo e de circulação das drogas nos principais centros urbanos. Nesse sentido, é improvável a hipótese de que a política externa foi o fator determinante para a adoção de políticas restritivas no âmbito interno. As mudanças que ocorriam nos EUA, tendo como marco a *Pure Food and Drug Act*, em 1906, eram contemporâneas às políticas adotadas no Brasil. A influência da política externa existe, porém não como determinante da política interna. Os tratados internacionais têm um papel legitimador, sobretudo, reforçando as posições restritivas defendidas na política nacional.

Podemos considerar como plausível que no Brasil existia uma grande circulação de receitas, drogas e compostos medicamentosos que escapavam completamente do controle público. Do ponto de vista biopolítico era preciso tutelar o consumo para proteger e fortalecer a população, acostumada a tomar muito remédio para qualquer dor. O início do século XX foi marcado por grandes transformações na medicina acadêmica oficial, importantes para entendermos as possibilidades e os limites das tentativas de normalizar o consumo de psicoativos.

O final do século XIX é compreendido, na história da medicina científica, como aquele que liberta os médicos do obscurantismo. As descobertas de Louis Pasteur, as técnicas assépticas de Lister e o experimentalismo de Claude Bernard foram considerados tão satisfatórios empiricamente que seus resultados e argumentos teriam conseguido até mesmo derrubar o conservadorismo da classe médica. Para a medicina acadêmica brasileira esses avanços foram particularmente sentidos porque muitos eram adeptos de uma geografia médica e se colocavam como especialistas das enfermidades locais.

A resistência apaixonada dessa velha guarda fazia dos médicos que defendiam os novos padrões epistemológicos verdadeiros heróis na luta contra o atraso. “Daí o adjetivo de ‘corajosas’ que a atuação de Oswaldo Cruz ou a contribuição de Nina Rodrigues merecem de alguns biógrafos”.⁸⁹ Essa interpretação laudatória, de inspiração positivista, é denominada de triunfalista porque retrata a vitória da ciência sobre a ignorância; portanto, é tributária de uma tradição iluminista e evolucionista.

Não cabe a esse trabalho adotar essa perspectiva, tampouco haverá espaço para uma grande arguição sobre as permanências, negociações e conflitos gerados pela busca de legitimidade das novas especialidades médicas. O final do século XIX e início do XX era marcado pela

89 CORRÊA, Mariza. **As ilusões da liberdade**: a escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013, p.78.

preponderância de uma “cultura médica heteróclita”⁹⁰ que comportava médicos e práticos que atuavam de forma isolada, como autônomos pautados pelo individualismo terapêutico. Nesse cenário começam a se destacar algumas especialidades, tais como: a Medicina-legal, para retirar da polícia a jurisdição sobre os laudos criminais (Nina Rodrigues); a Psiquiatria, que criava suas próprias instituições para realizar observações e experiências clínicas e filtrar a ação policial (Pavilhão de Observações no Rio de Janeiro); no campo da Epidemiologia, os sanitaristas, como o próprio Oswaldo Cruz, que se envolveram no debate público, nas polêmicas e em defesa de suas concepções de doença e de sua legitimidade enquanto médicos e cientistas; com a combinação de assepsia e anestesia a Cirurgia se desenvolvia e se tornava a expressão máxima da modernidade médica. Ou seja, era um período de mudanças e intensas disputas por legitimidade, por espaços em instituições tradicionais e criação de novos nichos profissionais.

No que se refere ao nosso tema, uma das mudanças mais ressaltadas é o desenvolvimento da psiquiatria enquanto especialidade médica. A categoria “toxicomania” como doença específica que deveria ser tratada – assim como suas irmãs “cocainomania”, “morfinomania” – encontrou enorme adesão no meio médico e, inclusive, na imprensa

90 TEIXEIRA, Luiz Antônio; EDLER, Flavio Coelho. **História e cultura da medicina no Brasil**. São Paulo: AORI Produções Culturais, 2012, p.50.

aberta. Além dos manicômios públicos e instituições de triagem, como o Pavilhão de Observações destacado anteriormente, esses profissionais criaram uma rede de assistência mental de caráter privado, ou seja, um nicho de atuação à psiquiatria enquanto especialidade. A mais famosa dessas instituições privadas foi a *Clínica Botafogo*, que era dirigida por Pernambuco Filho e Aduino Botelho. O começo do século XX marca a difusão dessas clínicas e do serviço de desintoxicação. A obra mais conhecida dessa nova ciência foi escrita no Brasil pelos diretores da *Clínica Botafogo* e intitulada *Vícios sociais elegantes (Cocaína, éter, diamba, ópio e seus derivados) – estudo clínico, médico-legal e profilático* e publicada em 1924.

Quando se pensa, portanto, em conhecer o perfil social dos toxicômanos, uma alternativa muito promissora é pesquisar a leitura dos prontuários médicos. Esse caminho, entretanto, sofre alguns reveses. Primeiro, a maioria dos prontuários da época é de instituições públicas, o que acaba restringindo a amostra possível. Segundo, eles estão guardados pelos Comitês de Ética em Pesquisa que, na sua maioria, se colocam acima da Lei de Acesso à Informação. Existe uma notável exceção: o Arquivo Público de São Paulo tem a guarda de prontuários da *Clínica Pinel*, que atuou como clínica privada na capital do Estado a partir de 1929. E o melhor: eles estão adequados à lei federal que garante a pesquisa científica. As abordagens realizadas, entretanto, mostram que apenas uma ínfima parte dos pacientes era

internada por toxicomania; porém, aproximadamente um quarto dos clientes eram pessoas que buscavam a desintoxicação do álcool. Um número bem significativo, então, se considerarmos todo o conjunto.

Esses desenvolvimentos certamente foram decisivos. Vamos ver, posteriormente, que essas categorias médicas serão incorporadas na legislação que seguiu as normativas já mostradas. Todavia, focar as práticas de uso de drogas unicamente no universo psiquiátrico é algo equivocado. Isso ocorre basicamente por dois motivos: ele não comporta todo o universo de uso; ele focaliza os usos problemáticos e não integrados, que são minoria. Para termos uma ideia do universo de uso, é preciso olharmos para a medicina como um todo e o papel que esses fármacos exerciam na clínica diária.

A confirmação da existência de bactérias presentes em todos os locais, prontas para atacar e provocar doenças e infecções, contrariava muitas concepções médicas amplamente difundidas, tais como o neohipocratismo e a fé vitalista que pressupunham grande agência ao corpo como promotor da recuperação da saúde. Conforme a microbiologia se expande, essas concepções mais antigas passam a ser amplamente criticadas e um forte ceticismo toma conta da terapêutica em geral. É preciso considerarmos que a maior aceitação das novas perspectivas etiológicas, que dava primazia à doença em relação ao doente, não

carregava consigo uma terapêutica específica. Isso só foi acontecer com força depois da Segunda Guerra, quando os antibióticos apareceram no mercado.

Com a maior aceitação da microbiologia, os remédios tradicionais, voltados à diminuição dos sintomas, passaram a ser vistos como ineficazes para debelar a causa das doenças. Até o advento da microbiologia os remédios eram criticados pela pouca efetividade que possuíam; depois, por serem inadequados para extinguir a doença. O conhecimento do micróbio “relegou a terapêutica ao estatuto de prática inócua, supersticiosa e primitiva”⁹¹. O mesmo não ocorreu com a higiene pública. O conhecimento das bactérias e dos agentes causadores das doenças dava aos sanitaristas a possibilidade de ações mais efetivas na prevenção das doenças, cujo sucesso nas profilaxias adotadas conferia prestígio à saúde pública e às políticas implementadas. As medidas contra a febre amarela e o mito que se construiu em torno de Oswaldo Cruz são resultados desses novos entendimentos. Isso permitiu que a medicina invadisse, com maior propriedade, o âmbito jurídico. Assim, “naturalização da realidade social corresponde a uma espécie de jurisprudência biológica: a doença passa a ser uma infração ou delito frente à sociedade”⁹². A biopolítica se fortalece enormemente.

91 SAYD, Jane Dutra. **Mediar, Mediar, Remediar**: aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. p. 132.

92 Idem, p. 139.

No começo do século XX, marcado pela contradição gerada pelo sucesso da higiene pública e o desprestígio da terapêutica, surge um dos mais inocentes mitos da medicina oficial: a difusão da prevenção médica e o conseqüente fim das doenças.

A figura do terapeuta se enfraquece, perde importância. Isso porque, ao mito de que a ciência exterminará as doenças, corresponde uma figura de médico um tanto peculiar: a de um educador e disciplinador, um repassador de regras e condutas preventivas ou saudáveis, organizadas para o controle, tanto da natureza externa, hostil, quanto dos próprios desregramentos inerentes às paixões da natureza humana⁹³.

Quando analisamos as práticas médicas da época, é preciso ter em mente esse cenário paradoxal. De um lado, temos as especialidades que se consolidam como científicas e passam a atuar no direcionamento das políticas públicas; de outro lado, os terapeutas que lidam com as idiossincrasias, os sofrimentos e os anseios de seus pacientes. E, principalmente, o terapeuta que continua atuando com seu “pecúlio”, receitas, técnicas e abordagens consagradas.

93 Idem, p. 149.

No que se refere ao nosso tema, aparecerão duas interpretações distintas. A historiografia triunfalista não vai demorar a decretar à “morte” o uso dos fármacos tradicionais; nessa visão, a “cocaína”, por exemplo, torna-se inadequada terapeuticamente em fins do século XIX. Os remédios consagrados para abrandar a dor, tais como o Elixir Paregórico, passaram a ser reminiscências sem aval da ciência, precisando ser excluídos da terapêutica o quanto antes ou, na pior das hipóteses, apenas aceitos com aval de uma receita médica. A historiografia profissional, por sua vez, analisa a adoção ou rejeição de dada tecnologia a partir das relações sociais, dos conflitos e das novas interações geradas por aqueles que a adotaram. Quem parte desta última perspectiva não se impressiona, em pleno século XX, com a persistência da criação de sanguessugas para fins terapêuticos ou com o mercado editorial que insistia na publicação de formulários médicos.

Na tese eu tive que dedicar dois capítulos específicos para tratar dos desenvolvimentos das técnicas terapêuticas, mostrando inúmeros exemplos da permanência dos usos desses fármacos clássicos. Infelizmente não conto com o mesmo espaço neste projeto editorial. Para tentar exemplificar a permanência de muitos instrumentos da terapêutica tradicional, apresentarei o *Formulário de Terapêutica Infantil*, produzido com base na experiência da *Policlínica da Criança* e inscrito nos esforços da

Pediatria em se consolidar como um campo específico da medicina. Nesse livro encontraremos referências às substâncias que hoje são consideradas o pior dos mundos. Heroína, morfina, pó de Dover, Elixir paregórico, codeína, xaropes de diversos tipos eram receitados para problemas respiratórios (abrandar a tosse); para diminuir o fluxo de secreções (diarreias, por exemplo, eram mais comuns em uma época sem antibióticos); para suplantar a dor “em múltiplas formas” (verbete “ópio”). Os opiáceos eram “medicamentos traiçoeiros, dos quais muito se deve temer, se bem que deles também muito também possa esperar” (verbete “ópio”). A cocaína podia ser receitada para conter casos especiais de vômitos pertinazes, mas somente como “último recurso e com prudência, aos lactantes de mais idade” (verbete “cocaína”); porém, sua principal função é de anestésico local de uso tópico como a lidocaína (xilocaína®), empregada atualmente; podia também ser usada na forma de colírio para qualquer intervenção nos olhos ou para atenuar os efeitos das conjuntivites. Os opiáceos e a cocaína ainda tinham a companhia de barbitúricos altamente tóxicos e com forte capacidade de provocar uso abusivo, tais como o *Veronal*. Ainda eram recomendados os antigos clorais, combinados com cocaína e cânfora, para anestésias dentárias⁹⁴.

94 MOREIRA, A. A. Santos. **Formulario de Therapeutica Infantil**. Revisto e Prefaciado pelo Prof^o Fernandes Figueira com a collaboração dos drs. Zopyro Goulart, Aleixo de Vasconcellos, Edilberto Campos e J. Marinho. Rio de Janeiro: Editores Besnard Freres, 1920.

Todas essas substâncias citadas acima eram plenamente aceitas na terapêutica da época, valorizadas na clínica diária e carregavam consigo o status de serem o que existe de mais moderno e desejável. O problema relacionado ao seu uso não reside nas substâncias em si, mas nos maus usos que delas poderiam ser feitos. Um dos mais avançados institutos de pediatria no Brasil, como era a *Policlínica da Criança*, poderia usar essas substâncias nas crianças porque elas eram prescritas por médicos habilitados e conhecedores das posologias adequadas.

A legislação, portanto, não visava às drogas em si. O que ela procurava implementar era uma regulamentação que via no médico uma figura ética que atuava como moderador do mercado. Ele era o mediador que deveria ligar o paciente (que não tem discernimento e precisa de orientação técnica) à indústria farmacêutica (que não tem interesse na saúde pública, apenas nos ganhos financeiros), não permitindo que a indústria se aproveitasse da ingenuidade do público. O médico, nessa configuração, assume o papel de pai protetor.

Em 1921 ocorrerá um reforço do sistema penal com o objetivo de ampliar o poder de coação da polícia sanitária. No entanto, antes de avaliar essa legislação, ainda precisamos considerar um segundo eixo de tensões que viria a reforçar a gerência do poder público no controle da ebriedade. Se os fármacos terapêuticos passaram a ter

uma atenção do poder público, o mesmo pode se dizer em relação a alguns hábitos populares vistos como indesejáveis e causadores de degeneração, principalmente o consumo de aguardente de cana. O imaginário do submundo mistura doenças venéreas, tuberculose e alcoolismo. O racismo científico logo atribuiu tal situação ao atavismo de raças inferiores e demasiadamente sexuadas.

O início do século XX foi marcado pela ascensão da política proibicionista puritana nos EUA que colocou em prática a abstinência compulsória da população. É farta a historiografia que aponta a ascensão do movimento da temperança, com fortes raízes sociais e políticas, e a sua vitória política. Filmes contemporâneos de máfia, como a trilogia *O Poderoso Chefão* (1972, 1974, 1991), seguem reproduzindo os dramas sociais criados na sociedade estadunidense daquela época. Veremos agora que a questão do consumo de álcool pela população não ficou despercebida pelo cenário político brasileiro.

Os trabalhos que abordam o tema do movimento da temperança no Brasil geralmente o associam às classes terapêuticas, sobretudo aquelas ligadas às novas especialidades que começavam a se consolidar nessa época. A psiquiatria multiplicava o número de clínicas oferecendo serviços de internação; os sanitaristas ganhavam cada vez mais espaço na definição das políticas; e assim por diante. Era compartilhada entre esses especialistas a percepção de

que a política adequada para toxicômanos e alcoolistas era a internação. Eles sustentavam um discurso científico baseado em argumentos raciais e biologicistas que buscava justificar as desigualdades e defender as hierarquias sociais. Por mais influente que fosse esse discurso e por mais articulado politicamente que os médicos fossem, esse grupo sozinho parecia incapaz de sustentar uma lei de promoção da abstinência, como aquela que entraria em vigor nos EUA na mesma época.

Contrariamente à temperança nos EUA, o movimento aqui sempre foi leigo, pois os ativistas brasileiros eram em grande maioria médicos higienistas que não invocavam razões de ordem religiosa para que o Estado intervisse nos costumes étlicos da população⁹⁵.

Se considerarmos os argumentos já expostos, poderíamos ainda reforçar essa hipótese. Os psiquiatras e os sanitaristas estavam longe de representar a classe médica como um todo, principalmente no que se refere à terapêutica. A historiografia triunfalista, que acredita na adoção automática das tecnologias, vai destacar o advento do conceito de alcoolismo – no final do século XIX – e das toxicomanias – no começo do século XX –

95 MARQUES, Teresa Cristina de Novaes. **A Cerveja e a Cidade do Rio de Janeiro**: De 1888 ao início dos anos 1930. Brasília: EDUNB, 2014, p.222.

para decretar o fim de qualquer uso terapêutico do álcool destilado. A historiografia profissional, entretanto, tem outra abordagem, conforme vimos.

O uso de destilados como tônico (conhaque, por exemplo) era recorrente na terapêutica. Engana-se quem pensa que isso era apenas uma crença dos terapeutas populares, pois dentro das instituições de ponta da época ocorria grande polêmica sobre o valor nutritivo e terapêutico do álcool. A ideia de que o álcool era um veneno, sem valor terapêutico e agente da degeneração não era unânime, apenas hegemônica nas especialidades emergentes. Um dos usos terapêuticos do álcool mais comum era como base de compostos medicamentosos, prática que perdura até os dias atuais – embora de forma remanescente. Em 19 de abril de 2001, a Resolução nº 543 emitida pela ANVISA determinou como limite máximo 0,5% de álcool para fórmulas de complexos vitamínicos voltados para crianças e de até 2% quando destinados ao público adulto. Isso obrigou o centenário e famoso remédio *Biotônico Fontoura* a baixar o seu teor alcoólico, que “era de 9,5%, o que equivale a uma garrafa de vinho alemão ou uma lata de cerveja extraforte”⁹⁶.

Se olharmos somente para o interior das classes terapêuticas, portanto, veremos que o movimento

96 BUENO, Eduardo; TAITELBAUM, Paula. **Vendendo Saúde**: história da propaganda de medicamentos no Brasil. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008, p.66.

da temperança não teria base social no Brasil. E essa perspectiva pessimista era compartilhada pelos próprios militantes. O jornalista, professor e jurista Evaristo de Moraes era um exemplo de sujeito com esse tipo de atuação. Ele participou ativamente dos debates entre liberais e positivistas sobre o tema da inimputabilidade, ganhando fama como advogado criminal, como no famoso “crime da mala”, realizado por Miguel Trad em 1908. Evaristo de Moraes foi atuante na política de seu tempo, apoiando a República em fins do século XIX e as forças varguistas nos anos de 1930. Chegou a ser nomeado Consultor Jurídico do novo Ministério do Trabalho, em fins de janeiro de 1931, porém se desligou do governo federal um ano depois por desavenças políticas. Faleceu em 1938.

Evaristo de Moraes foi autor de um livro intitulado *Ensaio de patologia social: vagabundagem, alcoolismo, prostituição e lenocínio*, de 1921. As posições desse livro antecipam vários aspectos do Decreto 4.294, de 06 de julho, que seria lançado no mesmo ano. Segundo ele, a experiência internacional no que tange ao controle de álcool era desanimadora, pois

alcoolismo é, antes de tudo, produto da atual desorganização social-econômica e da imoralidade individual, esta resultante dos defeitos da educação e da dissolução da família. Cumpre, portanto, agir sobre

as condições existenciais da sociedade e sobre o espírito dos indivíduos⁹⁷.

Segundo ele, o Estado não teria se mostrado com força moral para intervir nesse aspecto, pois a indústria do álcool é aquela que lhe dá mais recursos. Muitos países (Suíça, Suécia e Rússia) tentaram criar sistemas de monopólio na venda, porém eles acabaram se transformando em bons negociantes. “A conclusão vem a ser esta, dolorosa e cruel – o governo mais bem-intencionado vê-se obrigado a transigir com o alcoolismo, porque tem necessidade de dinheiro”⁹⁸. Houve também os países que tentaram vencer o problema do alcoolismo com a proibição absoluta do fabrico e consumo, como nos EUA. Essas medidas restritivas em geral acabam sendo revogadas posteriormente. “Como sucede sempre, quando a proibição é muito rigorosa, deu-se largamente a infração da lei”⁹⁹. O resultado desse tipo de política seria o fortalecimento do mercado clandestino que, em certos momentos, consegue alastrar mais a bebida que nos mercados regulados.

No Brasil, a situação não seria nada otimista na sua opinião. Os “projetos de Medeiros e Albuquerque e de Corrêa de Freitas” sobre o tema foram criticados pelos

97 MORAES, Evaristo de. **Ensaio de patologia social**: vagabundagem, alcoolismo, prostituição e lenocínio. Rio de Janeiro: Leite Ribeiro, 1921, p.87.

98 Idem, p.88.

99 Idem, p.85.

“representantes dos produtores do álcool [...] lamentável dependência torna a ação do Estado difícil, morosa, acanhada e tardia”¹⁰⁰. Esse discurso pessimista em relação à capacidade de atuação do poder público em relação ao consumo de álcool no Brasil reforça a hipótese de que não existia um movimento social capaz de sustentar medidas restritivas no consumo da população. Essa posição, entretanto, tem sido relativizada por estudos recentes.

O consumo de álcool tem sido tema de pesquisas em algumas pós-graduações do país, em geral procurando investigar a relação dessa prática com a consolidação da masculinidade. Elas acabam trazendo algumas pistas sobre as diversas práticas antialcoólicas espalhadas pelo país. Os militantes socialistas e anarquistas eram quase unânimes em relação ao papel deletério que o álcool provocava sobre a consciência de classe. Em Fortaleza, o *Círculo Operário São José* e a *Escola de Aprendizizes Artífices* se juntaram ao Centro Médico Cearense e as autoridades públicas ligadas ao Serviço de Saneamento Rural, para construir “uma participação decisiva na propagação das campanhas antialcoólicas na capital cearense”¹⁰¹. Entre os paulistas, os jornais operários destacam a frequência dos proletários à taberna e aos bailes. O consumo de álcool era criticado como meio de enfraquecimento da luta de classes. Existiria

100 Idem, p.89.

101 COSTA, Raul Max Lucas da. Tensões sociais no consumo de bebidas alcoólicas em Fortaleza (1915-1935). **Dissertação**, Universidade Federal do Ceará / Programa de Pós-Graduação em História Social, Fortaleza (CE), 2009.

“uma clara relação de causa e efeito entre um corpo operário combalido pelo álcool e a impossibilidade de consciência e ação operária”.¹⁰²

Outro grupo político articulado em torno da bandeira da restrição ao álcool era o feminista. A União Brasileira Pró-Temperança (UBPT) foi fundada por uma feminista estadunidense em 1894, porém assumida pelas brasileiras posteriormente. Uma das figuras de destaque nessa associação foi Jerônima Mesquita, que foi presidenta entre 1925 e 1950. Existia forte preocupação com os efeitos morais do consumo desenfreado de álcool entre as classes populares. Em Florianópolis existia um serviço oferecido pela igreja chamado “Mensageiros da Regeneração”, que podia ser solicitado pelas esposas que precisassem de ajuda com seus maridos alcoólatras. As mulheres eram entendidas “como guardiãs do sossego do lar e responsável pela felicidade dos maridos e dos filhos, portanto, deveriam ajudar na regeneração dos alcoólatras”¹⁰³.

Em fins dos anos de 1910 foi fundado, no Rio de Janeiro, a Liga Nacional Contra o Alcoolismo (LNCA).

102 ARAVANIS, Evangelia. O corpo em evidência nas lutas dos operários gaúchos. **Tese**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Programa de Pós-Graduação em História, Porto Alegre, 2005, p.187.

103 MACHADO, Vanderlei. **Entre Apolo e Dionísio: A imprensa e a divulgação de masculinidade urbana em Florianópolis (1889-1930)**. 2007. p. 230. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, UFRGS, Porto Alegre.

Em 19 de agosto de 1920, *O Jornal*, do Rio de Janeiro, convocava os fundadores e aderentes da Liga para tratar da criação de estatutos e organização. O evento ocorrido em 21 de maio de 1921 teve discurso do médico Belizário Penna – na ocasião estavam representadas inúmeras associações e autoridades. A *Sociedade Vegetariana do Rio de Janeiro* lançou uma nota no mesmo jornal, em 11 de junho, exaltando a nova entidade como “conquista na ordem dos assuntos que a Sociedade advoga”. No discurso do seu presidente foi citada uma frase feliz de um dos sócios que “afirmara que se pode ser omnívoro abstinentemente, mas que não existe absolutamente nenhum vegetariano alcoólico”.

Um ano após esse evento esteve presente no Rio de Janeiro, prestigiando a nova instituição, Anna Gordon, presidente da *World Women's Christian Temperance Union*. Ela foi recebida por representantes da Associação Cristã de Moços, Associação Cristã Feminina, por Erasmo Braga, presidente da LNCA, e o Sr. Morgan, embaixador dos EUA. Na sua palestra, a Sra. Gordon falou sobre as suas impressões obtidas por meio da viagem realizada pela América do Sul, assinalando o excelente trabalho realizado no Uruguai na propaganda antialcoólica. Depois de falar sobre os males do vício, assinalou que esperava êxito na campanha brasileira. No evento, Erasmo Braga ainda teve tempo de expor o desenvolvimento da propaganda antialcoólica no país.



FIGURA 7 | Anna Gordon em visita ao Rio de Janeiro em 1922.

Não é possível encontrar um movimento de massas no Brasil a favor da melhor regulamentação do acesso ao álcool e aos entorpecentes em geral. Parece errôneo, entretanto, buscarmos isso porque os movimentos sociais daquela época não se organizavam baseados em suporte das massas; eram movimentos de vanguarda, círculos de elite e autoridades públicas que atuavam nos bastidores da política oficial. A atuação de vegetarianos, feministas, militantes operários, militantes estrangeiros, médicos sanitaristas, autoridades públicas e outros não deixa dúvidas de que a bandeira antialcoólica agregava mais setores que um restrito grupo das classes terapêuticas.

A luta contra o alcoolismo tinha uma adesão do discurso de defesa da família em crise, extremamente presente no catolicismo predominante. Alguns estudos vêm destacando a influência do catolicismo sobre as concepções eugênicas. A Sociedade Eugênica de São Paulo, de 1918, a primeira da América Latina, era composta basicamente por médicos, mas não somente por eles. Além dos interesses corporativos, os anais da sociedade apontam debates sobre “à[a] legalização de exames pré-nupciais para prevenção e controle de casamentos e doenças venéreas, bem como as campanhas antialcoólicas”¹⁰⁴.

104 SILVA, Marcos Virgílio. A Eugenia e o Ideário Antiurbano no Brasil. In: MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela da Silva Martins da Cunha (Orgs.). **Eugenia e história: ciência, educação e regionalidades**. São Paulo: USP/UFABC/CD.G Casa de Soluções e Editora, 2013, p.119.

A bandeira específica de enfrentamento ao problema do alcoolismo era companheira de um movimento maior, o sanitarista. Esse movimento ganha força depois dos relatórios da expedição médico-cientista para o interior do Brasil, organizada pelo Instituto Oswaldo Cruz em 1912. Esse grupo considerava as doenças o principal problema nacional, resultado do descaso das elites, entrave que faria da “brava gente” um bando de

inválidos, exangues, esgotados pela ancilostomíase e pela malária; estropiados e arrasados pela moléstia de Chagas; corroídos pela sífilis e pela lepra; **devastados pelo alcoolismo**; chupados pela fome, ignorantes, abandonados, sem ideal e sem letras¹⁰⁵.

Esse excerto foi retirado de um discurso famoso de Juliano Moreira, considerado o marco fundador do movimento sanitarista por inaugurar a imagem de que o Brasil é um grande hospital. Eram populações que não tinham nenhuma identificação com os ideais da pátria, isoladas “pelo abandono por parte do Governo federal, presente apenas para extrair recursos de uma população que quase não os possuía”¹⁰⁶. Importante destacar que essa

105 MOREIRA, 1916, *apud* HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento**: As bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2006, p.64. Grifo meu.

106 HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento**: As bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2006. p.67.

ideia de interiorano ou sertanejo não deve ser tomada como uma categoria geográfica, mas social, pois “sua localização espacial dependeria da existência do binômio *abandono e doença*”¹⁰⁷. O combate ao alcoolismo era uma espécie de tema transversal que aparecia nos mais diversos matizes das causas consideradas progressistas da época.

Esses poucos, embora muito atuantes em uma profusão de ligas e movimentos associativos, particularmente após os anos da Primeira Guerra Mundial, encontravam a oposição de uma espécie de massa inercial poderosa, resultante de uma tradição de descrença que remontava às elites do Império.¹⁰⁸

O discurso antialcoólico precisa ser compreendido, portanto, como parte de uma crítica mais ampla às oligarquias que dominavam o cenário político da Primeira República. Ao longo dos anos de 1910 vários projetos para restringir a venda de álcool foram enviados ao Congresso Nacional, porém essas ideias “encontravam forte resistência de parlamentares ligados à lavoura de açúcar”¹⁰⁹. Os

107 Idem, p.70.

108 SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FIGUEIREDO, Regina Érika Domingos de. Belisário Penna, combatente. In: HOCHMAN, Gilberto; LIMA, Nísia Trindade (Orgs.). **Médicos intérpretes do Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2015, p.78.

109 MARQUES, Teresa Cristina de Novaes. **A Cerveja e a Cidade do Rio de Janeiro: De 1888 ao início dos anos 1930**. Brasília: EDUNB, 2014, p.233.

constantes fracassos nessa matéria convenceram a grande imprensa e os movimentos progressistas da incapacidade que eles tinham de interferir nas políticas públicas, como a exposta por Evaristo de Moraes um pouco antes.

A historiografia brasileira seguiu adotando essa perspectiva ao longo dos anos. Nessa concepção, o discurso contra o alcoolismo só teria sentido em uma sociedade capitalista como a europeia. Os médicos não conseguiam levar adiante seus projetos porque “não atinavam com as características próprias da sociedade com a qual dialogavam”¹¹⁰. O discurso sanitarista, mesmo quando repercutia na imprensa, “não tinha de fato influência na organização sociojurídica”¹¹¹. Em relação ao controle sobre a ebriedade, os movimentos sociais não tinham sido capazes de “aprovar projetos de lei apresentados ao Congresso”¹¹², levando a militância a se restringir às disputas no campo da ética cotidiana.

Na verdade, procurou-se mostrar ao longo do livro que as políticas de controle se efetivam em diferentes níveis, local e central, durante o Império, e local, central e estadual a partir da República. Se atentarmos para o poder local, vemos um crescente controle das bebidas destiladas,

110 SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos. Alcoolismo. **Dissertação**, Universidade de Campinas / Programa de Pós-Graduação em História, Campinas, SP, 1995, p.150.

111 Idem.

112 MARQUES, Teresa Cristina de Novaes. **A Cerveja e a Cidade do Rio de Janeiro**: De 1888 ao início dos anos 1930. Brasília: EDUNB, 2014, p.256.

com regulamentos municipais em 1907 e 1912 no Distrito Federal. A fiscalização, entretanto, se mostrou falha porque era difícil controlar “um número enorme de produtores dispersos na zona rural, longe do alcance da fiscalização do imposto de consumo e longe até dos recenseadores”¹¹³. Independente da sua efetividade, crescia a pretensão estatal de coibir, orientar e intervir no lazer popular para afastá-lo das libações e perversões diversas.

Esse é o contexto social e político que permite entender a promulgação do Decreto n.º 4.294, de 6 de julho de 1921. Ele foi resultado da atuação desses amplos estratos sociais para tentar solucionar os problemas em relação aos usos inadequados de insumos terapêuticos (primeiro eixo) e ao alcoolismo (segundo eixo). Essa lei foi uma tentativa tanto de dar uma resposta às pressões das classes terapêuticas oficiais por maior fiscalização sobre os remédios, quanto ao movimento antialcoólico. Era um meio de mitigar a crítica mais geral que esses grupos faziam à organização oligárquica, aristocrática e bacharelesca dos principais quadros políticos da Primeira República.

Esse decreto manteve a mesma linha daquilo que já vinha ocorrendo nos códigos sanitários destacados anteriormente: era proibido vender substâncias sem autorização nos regulamentos, com pena de multa de 500\$ a 1.000\$ por infração. Caso se tratasse de substância

113 _____. Cerveja e aguardente sob o foco da temperança no Brasil, no início do século XX. *Revista Eletrônica de História*, v. 9, n. 1, p. 54, 2007.

entorpecente, era prevista pena de prisão celular de um a quatro anos (artigo 1). Esse artigo é o único que trata, especificamente, da venda de fármacos. Não mudou a lógica essencial da lei, mas passou a prever restrição de liberdade para comerciantes que descumprissem as ordenações estaduais. Trata-se da subordinação do comércio de fármacos a uma autoridade policial e leiga, embora essa medida fosse apoiada por uma parte dinâmica da classe médica oficial.

A questão dos fármacos se encerra no primeiro artigo. Todo o restante vai se referir aos controles sobre a ebriedade pública. Fica definida a proibição de apresentar-se em público bêbado, causando escândalo ou desordem, multa de 20\$ a 200\$, dobrando no caso de reincidência (artigo 2); o hábito de embriagar-se passou a ser punido com internação em “estabelecimento correccional adequado” (artigo 3); fornecer ou favorecer o embriagamento de outrem implicava multa de 100\$ a 500\$ (artigo 4); ficava estabelecida multa, igual à do artigo anterior, para dono de casa que promovesse comércio de “bebida ou substância inebriante” fora das horas fixadas pelas posturas municipais ou que vendesse esses produtos a menores de 21 anos, mesmo que destinado ao consumo de outrem (artigo 5). O restante dos artigos desse decreto é destinado à organização da justiça e dos estabelecimentos correccionais que seriam usados na punição aos infratores,

bem como à previsão de regulamentação da entrada das substâncias tóxicas no país.

É preciso refletir sobre essa alteração no Código Penal. Vimos que a Constituição de 1891 previu a unidade do direito material, ou seja, era facultado ao poder federal promulgar leis que seriam válidas para todos os estados. Porém, não podemos esquecer que tal punição somente funcionava a partir do poder estadual, pois o direito processual era definido nesse âmbito. Em termos de jurisdição, o poder público federal ficava restrito ao Distrito Federal e às relações internacionais.

As medidas adotadas satisfizeram os militantes? Sabe-se que meses depois foi promulgado o Decreto n.º 11.969, de 3 de setembro de 1921, com a regulamentação. Três conjuntos de questões aparecem nessa legislação: 1ª. A maior regulamentação da entrada e da saída de substâncias entorpecentes do país; 2ª. As especificidades do rito processual e definição das penas; 3ª. A criação de uma organização especial de toxicômanos e alcoólatras; a segregação enquanto estratégia terapêutica para ambos, assim como a quarentena e observação. Tudo dentro do espírito daquilo que era defendido por Evaristo de Moraes no livro destacado anteriormente.

Adalberto Botelho e Pernambuco Filho, que escreveram o famoso *Vícios Sociais Elegantes. (Cocaina, ether, diamba, ópio e seus derivados etc)* – estudo clínico, médico-legal e

prophylatico em 1924, consideraram que a “nossa lei é boa, exequível e bem cuidada; merece porém, alguns adendos, apontados pelo correr do tempo e para intensificar a campanha com mais vigor”¹¹⁴. A área da psiquiatria teria sido desprestigiada por muito tempo, permitindo que as toxicomanias se espalhassem rapidamente. Graças “ao clamor das sociedades científicas conseguiu despertar, um pouco, o interesse dos poderes públicos”¹¹⁵, movendo lideranças no sentido de reprimir os vícios tóxicos. O resultado foi a possibilidade de penalidades para os contraventores da venda e “um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas”¹¹⁶.

Se a legislação era adequada do ponto de vista médico, resta saber se houve esforços por parte das autoridades para fazer valer a legislação. Os Relatórios do Chefe de Polícia mostram que, até 1926, a perseguição aos entorpecentes figurava

ao lado de crimes e contravenções mais tradicionais, como os crimes contra a ordem pública, prostituição e lenocínio, jogos de azar, vadiagem e mendicância,

114 BOTELHO, Adauto; FILHO, Pernambuco. **Vícios Sociais Elegantes** (Cocaína, ether, diamba, ópio e seus derivados etc) – estudo clínico, médico-legal e prophylatico. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1924, p.131.

115 Idem.

116 Idem, p.132.

acidentes com veículos, crimes contra a saúde pública etc.¹¹⁷

O ano de 1926 é um marco da repressão aos tóxicos no Distrito Federal, devido à criação da 3ª Delegacia Auxiliar encarregada especificamente de reprimir o comércio de entorpecentes e a embriaguez pública. O delegado Augusto Mendes ficou à frente dessa repartição entre 1926 e 1930. O estudo mostra que, depois dessa data, o “fluxo de internações por toxicomania no Pavilhão de Observações dobrou, passando a uma média de 20 pacientes por ano até o fim da década de 1920”¹¹⁸. Fator diretamente associado às ações planejadas e executadas pela polícia.

O Relatório Oficial do Departamento Federal de Segurança Pública trouxe, em 1928, um mapa estatístico da natureza dos toxicômanos internados para tratamento durante o ano interior. De um total de 405 internados, 346 (76,88%) eram em razão das bebidas alcoólicas e o restante de outras substâncias. Esses números

117 SILVA, Maria de Lourdes. **Drogas:** Da medicina à repressão policial – a cidade do Rio de Janeiro entre 1921 e 1945. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015, p.267.

118 SARTI, Thamires Regina. Maratonas e rambles: repressão aos tóxicos no início do século XX. Dissertação, Universidade Estadual de Campinas / Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP, 2015, p.162.

atestam o quanto o abuso alcoólico foi alvo da ação policial e jurídica, especialmente diante de situações que, segundo os termos da lei, envolviam ‘embriagado(s)’, e correlatos, e ‘bebida(s)’, e não apenas ‘substâncias entorpecentes’¹¹⁹.

Em relação à profundidade da repressão, novos estudos provavelmente trarão outros aspectos, tais como o perfil social das pessoas presas e o georreferenciamento das ações policiais. As pesquisas, todavia, que mais podem nos ajudar serão aquelas que abordarão as diferentes realidades estaduais. Vou apresentar sucintamente os exemplos de São Paulo e Rio Grande do Sul, para efeito de comparação.

Em São Paulo, a política sanitária em relação ao comércio de entorpecentes foi analisada por Plínio Martins Rodrigues na tese defendida na Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1932. Segundo esse médico, os regulamentos eram demasiados brandos até 1917, quando foi promulgado o novo código sanitário do Estado. A lei era boa e teria sido suficiente, porém o departamento sofria com carência de pessoal para exercer a fiscalização. “Apesar disso, a nossa Polícia não se descuidava, como prova a intensa campanha movida pelo Dr. CANTINHO

119 SILVA, Maria de Lourdes. **Drogas:** Da medicina à repressão policial – a cidade do Rio de Janeiro entre 1921 e 1945. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015. p. 245.

FILHO, então delegado auxiliar”¹²⁰. A partir de 1917, a legislação estadual ganhou em eficiência por causa do “dispositivo legal então criado” que previa pena de multa e fechamento do estabelecimento de infratores. Sofriam os poderes públicos, entretanto, em decorrência da insuficiência de pessoal do serviço sanitário.

O governo federal se mostrava inerte ao flagelo social que tomava conta da sociedade. Felizmente, graças “à campanha mantida pela imprensa, pelas sociedades médicas e por todos que já se interessam no nosso país pelo problema, entre os quais cumpre destacar o Dr. RAUL CAMARGO”¹²¹, foi promulgado o Decreto n.º 4.294, de 6 de julho de 1921. Essa normativa ainda

era completada no Estado pela lei de 30 de dezembro do mesmo ano, que tirava do júri popular a competência para julgar os crimes previstos naquela, saneando-se os inconvenientes notados logo nas suas primeiras aplicações em S. Paulo, pois eram absolvidos todos os acusados a barra do tribunal¹²².

Para o delegado Guido Fonseca, a Lei n.º 1.859, de 30 de dezembro de 1921, foi importante para acabar

120 RODRIGUES, Plínio Martins. **Toxicomanias**: meios para combatê-las. 1931. p. 55. Tese (Cadeira de Higiene) – Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo. Caixa alta no original.

121 Idem. Caixa alta no original.

122 Idem, p. 59.

“com as escandalosas absolvições promovidas pelo Tribunal Popular”¹²³. Com essas leis, São Paulo tornava-se o mais engajado estado proibicionista da federação. São Paulo também foi o pioneiro em instalar uma Delegacia especializada com incumbência de reprimir esse tipo de delito, a partir da reformulação do serviço policial gerado com a Lei n.º 2.034, de 30 de dezembro de 1924. Segundo Guido Fonseca, que teve acesso exclusivo aos Anais do Gabinete de Investigações, o comércio de entorpecentes passou a ser uma das práticas mais combatidas pela Delegacia de Costumes e Jogos. Destacou-se como grande repressor ao tráfico de drogas o delegado Juvenal Piza.

Para não se restringir apenas aos estados mais ricos da federação, e para poder criar um contraponto, optou-se por trazer também o exemplo do Rio Grande do Sul. O Partido Republicano Rio-Grandense (PRR), que deu sustentação ao novo regime político, teve que enfrentar a maioria liberal que tinha enorme tradição no estado. Esse fato levou à curiosa aliança entre republicanos e conservadores. A sua base social reduzida era superada pela organização e disciplina de seus componentes. Prevendo derrotas eleitorais, o PRR outorgou uma constituição altamente centralizadora em 1891. O alijamento do poder levou os liberais a se radicalizarem, desembocando na guerra civil conhecida como Revolução Federalista

123 FONSECA, Guido. **O submundo dos tóxicos em São Paulo**: séculos XVIII, XIX e XX. São Paulo: Resenha Tributária, 1994, p.132.

(1892-1895). A vitória sobre esse conflito, que contou com apoio do exército nacional, possibilitou a construção de um aparato burocrático e militar capaz de perpetuar os quadros do PRR no poder durante toda a primeira república. Nessa estrutura de poder, a polícia tinha uma autonomia extraordinária e o Chefe de Polícia tornava-se um dos cargos de maior prestígio e importância.

O PRR extraiu de Augusto Comte e do positivismo a crença na forma republicana e ditatorial de governar, inspirada nos preceitos da ciência. “Nesse contexto, a perspectiva fundada na ciência estabelecia a completa separação dos poderes temporal e espiritual, assegurando, a partir daí, a liberdade de religião, de profissão e de indústria”¹²⁴. Cabia ao governo eliminar “quaisquer privilégios nobiliárquicos, teológicos ou acadêmicos”¹²⁵. A saúde pública, nesse arcabouço teórico, era pensada sempre dentro dos limites da liberdade individual e de consciência. Tendo como base esses critérios, e possibilitados pelo federalismo, o governo gaúcho organizou o serviço sanitário permitindo que práticos também pudessem exercer a medicina – desde que cadastrados nos órgãos do serviço sanitário. O Rio Grande do Sul tornava-se, na visão dos médicos acadêmicos, o pior exemplo de política sanitária do país.

124 WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar**: medicina, religião, magia e positivismo na república rio-grandense (1889-1928). Santa Maria / Bauru, SP: UFSM / EDUSC, 1999, p. 42.

125 Idem, p. 42.

Os médicos que atuavam no Rio Grande do Sul criticavam muito a situação sanitária desse estado, acusando as autoridades de negligentes. Muitos dos seus quadros tinham forte influência liberal, porém estavam excluídos da política formal por causa da configuração peculiar das instituições políticas gaúchas. A exclusão da oposição da política perdurou até a guerra civil de 1923, que acabou com um acordo que ficou conhecido como Pacto de Pedras Altas. A classe médica, nesse contexto, procurou associar a defesa de melhorias gerais aos seus interesses.

A proteção à infância e à família, a prostituição, o alcoolismo e as toxicomanias, e a saúde pública em geral aparecem vinculados ao fim da liberdade Profissional, que acabou se tornando uma ‘obra de patriotismo’¹²⁶.

Essa situação bastante peculiar levou à inércia do poder público em relação à defesa do monopólio médico no comércio de drogas. Somente no final dos anos de 1920 que o PRR, principalmente depois que Getúlio Vargas assume a presidência do Estado, irá efetivamente fazer cumprir os decretos de 1921. O símbolo da aproximação

126 KUMMER, Lizete Oliveira. A medicina social e a liberdade profissional: os médicos gaúchos na primeira república. **Dissertação**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Programa de Pós-Graduação em História, Porto Alegre, 2002, p.101.

entre médicos e governo estadual foi a nomeação de Belisário Penna para a coordenação do serviço sanitário do Rio Grande do Sul em 1928. Junto com Arthur Neiva, ele coordenou as expedições para o interior do Brasil as quais trouxeram para o debate público a questão do abandono do sertão ao longo da década de 1910. Ele era uma figura destacada do movimento sanitarista brasileiro, incansável militante da causa antialcoólica. Essa mudança tem impactos diretos na repressão aos entorpecentes, fato perceptível tanto nos discursos médicos, quanto nas fontes da justiça criminal¹²⁷.

No final dos anos de 1920 a repressão aos tóxicos entra com força na agenda da política criminal, especialidade policial apresentada na imprensa como uma modernização dos serviços. Porto Alegre teve a sua 3ª Delegacia Auxiliar com seu delegado especializado, Argymiro Índio Brasileiro Cidade. Esse esforço, entretanto, esbarrou na tendência que o Tribunal do Júri tinha de absolver os acusados. Vimos que em São Paulo o poder público retirou do Júri essa tarefa por causa das ‘absolvições escandalosas’. O Rio Grande do Sul não seguia o exemplo paulista, desmoralizando a sua polícia com as absolvições sucessivas.

127 As fontes encontradas sobre o Rio Grande do Sul foram apresentadas no II Colóquio Discente de Estudos Históricos Latino-Americanos (CEHLA) – Conexões Brasil e América Latina e no XIII Encontro Estadual de História da ANPUH-RS – Ensino, Direitos e Democracia, ambos em 2016. As falas foram publicadas nos Anais.

Por que razão essas pessoas eram absolvidas pela população? Em uma cultura farmacológica que exalta a automedicação e em um contexto político de prestígio do liberalismo, a pretensão médica de mediar o acesso aos fármacos não parece ser popular. As diferenças entre as políticas públicas sobre drogas no Distrito Federal e dos Estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul foram abordadas em uma publicação específica¹²⁸. Mais do que esgotar o assunto, a exposição realizada aqui pretende mostrar o caráter estadual e federalista das políticas adotadas nesse período.

O controle sobre o comércio de “entorpecentes” foi uma política que passou a ser implementada desde 1904, transferindo para a polícia sanitária o controle sobre os fármacos vendidos nas farmácias. Em 1921, com a mudança no Código Penal, foi prevista pena de prisão para aqueles que vendessem e comprassem sem autorização médica. Um novo nível de controle se instala quando a necessidade de restringir o acesso passa para o controle sobre a própria classe médica oficial. As “terapias de manutenção” de antálgicos ou os usos continuados sancionados por médicos familiares começam a ser percebidos pelas autoridades policiais e leigas como inibidores de um controle efetivo

128 TORCATO, Carlos Eduardo Martins. O judiciário e a proibição das drogas na Primeira República. In: VENDRAME, Maíra Ines; MAUCH, Cláudia; MOREIRA, Paulo Roberto Staud (Orgs.). **Crime e justiça: reflexões, fontes e possibilidades de pesquisa**. São Leopoldo: Oikos, 2018. p. 352-365.

sobre os usos inadequados – leigos que contam com apoio de parte da classe médica oficial derivada das especialidades emergentes.

Nos EUA essa pretensão policial levou a uma longa batalha entre as autoridades policiais e médicas. David Musto descreve aquilo que ele chama de grande assalto federal às clínicas de manutenção. Dentro da visão mais ortodoxa do proibicionismo, o uso contínuo de drogas, mesmo se for para aliviar as dores, é percebido como forma de desvio das normativas legais. O resultado foi o controle policial e o banimento desse tipo de tratamento, assim como a sujeição da classe médica à política pública¹²⁹.

Na Inglaterra, por outro lado, o desenrolar dessa questão foi bem diferente.¹³⁰ As autoridades policiais tentaram impedir o fornecimento de “entorpecentes” para os usuários habituais. A constante reclamação dos médicos sobre a interferência policial em um campo técnico levou ao estabelecimento do *Comitê Departamental em Adição de Morfina e Heroína* para avaliar a questão. A influência da classe médica sobre o Partido Conservador garantia o liberalismo terapêutico. A política estadunidense foi colocada como um abuso e uma forma de interferência indevida na autonomia médica. Destacou-se como defensor da classe médica o Sir. Humphrey Rolleston, hoje

129 MUSTO, David F. **The American disease**: origins of narcotic control. New York: Oxford University Press, 1999.

130 BERRIDGE, Virginia. **Demons**: Our changing attitudes to alcohol, tobacco, & drugs. Oxford: Oxford University Press, 2013.

em dia referenciado como pioneiro do antiproibicionismo e da Redução de Danos. Na prática, foi preservada entre os usuários das classes médias a possibilidade de serem utilizadas drogas que em outras classes eram vistas como sinais de degeneração.

Poucas pistas encontrei sobre esse tema na pesquisa com as fontes primárias. Em São Paulo, parece que as autoridades policiais também procuraram restringir a autonomia dos médicos em prescrever entorpecentes. Como as receitas ficam retidas nas farmácias, a atenção da fiscalização

é atraída para receitas de tóxicos repetidas com demasiada frequência ou contendo doses exageradamente altas de entorpecentes, ou ainda apresente qualquer particularidade que autorize a pensar se destinem elas a alimentação do vício¹³¹.

Nesses casos, a Inspetoria chamava o médico para obter os esclarecimentos. A punição não é aplicada no primeiro momento, pois se apela “para os seus sentimentos de dignidade profissional, processo altamente elogioso e que tem mostrado a sua eficácia já por várias vezes”¹³². Sem

131 RODRIGUES, Plínio Martins. Toxicomanias: meios para combatel-as. **These**, Faculdade de Medicina de São Paulo, 1931, p.63. Caixa alta no original.

132 Idem.

conseguir nada por esse meio, o médico é punido. Não foram encontradas referências a clínicas que forneçam entorpecentes.

No Rio de Janeiro algumas notícias criticavam o fato de as farmácias alimentarem livremente o vício daquelas pessoas que possuíam receita médica. Augusto Mendes, por sua vez, manifestou sua opinião na *Gazeta de Notícias*, em 1930, contra aquilo que era denominado de “método decrescente” para tratamento dos toxicômanos. Em sua opinião, compartilhada pelo jornal, esse método servia de pretexto para transformar as casas de saúde em verdadeiros paraísos artificiais. Percebe-se nesse discurso que o uso terapêutico de entorpecentes se tornava alvo de suspeição por parte das autoridades policiais.

Essas considerações sobre os conflitos entre a classe médica e as autoridades policiais servem para mostrar que também no Brasil as restrições ao consumo de fármacos geravam esse tipo embate – embora as fontes apresentadas ainda ofereçam poucas informações a esse respeito. As pretensões monopolistas da classe médica levaram à restrição geral do consumo de opiáceos e ao fortalecimento da opiofobia que será tão característica da segunda metade do século XX. Não é possível compreender um padrão nacional com as fontes apresentadas, apenas mostrar que os limites impostos por um maior controle das drogas

alcançaram problemas similares àqueles que ocorriam em outros países.

Se novos estudos vão conseguir mostrar mais detalhes sobre os conflitos entre polícia e classe médica, só o tempo dirá. O que se procurou mostrar nesse capítulo foi a profusão de normativas sobre a circulação de entorpecentes desde 1904. Essa não pareceu ser uma pauta imposta a partir do exterior, embora os acordos pudessem legitimar a posição interna dos grupos que defendiam maior controle por parte do Estado. Apenas isso. O sentimento antialcoólico era tão intenso nessa época, que as principais cervejarias do Rio de Janeiro orientaram suas campanhas publicitárias para desassociar a cerveja da aguardente, caracterizando seu produto como “bebida higiênica”. A questão do uso de entorpecentes estava presente nos meios culturais, preocupando parte das elites que se organizavam em ligas e sociedades que defendiam os bons costumes.

As descrições das primeiras experiências proibicionistas no Brasil, realizadas dentro do formato institucional do federalismo, pretenderam mostrar que essas políticas foram parte integrante do contexto político, social e cultural da sociedade brasileira. Elas se inseriram dentro das lutas de um movimento mais amplo que criticava a herança da tradição, dos privilégios de um restrito grupo de aristocratas proprietários de terras e da erudição dos bacharéis alheios à realidade nacional. A classe

médica teve um papel importante nessa luta, porém não parece correta a redução do movimento político que deu sustentação ao proibicionismo somente a essa classe. Os conflitos internacionais que o comércio de entorpecentes suscitou despertavam interesse e serviam como ponto de referência em alguns casos, porém não é igualmente possível reduzir o controle da ebriedade brasileira a mero reflexo de normativas externas. Na década de 1930, com as políticas de centralização e as mudanças na profissão médica, esse cenário começa a se modificar.

CAPÍTULO 5

O PROIBICIONISMO CENTRALISTA (1932-1964)

Nesse capítulo nós debateremos os sentidos das mudanças legislativas, iniciadas em 1932 e finalizadas em 1946, que servirão de base para um modelo de controle que perdurará até 1964. Esse período é marcado por fortes mudanças no perfil da profissão médica e da indústria farmacêutica, levando à introdução de novas drogas e terapias. Como vimos em outras ocasiões, essas mudanças não são automáticas, como sugere a historiografia triunfalista. As novas drogas, além de não resolverem o problema do uso fora do circuito médico, adicionaram novos psicoativos ainda mais fortes ao mercado. Novas formas de intoxicação iatrogênica – somadas ao surgimento e crescimento do circuito ilícito ao final desse período – vão levar a uma mudança política em direção ao punitivismo na sua forma mais crua.

O Decreto n.º 20.930, de 11 de janeiro de 1932, vai representar um acréscimo punitivo nas condutas já estabelecidas como inadequadas no artigo 1º da Lei n.º 4.294 de 14 de julho de 1921. Amplia-se o rigor penal assim como as condutas reprimidas. Tratou-se, basicamente, de fazer “alguns adendos” como defendiam os médicos Aduino Botelho e Pernambuco Filho,

conforme vimos. A comparação entre essa normativa e a anterior pode elucidar esse ponto: a expressão substância de “qualidade entorpecente” foi substituída por “substância entorpecente”, porém com a ampliação da lista de substâncias proibidas – como a *Cannabis*. Em relação à punitividade, em 1921 era prevista detenção de um a quatro anos (artigo 1) e em 1932 ela podia chegar até dez anos no caso de médico ou dentista infrator (artigo 25); em relação ao abuso, a punição consistia na internação daquelas pessoas que causavam desordem ou se embriagavam por hábito (denotando o conceito de livre arbítrio). Já em 1932 a toxicomania se torna uma doença de notificação compulsória (artigo 45); aumenta a discricionariedade médica, pois em 1921 o tempo de internação era previsto em lei (três meses até um ano) e em 1932 ele não era previamente definido, variando de acordo com a opinião do especialista (podia até ser perpétuo).

O que se percebe com essa comparação de artigos é que, de fato, aumentou a punitividade do sistema. Uma outra novidade foi a maior influência da Escola Positiva em relação à Escola Clássica. A grande questão é: seriam suficientes essas medidas para aceitarmos a existência de uma nova política pública? Parece-me que não. A ampliação da punitividade e a crise dos valores liberais, reforçados pelo positivismo, não alteram a essência da política que vinha sendo praticada. Ou seja, o reconhecimento do monopólio médico da prescrição de entorpecentes e a

defesa desse controle por meio da ameaça do uso da força. É inegável que existe uma continuidade com o período anterior e um aumento da punitividade.

A primeira mudança importante foi a retirada da ebriedade do álcool como elemento de repressão. Ele passará a integrar o grupo das substâncias disseminadas, que fazem parte da cultura geral e não causam espanto público ou interdições. Isso mudaria em fins do século XX, quando os alarmantes índices de mortes no trânsito levaram à retomada do controle da ebriedade ao volante (apenas nesse caso).

A segunda mudança foi o início de uma nova configuração política e institucional que ganhará força até 1946 – a centralização. Entre 1932 e 1946, o poder executivo federal terá tomado para si a tarefa de coordenação de uma política nacional, com órgãos capazes de sistematizar informações sobre a circulação das substâncias entorpecentes no país. Alguns autores, como Jonatas Carvalho, reconhecem que entre 1936 e 1946 se forma uma nova racionalidade política para essa questão. Ele usou como marco o Decreto n.º 780, de 28 de abril de 1936 – que prevê a criação da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE)¹³³. Acredito, entretanto, que, mesmo sem essa instituição,

133 CARVALHO, Jonatas Carlos de. **Regulamentação e criminalização das drogas no Brasil: A Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes - 1926-1946**. Rio de Janeiro: Editora Multifoco, 2013.

o intuito centralizador já era presente em 1932, pois o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) já recebe atribuições centralizadoras, tais como: atualizar a lista das substâncias proibidas (artigo 1); competência para reconhecer profissionais e estabelecimentos aptos a receitar e vender (artigo 2); fixar qual é a dose terapêutica adequada e a quantidade máxima de estoque permitido (artigo 26), entre outros.

Seja 1932, seja 1936, a mais importante mudança verificada nessa época é a maior participação do poder público federal na questão. O órgão centralizador da política de drogas, a CNFE, estava subordinado ao Ministério das Relações Exteriores, cuja principal preocupação era estabelecer o controle sobre a entrada e saída de substâncias entorpecentes no país, elaborar estatísticas de consumo, sugerir leis para evitar o desvio desses produtos das funções lícitas para as ilícitas etc. Era uma tentativa de regular o comércio com o uso da força (não extingui-lo). Outro órgão importante, a partir de então, na condução da política de drogas no país será a DNSP, subordinada ao Ministério da Educação e Saúde (MES). A ação fiscalizadora, que poderia levar ao estabelecimento das penalidades previstas, ficou ao encargo do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (SNFM) diretamente subordinado ao DNSP. Desde 1932, o SNFM mandava ofícios ao MRE reclamando da falta de estrutura

para fiscalizar as normativas existentes. Independente da efetividade ou não da fiscalização, importante salientar agora é que a ênfase do esforço normativo é sobre a atividade terapêutica e o acesso aos fármacos e não à repressão ao consumo em si.

Na primeira metade da década de 1940 será consolidado o arcabouço legal e institucional desenhado acima. Alguns autores, que olham para o passado com os olhos do presente, ansiosos em encontrar a “origem” da proibição, desde logo apontam essas novas normativas como sinal de uma política proibicionista sistematizada

de preservar a hipótese de criminalização junto às regras gerais de interpretação e aplicação da lei codificada. No entanto, a partir do Decreto-Lei 4.720/42 (que dispõe sobre o cultivo), e com a publicação da Lei 4.451/64 (que introduz ao artigo 281 a ação de plantar), se inicia na legislação pátria – não apenas no que diz respeito às drogas, mas aos entorpecentes de maneira muito especial –, amplo processo de descodificação, cujas consequências serão drásticas para o (des)controle da sistematicidade da matéria criminal (dogmática jurídico-penal)¹³⁴.

134 CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil: Estudo criminológico e dogmático**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, p.13-14.

Essa interpretação do arcabouço legal da época parece equivocada. Em nenhum momento tratou-se de banir qualquer substância com base no direito penal. O controle sobre o plantio existia desde o Decreto-lei n.º 891, de 25 de novembro de 1938, quando são proibidas no território nacional as culturas do *Papaversomniferum*, *Erytroxylum Coca* e da *Cannabis Sativa* (artigo 2). Se analisarmos o Decreto-lei n.º 4.720, de 21 de setembro de 1942, citado acima, ele fixa “normas gerais para o cultivo de plantas entorpecentes e para a extração, transformação e purificação dos seus princípios ativo-terapêuticos”. Prevê também a possibilidade de a união conceder concessões a firmas particulares “para a cultura de plantas entorpecentes e para extração e exploração de seus princípios ativos” (artigo 1º). Não se trata de uma criminalização sistemática, mas a regulamentação da produção de substâncias terapêuticas.

São duas as leis que consolidam o modelo de regulamentação utilizado: Código Penal de 1940, que consolida as mudanças legislativas e institucionais realizadas na década anterior; o Decreto n.º 20.397, de 14 de janeiro de 1946, que regulamenta a indústria farmacêutica no Brasil, definindo regras para a produção de produtos entorpecentes “por via sintética ou extrativa” (artigo 19), obrigando a colocação de rótulos, o que indica se tratar de uma substância de entorpecentes e a quantidade e a dose indicada para o consumo (artigo 84), entre outras regras.

Essa legislação, consolidada em meados dos anos de 1940, será o fundamento legal do proibicionismo até 1964.

Esse período, infelizmente, ainda é pouco explorado pela historiografia acadêmica. O único trabalho de fôlego, por enquanto, é o de Jonatas Carvalho, que usa fontes do Ministério das Relações Exteriores por meio dos arquivos da CNFE. A análise sobre os projetos de lei, sobre os debates parlamentares e o maior entendimento sobre os agentes sociais envolvidos certamente nos ajudarão a compreender melhor esse complexo processo de mudança institucional já descrito sucintamente.

Um dos fatores que pode nos ajudar a compreender melhor essas mudanças é a modificação no perfil da profissão médica e da indústria farmacêutica nessa mesma época. Mudanças essas que serão usadas para alimentar a retórica triunfalista da medicina.

O desenvolvimento industrial do Brasil usualmente é pensado segundo a burguesia cafeeira e dos grandes importadores como precursores em diversos ramos. Isso também é verdade no que se refere às drogas. As iniciativas de substituição de importações foram importantes na formação e na consolidação de um mercado de cervejas no Brasil. A história da indústria farmacêutica não destoa desse enredo, porém ela tem como característica específica a necessidade de mão de obra qualificada. Os estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, especificamente, produziram

esse tipo de profissional nas diversas instituições de pesquisa – como o Instituto Bacteriológico (depois Adolfo Lutz), o Vacinogênico, o Butantã, Manguinhos etc. – fundadas ao final do século XIX como meio de enfrentar o problema das epidemias.

Um contingente expressivo de egressos de instituições públicas de pesquisa transformou-se em empresários, investindo o conhecimento científico e escassos recursos financeiros, muitas vezes, obtidos junto a sócio ou por meio de empréstimos para a instalação de empresas de pequeno e de médio porte¹³⁵.

No começo do século XX, a formação de uma empresa farmacêutica era viável com pequenos investimentos, pois o mais importante era a mão de obra qualificada. A Primeira Guerra se constituiu em um grande estímulo para o setor farmacêutico, com a multiplicação dos laboratórios “que passaram a processar matérias-primas básicas antes importadas”¹³⁶. As empresas brasileiras se tornaram referência na produção de soros e vacinas e também passaram a ter a capacidade de processar

135 RIBEIRO, Maria Alice Rosa. Empresas farmacêuticas na industrialização brasileira. *América Latina em la Historia Económica*, n. 30, 2007, p.164.

136 STÜCKER, Ananda; CYTRYNOWICZ, Monica Musatti. **Origens e trajetória da indústria farmacêutica no Brasil**. São Paulo: Narrativa Um, 2007, p.55.

e produzir produtos que antigamente eram comprados prontos, porém ainda dependentes da importação de matéria-prima e máquinas.

Nos anos de 1930, acompanhando a centralização e a burocratização dos governos de Getúlio Vargas, também as empresas farmacêuticas foram obrigadas a se sindicalizar, ampliando assim sua organização e articulação com o Estado. A política de substituições de importações, nesse cenário, tornava-se uma questão patriótica. Até o final da Segunda Guerra poucos eram os laboratórios estrangeiros que fabricavam produtos no país e, por isso, a concorrência centrava-se na disputa de mercado entre os representantes das grandes companhias estrangeiras, importadores e as empresas nacionais. O setor farmacêutico nacional era constituído por pequenas empresas – somente oito fábricas (5,7%) que possuíam mais do que cinquenta funcionários em 1945.

Quando iniciou a Segunda Guerra Mundial, o cenário se tornou bastante ambíguo. Por um lado, existia o perigo iminente de faltarem medicamentos porque os principais fornecedores eram europeus. Por outro lado, era uma oportunidade de desenvolvimento da indústria nacional – fenômeno que já tinha ocorrido durante a Primeira Guerra. De fato, o setor farmacêutico aumentou 38% em valor estimado durante o período. As substituições de importação ocorriam tanto no nível

das especialidades, quanto no nível da matéria-prima – com diversificação dos produtos e ampliação das redes de distribuição. Pela primeira vez o país se tornava exportador de alguns fármacos, principalmente cafeína, teobromina, mentol, emetina.

A indústria passou então a fabricar, além dos produtos já citados, estircina, cumarina, atropina, hiosciamina e escopolamina, ópio, eucaliptol, curcumina, pilocarpina, digitalina, extratos glandulares, hormônios e outros¹³⁷.

O crescimento foi tão grande que não havia mão de obra especializada suficiente para trabalhar no setor. É dentro desse contexto que o Decreto-lei n.º 4.720, de 21 de setembro de 1942, regulamentando a plantação de matéria-prima para produtos entorpecentes, deve ser considerado. A trajetória desse setor mostra como a indústria farmacêutica nacional alcançou alto padrão na produção de produtos biológicos combinando ciência, pesquisa e produção – ganhando liderança no mercado mundial de soros. Mostra também que elas “não eram apenas pequenas e insignificantes firmas de manipulação de produtos officinais”¹³⁸.

137 Idem, p.86.

138 RIBEIRO, Maria Alice Rosa. Empresas farmacêuticas na industrialização brasileira. *América Latina em la Historia Económica*, n. 30, p. 186, 2007.

O término da Segunda Guerra, entretanto, gerou uma crise sem precedentes no setor farmacêutico nacional levando a “um dos processos mais radicais de desnacionalização da indústria que se tem conhecimento na história econômica brasileira”¹³⁹. A indústria farmacêutica estrangeira representava 2,1% do setor em 1900 e 7,3% em 1920. Em 1930, a parcela de faturamento das empresas estrangeiras pulava de 7,3% para 13,6%, embora acompanhasse o crescimento da indústria nacional. Em 1940, no auge da indústria nacional, a participação dos estrangeiros no mercado chegava a 33,5%. Até o ‘estourar’ da Segunda Guerra, 70% dos químicos e farmacêuticos que o Brasil importava provinham da Alemanha.

Esses dados apresentados acima sugerem duas questões: 1º. Desde o início do século XX a participação das indústrias estrangeiras no mercado brasileiro esteve em crescimento; 2º. A Alemanha era o principal parceiro comercial do país durante todo o período. A primeira Guerra Mundial serviu de estímulo à indústria nacional sem, entretanto, interromper o crescimento da presença da indústria estrangeira no país. A partir do fim da segunda Guerra Mundial, todavia, ocorreu uma radical mudança no perfil de desenvolvimento do setor, fato que inviabilizou o modelo de substituição de importações.

139 Idem, p.187.

A explicação para esse fenômeno, por parte da historiografia triunfalista, é baseada no discurso evolucionista do aperfeiçoamento das técnicas. Os novos produtos farmacêuticos descobertos nos anos de 1940 teriam levado

a uma mudança que alterou significativamente as condições da prática da medicina e do mercado farmacêutico nacional e internacional, criando aos poucos um desnível tecnológico e industrial que se aprofundou nos anos de 1950 e 1960¹⁴⁰.

Os medicamentos de síntese química (década de 1930) e os antibióticos (década de 1940) produzidos nos “centros de pesquisa estrangeiros implicaram numa radical transformação tecnológica”¹⁴¹ exercendo uma “pressão competitiva”¹⁴² que levou as firmas nacionais a enfrentar “uma súbita obsolescência da maioria dos seus produtos”¹⁴³. Nesse cenário, a indústria farmacêutica estadunidense teria sido a mais vigorosa e a mais beneficiada desse novo estágio de desenvolvimento, pois teria se aproveitado da “quase total paralização das firmas europeias”¹⁴⁴ durante

140 STÜCKER, Ananda; CYTRYNOWICZ, Monica Musatti. **Origens e trajetória da indústria farmacêutica no Brasil**. São Paulo: Narrativa Um, 2007. p. 100.

141 Idem.

142 Idem.

143 Idem.

144 Idem, p. 105.

a guerra. Ela teria se beneficiado, também, de fortes investimentos estatais em pesquisas por causa do interesse militar em desenvolver medicamentos, levando para dentro das empresas – e saindo das universidades – os centros de pesquisa. Os estadunidenses, graças aos investimentos e à aposta da inovação, teriam ocupado

o lugar deixado vago pelas importações originárias da Europa, investindo política e economicamente na América Latina, por meio de várias agências, para promover o interesse de sua indústria farmacêutica¹⁴⁵.

Esse discurso triunfalista opõe, portanto, o químico (sinônimo de inovação e investimento em pesquisa por parte das empresas e do governo estadunidense) e o biológico (sinônimo de atraso e falta de interesse do governo brasileiro em investir no setor). Esse discurso pressupõe a existência de um “campo da farmacologia de base química, que admite ser a ação do medicamento função da estrutura da molécula química”¹⁴⁶. Uma melhor compreensão do processo legal de validação dos remédios atuais, com o uso de testes placebos, mostra a total impossibilidade de separar radicalmente a estrutura

145 Idem, p. 86.

146 ALMEIDA, Eduardo. **As razões da Terapêutica**: Racionalismo e Empirismo na Medicina. Niterói: EDUFF/ART Instituto de Medicina Integral, 2011, p.47.

molecular de um remédio e seus aspectos antropológicos. Além disso, é preciso compreender algumas diferenças entre o natural, o químico e o biológico e as relações entre eles.

Nós vimos, no capítulo sobre liberalismo, que a indústria farmacêutica conseguia separar o princípio ativo das plantas por meio da extração de seus alcaloides. As plantas contêm uma complexa e variável mistura de químicos que mudam de acordo com a espécie, estação do ano, forma de colheita etc. O caminho simplista para minimizar esse risco é isolar os componentes que produzem determinadas respostas fisiológicas. A filosofia do alambique é a racionalidade por trás dessa ciência. A indústria brasileira, que era especialista no mercado de soros, também tinha a capacidade técnica para extrair os princípios ativos dessas plantas – embora fosse dependente da importação de matéria-prima e maquinário. O alcaloide, portanto, é um *medicamento fitoquímico*. Do ópio, analgésico natural mais conhecido, foi extraído o primeiro alcaloide – a morfina. Muitos outros vieram na sequência ao longo do século XIX.

Rapidamente esses fitoquímicos passaram a sofrer a concorrência de análogos sintéticos. Em 1868, numa clássica investigação feita por Alexander Crum Brown, se descobriu a existência da relação entre a estrutura química e a atividade biológica. Não é por coincidência que apenas

um ano mais tarde, depois de experiências realizadas com a morfina, era descoberta a apomorfina. Embora não tivesse o efeito analgésico, descobriu-se depois que ela era um poderoso emético e acabou, assim, sendo colocada no mercado em 1902. Coube também aos derivados do ópio o privilégio de serem as primeiras substâncias obtidas por alteração da estrutura química molecular. À morfina se seguiram a cocaína, quinina, tebaína etc. Entre as substâncias obtidas com esse tipo de procedimento está a heroína¹⁴⁷. Essa espécie de fármaco é denominada de *medicamento análogo*.

Existem, também, quanto à sua origem, os *medicamentos químicos* propriamente ditos. A indústria de corantes sofreu uma revolução quando William Perkin, em 1856, descobriu por engano a mauveína – que foi a primeira vez na história que se prescindiu de produtos naturais para criar corantes. Longe de aposentar os fitoquímicos e os seus análogos, essa descoberta abriu caminho para o desenvolvimento de novos fármacos. Entre eles é possível destacar o hidrato de cloral, descoberto em 1868, que se tornou um sucesso comercial apesar dos efeitos colaterais. Sete anos mais tarde foi a vez do salicilato de sódio, seguido de outros. Desde o final do século XIX, as indústrias farmacêuticas alemãs financiavam pesquisas com esses produtos em departamentos separados

147 SNEADER, Walter. **Drug Discovery: A History**. West Sussex: John Wiley and Sons, 2005.

das universidades, visando à produção de fármacos para o mercado. A Aspirina® é um exemplo de medicamento químico.

O que é possível perceber é que, no início do século XX, já existia um grande desenvolvimento dos processos para obter análogos a partir de moléculas, pois a química orgânica tinha se desenvolvido o suficiente para produzir um ilimitado número de novas drogas sintetizadas. Depois das plantas, serviram como protótipos as substâncias provenientes dos organismos vivos, hormônios, glândulas e vitaminas. A grande revolução da segunda metade do século XX foi obtida através da obtenção de substâncias provenientes de micro-organismos e, posteriormente, de análogos dessas substâncias por meio da alteração molecular.

As drogas sintéticas, químicas propriamente ditas, são conhecidas desde o século XIX. Uma das primeiras substâncias utilizadas na fabricação de químicos foi o fenol, que era um indesejável subproduto da iluminação pública por gás comum na Inglaterra – o alcatrão de carvão aparentemente sem valor. A partir dele se desenvolveram bálsamos, desinfetantes e outros produtos. O mais importante dos seus derivados foi a Aspirina®. Outros produtos químicos usados na terapêutica eram os hipnóticos, primeiro o cloral e depois os barbitúricos. Corantes e outras substâncias inusitadas foram usadas

na obtenção de medicamentos químicos desde fins da primeira metade do século XIX.

Essa exposição sobre a natureza e origem dos fármacos é importante para começarmos a relativizar esse discurso que atribui, unicamente, à superioridade técnica estadunidense a ruína das formas medicamentosas anteriores. As bases da farmacologia moderna foram lançadas e consolidadas pelos alemães na segunda metade do século XIX. A *quimioterapia*, que será a marca da superioridade técnica estadunidense, não se refere à qualidade química de dado medicamento. Se fosse esse o caso, o uso de cloral ou barbitúricos seria também parte integrante desse tipo de tratamento. Se não se refere a uma qualidade do fármaco, ao que se refere à quimioterapia?

A história triunfalista da medicina é feita com heróis e, também nesse caso, existe um: o alemão Paul Ehrlich (1854-1915). Ele foi responsável por descrever o princípio da ação seletiva das drogas, ou seja, ao entrar no organismo ela agiria de maneira seletiva sobre o agente causador da moléstia infecciosa sem causar (ou causando o menos possível) males ao indivíduo infectado. Com suas pesquisas ele desenvolveu o *Salvarsan 606* contra a sífilis, que se mostrou ativo contra a bactéria e muito tóxico aos doentes. Melhoramentos foram realizados até chegar ao *Salvarsan 914* ou *Nelsalvarsan*. Mesmo sendo muito tóxicos, eles foram usados a partir de 1914, sendo

somente aposentados pelos antibióticos nos anos de 1940. Paul Ehrlich teria sido o responsável pela primeira grande quebra da confiança nos produtos naturais como provedores de novas drogas. Esses remédios também foram vendidos no Brasil.



FIGURA 8 | Os primeiros quimioterápicos

Paul Ehrlich foi responsável por lançar o conceito de “pílulas mágicas”, tendo por base a ideia de que o medicamento poderia e deveria agir diretamente sobre o agente patogênico. Na prática, os resultados do *Salvarsan* foram desapontadores por causa da toxicidade, porém, isso somente ficou aparente depois que ele foi usado de forma massiva na Primeira Guerra. A pesquisa em torno de fármacos que seguiam esse princípio da luta contra o agente patogênico específico foi estimulada pelo governo estadunidense a partir dos anos de 1920, resultando na produção de antitoxinas, vacinas e, mais tarde, no

isolamento e síntese de diversas vitaminas. A verdadeira “boleta mágica”, entretanto, somente seria produzida em 1931, quando foi desenvolvido o primeiro antibiótico. Mesmo depois dessa descoberta, ainda foi preciso desenvolver meios de produzi-lo em escala industrial – algo que só seria realizado no final da Segunda Guerra.¹⁴⁸ Embora o Salvarsan, efetivamente, tenha sido desenvolvido a partir de químicos, a verdadeira boleta mágica é análoga de uma substância produzida por um micro-organismo presente na natureza.

Essa revisão sobre a origem das drogas é útil para corrigirmos alguns exageros triunfalistas. De uma maneira ou de outra, igual como ocorria no passado, a “luxuriante indústria farmacêutica permanece curiosamente sujeitada aos arbustos, florestas e plantações. Ela ainda não cortou essa ligação de dependência”¹⁴⁹. O maior exemplo desse vínculo com o naturalismo provém do “remédio maior do nosso tempo, a penicilina”¹⁵⁰, pois ele foi criado a partir da “secreção antagonista de um cogumelo”¹⁵¹. Ressaltar essa ligação com o protótipo natural não se faz no sentido de exaltar um naturalismo ingênuo, na medida em que cada vez menos os remédios são resultado daquilo que se planta. A penicilina é o exemplo máximo disso, sendo que,

148 HEALY, David. **The antidepressant era**. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

149 DAGOGNET, François. **A Razão e os remédios**. Rio de Janeiro: Forense, 2012. p. 77.

150 Idem.

151 Idem.

mesmo depois de descobertos os seus efeitos, foi necessário criar os meios para a produção em massa. “Quando a natureza possui o tesouro curativo e substancial, ela com frequência não contém dele senão traços, não poderia, portanto, alimentar o consumo. Disso decorre a urgência do artificialismo”¹⁵². O ponto inicial geralmente é o naturalismo e a seleção das espécies, porém, são as alterações sobre as moléculas descobertas que “inauguram a emancipação que não deixará de prosseguir”¹⁵³. A natureza dá os primeiros passos aos farmacólogos.

Existe um vínculo intrínseco entre as ‘descobertas’ farmacológicas e os compostos isolados de plantas, animais e micro-organismos. A maioria das drogas até hoje usadas é resultado de pequeníssimas alterações nas moléculas já existentes e com efeitos conhecidos – suficientes, contudo, para acionar o direito às patentes. A partir da Segunda Guerra o direito de explorar as patentes será o ponto central de tensão entre indústria farmacêutica internacional e governo brasileiro, resolvido somente no final da década de 1990. Por ora, apenas gostaria de destacar que, desde o início do século XX, as empresas farmacêuticas estrangeiras ampliavam a presença no país, muito em função do conhecimento sobre química que era alheio à indústria nacional. Não se trata, portanto, de uma mudança provocada pela simples transferência do

152 Idem, p. 78.

153 Idem.

biológico para o químico ou de um abismo tecnológico que surgiu em uma década. Tratava-se também de uma disputa pelo mercado mundial de medicamentos.

A rivalidade entre alemães e estadunidenses para garantir presença no mercado brasileiro pode ilustrar esse ponto. Os documentos produzidos pelo *U.S. Department of State* mostram a articulação promovida entre as agências do governo e as empresas estadunidenses na produção de informações, nas conexões diplomáticas e nas iniciativas econômicas visando à destituição das indústrias alemãs do mercado sul-americano durante a Segunda Guerra Mundial. As empresas estadunidenses encontravam problemas para inserir seus produtos em um mercado dominado pelos alemães, principalmente no que diz respeito à Bayer.

Ao lado dessas disputas com concorrentes estrangeiros, internamente a diplomacia estadunidense cerceava as iniciativas do Brasil em se tornar autossuficiente em matéria-prima para produção de medicamentos da farmacopeia clássica. Os conflitos mundiais, por si sós, já representam um desafio aos países periféricos. Os esforços de guerra e a destruição da estrutura econômica dos países beligerantes, principalmente a Alemanha e a Turquia, traziam problemas para o abastecimento de medicamentos ao mercado brasileiro. A incapacidade da Alemanha e da Roche S/A, com sede na Suíça, de prover as necessidades

mínimas levou o Ministério das Relações Exteriores a apresentar o *projeto Kabay* – em parceria com a Hungria. A ideia era tornar o Brasil um produtor de dormideira, com instalação de fábricas que pudessem extrair os princípios ativos do ópio.

A proposta parecia tentadora, o governo brasileiro não teria quaisquer ônus com a instalação da fábrica, a empresa seria uma sociedade anônima cujas ações em sua totalidade pertenceriam ao Estado, o presidente e a diretoria seriam nomeados pelo governo, que cederia três cargos para serem ocupados por representantes do grupo proponente. Como contrapartida pelos investimentos na construção, instalação, operação e funcionamento da fábrica, o grupo exigia uma participação de 50% nos lucros líquidos por cinquenta anos¹⁵⁴.

O Decreto-lei n.º 4.720, de 21 de setembro de 1942, que regulamentava a produção de matéria-prima para produção de medicamentos, fazia desse projeto uma alternativa para dar autossuficiência à indústria nacional com previsão de transferência de tecnologia. Porém, ela foi rejeitada depois dos esforços da diplomacia estadunidense.

154 CARVALHO, Jonatas Carlos de. **Regulamentação e criminalização das drogas no Brasil**: A Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes. Rio de Janeiro: Multifoco, 2013, p.112.

Optou-se por atrelar esse campo econômico ao capital internacional. Aproveitando o impasse do suprimento e a aproximação com o governo brasileiro – que se estreitava com o conflito mundial – os EUA ofereceram facilidades para aquisição dos novos fármacos sintéticos. Olhando retrospectivamente, essa opção parece uma mera iniciativa entreguista totalmente em desacordo com o modelo econômico de substituição de importações – que era o centro do projeto varguista em voga durante o Estado Novo. Como explicar, então, essa opção econômica?

A desnacionalização radical da indústria brasileira pós-1945 e a presença hegemônica do capital estrangeiro nesse campo econômico, principalmente estadunidense, se explicam por outros fatores. Os EUA, inegavelmente, tornaram-se líderes em tecnologia química, lançando uma linha de remédios capazes de transformar enfermidades crônicas milenares em doenças tratáveis, como foi o caso da tuberculose, da sífilis e da hanseníase; os primeiros tratamentos efetivos contra o câncer; os primeiros anti-histamínicos eficazes permitiram o maior controle das alergias e assim por diante. Em nenhum momento se trata de negar, aqui, os avanços técnicos que a indústria estadunidense apresentava, mas, antes, mostrar que os efeitos simbólicos desses recursos vão além da cura das doenças a que eles se propunham.

Essas novas possibilidades de tratamento foram saudadas como um dos “maiores avanços da história da medicina”¹⁵⁵. Esses avanços faziam os contemporâneos creem “na possibilidade de controle ou erradicação das doenças transmissíveis”¹⁵⁶ criando o período que foi denominado de ‘otimismo sanitário’. Além da cura de determinadas doenças, conseqüentemente, esses remédios também foram essenciais para o reforço na ideologia do progresso e da superioridade absoluta do novo sobre o antigo, do químico sobre o fitoquímico. A substituição dos ‘entorpecentes’ pelos novos produtos da indústria farmacêutica significaria, na visão daqueles que viviam a cura das doenças milenares, uma medida científica – no imaginário dessa época o sintético era superior ao natural pelo simples fato de ser sintético – e humanitária – milhões de pessoas deixariam de serem escravas do vício. Veremos logo abaixo que esses novos produtos ficaram amplamente disponíveis nas farmácias, reiterando os velhos problemas de abuso e intoxicações.

Ao lado do otimismo no progresso gerado pelas “boletas mágicas” se somou um novo e importante fator que incidiu para a mudança no perfil dos serviços de saúde: a incorporação de uma série de novos, e caríssimos, equipamentos que passaram a ser a base de determinadas

155 TEIXEIRA, Luiz Antônio; EDLER, Flavio Coelho. **História e cultura da medicina no Brasil**. São Paulo: AORI Produções Culturais, 2012, p.83.

156 Idem, p. 149.

especialidades. O hospital centralizou os novos serviços e se constituiu em um local de oferta de serviços especializados, tanto em diagnóstico, quanto em terapêutica. Em torno desse complexo industrial se constitui uma “elite médica de proprietários de clínicas e hospitais”¹⁵⁷ capazes de promover alta concentração de capital. A experiência da doença como uma enfermidade, vivida em geral em casa com o apoio do círculo pessoal mais próximo e do médico de família, transforma-se em objeto de intervenção sobre a doença por especialistas. Isso implica uma nova forma de perceber e de intervir sobre a doença, estritamente vinculada à aplicação de capital de empresas e indústrias subsidiárias, “em particular as de medicamentos e de equipamentos”¹⁵⁸. A multiplicação e expansão das especialidades criam novos campos de atuação, altamente remunerados, para pessoas treinadas.

É impossível no curto espaço de que disponho nesse projeto abordar todas as transformações dos meios de produção do trabalho médico. Para ilustrar esse amplo processo vou trazer para análise o exemplo da Anestesiologia. Essa especialidade conseguiu se consolidar graças à combinação de treinamento, organização classista e articulação política. Trata-se de uma especialidade, organizada enquanto classe, que luta para garantir o

157 TEIXEIRA, Luiz Antônio; EDLER, Flavio Coelho. **História e cultura da medicina no Brasil**. São Paulo: AORI Produções Culturais, 2012. p. 83.

158 LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências e mudanças na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 55.

monopólio de sua técnica sobre todas as outras, não apenas sobre a sociedade em geral, mas, inclusive, no interior da classe médica oficial.

A historiografia triunfalista está sempre procurando e discutindo quem são os seus heróis fundadores. Na Anestesiologia essa honra cabe ao italiano Achille Mario Dogliotti, considerado o precursor e principal difusor da técnica de localização do espaço epidural. Ele foi escolhido duas vezes relator do Congresso Internacional de Anestesia e eleito vice-presidente honorário da principal sociedade deste campo. Entre os espanhóis, entretanto, existe a reivindicação aos pioneiros trabalhos de Fidel Pagés Miravé. Essa luta entre italianos e espanhóis pelo mito de origem da técnica moderna desse tipo de anestesia esconde o mais importante: o papel preponderante dos estadunidenses na formação dessa especialidade, conforme admite o próprio Dogliotti.

A criação da figura do anestesista moderno, que estuda essencialmente os problemas da fisiopatologia da dor, que deve ser um perfeito anatomista para bem aplicar as anestésias regionais pléxicas e tronculares, possuir conhecimentos precisos de química fisiológica, estar familiarizado com os mais complexos aparelhos empregados nos diversos métodos de anestesia geral e também ter, por necessidade, uma educação cirúrgica completa para

conhecer as exigências do operador e os problemas que mais diretamente envolvem as resistências do operando, constituem uma autêntica conquista dos nossos tempos: conquista de origem anglo-saxônica e essencialmente norte-americana¹⁵⁹.

A nova especialidade desenvolvida pelos estadunidenses entusiasmava, desde o início dos anos de 1940, alguns médicos brasileiros que atuavam na Casa de Saúde Dr. Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro. A esses médicos uniram-se outros que foram enviados para a Segunda Guerra Mundial para fazer estágio no Corpo de Saúde do V Exército das Forças Aliadas. O retorno desses profissionais e a divulgação das técnicas aprendidas durante o conflito levou ao crescente entusiasmo pelo campo e, em 1948, os interessados na consolidação dessa especialidade fundam a *Sociedade Brasileira de Anestesiologia*. Essa instituição foi responsável pela difusão desse novo campo do conhecimento médico em todo o território nacional, mobilizando a criação de sociedades estaduais e a organização de congressos e eventos científicos usados para difundir as novas técnicas.

Criava-se o profissional, dentro do campo médico oficial, especialista na anestesia e na analgesia – que em breve se tornaria o único responsável pelo controle dos fármacos

159 DOGLIOTTI, Achille Mario. **Tratado de Anestesia**: narcose, anestesia local, regional e espinal. Rio de Janeiro: Scientifica, 1943, p.01.

destinados a essa finalidade. A cocaína e seus análogos lançados no começo do século faziam parte das técnicas de anestesia por infiltração – aplicadas diretamente no local da dor visando à insensibilização. A Anestesiologia, como campo específico, provocará uma sofisticação do método de anestesia local, retirando do local da dor a aplicação do anestésico. Serão disseminadas as anestésias regionais e espinhais em substituição à anestesia por infiltração, vista a partir de então como pré-história pela retórica triunfalista.

A anestesia é uma das técnicas mais heroicas e revolucionárias da farmacologia. Desde o início, os experimentadores e cirurgiões “se dedicaram a precisar minuciosamente a zona mediana”¹⁶⁰ que impedisse os efeitos ruins de uma toxicose ou de uma dose insuficiente. Como nenhum remédio tem seus efeitos puramente definidos por moléculas, os anestésicos não deixarão de “despertar consequências maléficas”¹⁶¹, ou seja, provocar intoxicação e efeitos indesejados. A Anestesiologia conseguiu reverter esses problemas de três formas: na busca por fármacos capazes de reduzir a dose e a toxicidade; na fragmentação da anestesia a partir da preparação do organismo para a perda das funções; na utilização de outros fármacos não anestésicos para evitar os inconvenientes gerados pela anestesia. O resultado foi uma polifarmácia complexa

160 DAGOGNET, François. **A Razão e os remédios**. Rio de Janeiro: Forense, 2012. p. 242.

161 Idem, p. 243.

que cerca o anestésico de corretivos. Essa tendência à polifarmácia contemporânea já era verificada desde o início do século XX com a crescente popularização da combinação de novocaína e adrenalina.

Não restam dúvidas sobre a excelência técnica que o campo da Anestesiologia constituiu; porém, não se trata aqui de uma simples mudança técnica. A consolidação de especialidades está ligada à formação de um complexo industrial que altera as formas de acesso aos meios de produção do trabalho médico, transformando também os agentes do processo curativo (as classes terapêuticas, as instituições de ensino médico e os serviços de saúde) em instrumentos comerciais com vistas à acumulação de capital. No entanto, para que a mercantilização da saúde se complete, é preciso que as práticas populares de administração das enfermidades sejam reduzidas a uma questão técnica da alçada do profissional habilitado. A Anestesiologia como especialidade, por exemplo, está ligada ao processo de transferência do parto da casa para o hospital. Até meados do século XX a dor era prática integrante do parir. Com a transferência desse evento para o hospital, combinando e anestesia peridural ou raquidiana com cesariana, foi possível mitigar a dor. Ao longo da segunda metade do século XX esse se tornará o padrão para todas as classes, transferindo o conhecimento do parto das parteiras, geralmente de origem popular, para

uma classe de especialistas com formação biomédica – de origem elitista. Processo esse que será responsável também pela popularização da cesariana.

Todas essas alterações, portanto, foram fundamentais para consolidar uma mudança na noção de terapêutica na segunda metade do século XX. Essa mudança pressupõe: a percepção de doença como um desvio biológico; uma prática médica que tem como foco de ação o hospital; a competência como sinônimo de domínio técnico; o médico especialista como centro do ato terapêutico. As vitórias sobre algumas doenças milenares e os maiores recursos técnicos escondem, por conseguinte, a construção de uma concepção de saúde mercantilizada que se tornará hegemônica a partir de então. Apesar dos inegáveis avanços, essa nova noção de terapêutica também trará problemas para a saúde da população.

Qual teria sido o impacto dessas inovações para algumas funções que os fármacos clássicos exerciam na cultura farmacológica do início do século XX? As pessoas ainda precisavam de recursos capazes de fazer dormir, acalmar a dor e relaxar o organismo; ou ampliar a vivacidade, a atenção e a vigília. Sabemos que as “substâncias entorpecentes” eram cada vez mais vigiadas, restritas e difíceis de obter. O Decreto n.º 20.397, de 14 de janeiro de 1946, além de colocar o infame rótulo de “narcótico” nesses fármacos clássicos, ainda ampliava o

controle com a diversificação da burocracia destinada a verificar o fluxo legal e legítimo de uso. Por outro lado, os novos produtos oferecidos pela indústria farmacêutica, em geral estadunidense, eram promovidos pelo moderno marketing e de livre acesso pela população.

Alguns exemplos podem ilustrar esse fenômeno. Um dos produtos substitutos oferecido eram as anfetaminas, uma espécie de psicoestimulante que passou a “ser utilizados[as] no tratamento da depressão nos últimos anos da década de 1930. Efeitos semelhantes eram causados pela cocaína, na época ainda utilizada legalmente na terapêutica”¹⁶². Em termos estritamente farmacológicos, as anfetaminas são mais potentes que a cocaína. Outro exemplo são os hipnóticos usados para dormir e acalmar. Os opiáceos, usados para essa tarefa, passaram a ser substituídos pelos barbitúricos que eram vendidos livremente – fármacos muito mais tóxicos, com menor taxa de segurança (distância da dose ideal da dose letal) e maior poder de criar dependência – e depois pelos ansiolíticos – de que trataremos no próximo capítulo.

Embalado pelo imaginário da superioridade técnica do químico e por serem vendidos livremente como medicamentos seguros (não entorpecentes), o público passava a ter uma alternativa lícita aos antigos fármacos

162 STÜCKER, Ananda; CYTRYNOWICZ, Monica Musatti. **Origens e trajetória da indústria farmacêutica no Brasil**. São Paulo: Narrativa Um, 2007, p.134.

– que gradualmente caíam em desuso terapêutico, realimentando a ideologia (retórica triunfalista) do progresso técnico.

Entre os anos de 1930 e o começo dos anos de 1950, essa política de controle pareceu resolver o problema do uso ilícito de entorpecentes. Foram fatores que contribuíram para essa percepção: a Segunda Guerra mundial e a desarticulação da indústria farmacêutica legal que alimentava o comércio de produtos entorpecentes – intervenção sobre a oferta; a disponibilização de substitutivos legais, e mais potentes, sem restrição de acesso – intervenção sobre demanda. Um discurso otimista se consolidava entre os órgãos do governo responsáveis pelo controle de entorpecentes a partir dos anos de 1930 – na agenda pública o tema “se dissipa no que diz respeito às drogas”¹⁶³, entrando como agravante de temas mais gerais, como a subversão e a vadiagem.

O Delegado paulista Guido Fonseca, que escreveu um livro¹⁶⁴ sobre a atuação da polícia contra as drogas com fontes exclusivas e inacessíveis, aponta dois fatores que levaram ao fim do problema com os tóxicos: a escassez dos produtos pela guerra e o regime autoritário que facilitava a ação policial. Nos relatórios policiais, as toxicomanias

163 SILVA, Maria de Lourdes. **Drogas: Da medicina à repressão policial – a cidade do Rio de Janeiro entre 1921 e 1945.** Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015. p. 297.

164 FONSECA, Guido. **O submundo dos tóxicos em São Paulo: séculos XVIII, XIX e XX.** São Paulo: Resenha Tributária, 1994.

passam para um plano secundário. Entre 1941 e 1942, a Delegacia de Costumes de São Paulo logra em afirmar que não existem casos de toxicomania naquela praça. A CNFE, que era o órgão responsável pela política de drogas, tinha uma estrutura precária, porém conseguia instaurar uma série de novos controles em parceria com a SNFM. Foram criadas Comissões Estaduais, com o objetivo de difundir e divulgar os princípios da política proibicionista. Em 1938, quando o governo argentino começava a debater as mudanças legislativas no campo da toxicomania, a CNFE foi convidada a participar do seminário e expor a experiência brasileira¹⁶⁵. O Brasil se tornaria um exemplo de adequação legislativa às normativas sugeridas pelos órgãos internacionais.

Esse otimismo pode ser verificado no artigo intitulado *As toxicomanias no após-guerra*, publicado por Roberval Cordeiro de Farias (diretor da CNFE), que analisa a preparação do Brasil para enfrentar a onda de toxicomania que acompanha o fim de grandes conflitos. Nele o diretor garantia que o país só importava entorpecentes para fins médicos e científicos, em níveis inferiores a outros países latino-americanos. A heroína tinha sido banida. A morfina estava sendo substituída pela “codeína e dionina, muito menos nocivas, graças à campanha educativa exercida

165 CARVALHO, Jonatas Carlos de. **Regulamentação e criminalização das drogas no Brasil: A Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes**. Rio de Janeiro: Multifoco, 2013.

junto às classes médicas e farmacêuticas do nosso país”¹⁶⁶. A cocaína também estava sendo substituída por “outros anestésicos que não estabelecem vício”¹⁶⁷. Sem sombra de dúvidas, o Brasil estaria dotado de uma legislação “que pode ser considerada, sem exagero, como uma das mais completas e eficientes que existem atualmente”¹⁶⁸.

Esse cenário de aparente sucesso começa a mudar ao longo da década de 1950 por dois motivos. O primeiro fator de corrosão do modelo foi o retorno do velho problema dos desvios dos remédios da farmacopeia lícita para usos não controlados pelos médicos. O Delegado Guido Fonseca, ao analisar as políticas do período Vargas, apontará com certa amargura a ausência de instrumentos legais capazes de conter o consumo das “bolinhas”.

Além das chamadas drogas clássicas, maconha, cocaína, ópio e heroína, começaram a proliferar entre os viciados as chamadas ‘bolinhas’ ou substâncias fármaco sintéticas (sedativos e estimulantes) adquiridas livremente nas farmácias. Por longos anos a Polícia ficou sem os instrumentos legais necessários para uma ação repressiva e

166 FARIAS, Roberval Cordeiro. As toxicomanias de após-guerra. In: **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1958, p.150.

167 Idem.

168 Idem.

isso deve ter estimulado o seu consumo e a sua venda¹⁶⁹.

Outro relato policial, realizado em 1961, corrobora a imagem trazida por Guido Fonseca. Segundo o Delegado José Dirceu C. Leal de Oliveira, titular da Delegacia Especializada na Fiscalização sobre os Costumes, existe

essa falha clamorosa da nossa legislação sanitária. Bastaria, como exemplo da gravidade dessa questão, citar-se os malefícios, de todos tão conhecidos, que o PERVITIN vem causando à Sociedade. [...] As chamadas ‘bolinhas’ estão a exigir dos poderes públicos responsáveis maiores cuidados¹⁷⁰.

A falta de controle sobre a farmacopeia legal, desde meados da década de 1950, vinha preocupando os diretores da CNFE, Benoni Laurindo Ribas e Nelson Lobo Vianna. Em artigo publicado na revista *Medicina – Cirurgia – Farmácia*, eles alertavam que, apesar das novas

169 FONSECA, Guido. **O submundo dos tóxicos em São Paulo:** séculos XVIII, XIX e XX. São Paulo: Resenha Tributária, 1994. p. 149.

170 OLIVEIRA, José Dirceu C. Leal de *apud* TELLES, Celso. **Comercio Clandestino de Entorpecentes:** Índice Confidencial – uso exclusivo das autoridades policiais. São Paulo: Serviço Gráfico da Secretaria de Segurança Pública, 1961. p. 22.

drogas terem um menor “poder toxicomanógeno”¹⁷¹, elas não eram “totalmente isentas de perigos na aplicação de doses altas e repetidas, podendo levar aos desastrosos resultados da toxicomania”¹⁷². Era preciso relativizar as virtudes fartamente proclamadas pelos anunciantes, nas propagandas ‘éticas’, que alegavam que “a medicação sintética possuía maior poder analgésico, menor toxidez e ação mais duradoura do que a morfina, o que, parece, ao menos em parte, não traduz com exatidão a realidade”¹⁷³. Cabia, portanto, aos médicos a instrução para fazer uma “utilização cautelosa e com indicação precisa”¹⁷⁴, pois “se os produtos sintéticos realizam trabalho hipnógeno e sedante idêntico ao do ópio e seus derivados, não são eles, contudo, destituídos de efeitos secundários lamentáveis”¹⁷⁵.

Essas fontes evidenciam que o velho problema do desvio de fármacos restritos às atividades terapêuticas para outras finalidades não desaparecera – apenas tomava uma nova roupagem. Esse mesmo fenômeno era verificado nos vários países que aplicaram o repertório estadunidense de controle das drogas. A “sociedade limpa”, característica do pós-Segunda Grande Guerra, dispõe de inúmeros recursos clínicos para obter tranquilidade, sono e estimulação. A

171 RIBAS, Benoni Laurindo; VIANNA, Nelson Lobo. O uso de entorpecentes no Brasil. **Medicina – Cirurgia – Farmácia**, n. 243, p. 313, 1956.

172 Idem.

173 Idem.

174 Idem.

175 Idem, p. 314.

difusão dos remédios sintéticos, com suas propagandas ‘éticas’ pouco informativas e restritas aos especialistas, levou à multiplicação dos dependentes de origem iatrogênica. A tentativa de proteger os adultos de si mesmos por meio da troca de uma farmacopeia por outra, tendo como critério a preferência pelo sintético ao natural e o patenteado ao não patenteado, não resolveu o problema do consumo abusivo em uma sociedade de massas.

O segundo fator que modificou esse cenário de otimismo e confiança na política de drogas foi a ascensão do comércio ilícito da farmacopeia clássica. Depois de desarticulada a indústria legal, foi lento e gradativo o desenvolvimento da produção e das redes do comércio ilegal. A primeira dessas substâncias a consolidar um mercado nacional ilícito foi a *Cannabis*, apesar da tentativa dos órgãos oficiais em minimizar o problema em um primeiro momento. Em 1º de abril de 1952, em conferência na *Sociedade Brasileira de Higiene*, Roberval Cordeiro de Farias fez outro balanço sobre as ações da CNFE, porém o tom já era outro em relação àquele feito no pós-guerra. Ele apontava que o país estava plenamente adaptado às diretrizes internacionais de controle há bastante tempo. Se algum problema ainda persistia era por causa da falta de informação; também criticava aqueles que defendiam a prisão ao invés de internação dos toxicômanos. “O viciado é um doente, e como doente é que deve ser tratado”¹⁷⁶. O

176 A Gazeta da Farmácia, maio de 1952.

maior apelo ao recrudescimento da pena era fomentado pela presença cada vez mais insinuante da *Cannabis* nos centros urbanos. Ao contrário do que de fato aconteceu, Roberval garantiu na ocasião que

o problema da maconha ou diamba, como é conhecido no Brasil a ‘cannabis índica’ – ‘hashish’ dos árabes ou marihuana da América Central e dos Estados Unidos, está perfeitamente equacionado e em vias de solução¹⁷⁷.

A discussão sobre o estatuto legal da Cannabis é central no debate contemporâneo sobre as drogas; infelizmente, essa polêmica ainda não alimentou pesquisas para compreendermos melhor o tema nos anos 1950 e início dos 1960. Em geral, ainda prevalece a ideia de que o consumo se expandiu por causa da influência do movimento *hippie* estadunidense nos anos de 1960 – quando o complexo da *marijuana* ganha força e se globaliza.

A “juventude desorientada” dos anos de 1960 e 1970 não promoveria uma redescoberta do outrora popular hábito do diambismo [...]. Os canabistas ou maconheiros de então – não mais diambistas – tinham descoberto o

177 Idem.

hábito no estrangeiro e atribuíam a ele outros significados. Pelas mãos de jovens universitários, artistas e intelectuais popularizava-se agora no Brasil – como de resto, um pouco por todo o mundo ocidental – aquela tradição estranha aos brasileiros cultos do século XIX, mas tão cara a certos intelectuais do Ocidente, como aqueles pertencentes ao Clube dos Haxixeiros de Paris¹⁷⁸.

Tendo a discordar dessa interpretação, pois o hábito de fumar *Cannabis* se nacionalizou antes da influência *hippie*. O trabalho do Delegado Guido Fonseca, apesar do pouco profissionalismo, ainda é de inegável valor por causa das fontes que apresenta. Enquanto a História não se desenvolve, a obra serve como incitação à pesquisa. Entre 1956 e 1957, a polícia de São Paulo teria prendido 1.381 indivíduos e instaurado 44 inquéritos policiais somente em relação à *Cannabis*. O perfil social dos presos mostrava que a maioria deles não tinha profissão, ou seja, ‘vagabundos’ na visão desse delegado. Em 1961, a ‘maconha’ já superava todas as outras drogas em termos de apreensão.

Essa situação não parece se restringir ao sudeste. Mesmo em Porto Alegre, a capital estadual mais distante do epicentro nordestino, é possível verificar uma mudança na forma como o assunto é abordado. Entre 1940 e 1941,

178 FRANÇA, Jean Marcel de Carvalho. **História da Maconha no Brasil**. São Paulo: Três Estrelas, 2015, p.71.

a presença de consumidores de *Cannabis* foi motivo de surpresa e curiosidade. Tratou-se tal evento como um fato isolado, resolvido depois que os envolvidos em tal incidente “foram enviados para o Norte, donde procediam, sem haver divulgado o canabismo”¹⁷⁹. A legislação vigente era elogiada. Foi

um sucesso curioso o registro de alguns casos de canabismo, de dezembro de 1940 a fevereiro de 1941, pois, até então, entre os toxicômanos que temos tratados no Hospital São Pedro, era desconhecido o cânhamo indiano. O álcool, em virtude de seu fácil acesso, ocupa lugar de destaque, enquanto a morfina com seus sucedâneos e a cocaína vêm seu consumo reduzido, consequência da repressão rigorosa que hoje se estabelece¹⁸⁰.

Esse clima descontraído e curioso parece bem distinto do tom alarmista usado pela imprensa diária gaúcha no final dos anos 1950. Uma notícia publicada no jornal *Correio do Povo*, sob o título “Quatro maconheiros presos pela polícia”, indica que “a Delegacia de Costumes está movendo tenaz campanha contra os traficantes de maconha e seus viciados, detendo-os e instaurando

179 CIULLA, Luiz. Intoxicados pela maconha em Pôrto Alegre. In: **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1958, p.377.

180 Idem.

contra eles o competente processo”¹⁸¹. Em uma operação realizada “em plena Praça da Alfândega, ponto de reunião de malandros que exploram aquele vício”¹⁸², foram presos vários “contraventores”¹⁸³. Antes dos *hippies*, portanto, o hábito de fumar já tinha chegado na distante Porto Alegre.

O tema dos entorpecentes, que tinha deixado de aparecer no cinema, volta às telas. Depois do filme *Vício e Perversidade* (1932), o tema das drogas desapareceu de cena. Retornou justamente na década de 1950, com o lançamento do polêmico *Cais do Vício* (1953), que narra a história de um motorista que se vê acidentalmente envolvido com um traficante de maconha e com o assassinato de um fazendeiro, mas é auxiliado por uma repórter policial.

181 Correio do Povo, 08/01/1959, p. 05.

182 Idem.

183 Idem.



FIGURA 9 | Cartaz de divulgação do filme “Cais do Vício”

Os agentes responsáveis por coibir o uso de maconha reforçaram o coro daqueles que criticavam a

atual legislação por permitir a circulação fora do circuito legal de fármacos lícitos. A legislação, ao não criar uma divisão precisa do usuário e do traficante, contribuía para a ampliação da sensação de impunidade. A Carta Prefácio escrita por Ítalo Galli, Juiz de Direito da 17ª Vara Criminal da Comarca de São Paulo, ao livro do Delegado de Polícia Celso Telles¹⁸⁴ em 1961, intitulada “Comércio Clandestino de Entorpecentes” é um exemplo desse tipo de crítica. O citado juiz apontava os erros da doutrina derivada da decisão do Juiz do Supremo Tribunal Federal, Nelson Hungria, no julgamento de Habeas-corpus n.º 36.007, que entendia ser doença e não crime o uso de drogas.

Inegavelmente, um dos tropeços que vêm dificultando as atividades repressivas da Polícia, no setor em apreço, reside no entendimento, agora bafejado por recentes julgados do Supremo Tribunal Federal, segundo o qual não pode ser responsabilizado criminalmente o detentor do entorpecente, desde que o possua, não para comércio, mas para uso próprio, sob o pretexto de que o viciado, real ou potencial, é um doente, que deve sofrer tratamento adequado

184 Celso Telles era Chefe da Polícia de São Paulo na ocasião da morte do ex-delegado Sérgio Paranhos Fleury. Ele proibiu a necropsia do corpo, fato que alimentou inúmeras teorias sobre as causas de sua morte. Esses eventos foram revelados poucos anos antes de sua morte (1999) pelo jornalista Percival de Souza, autor do livro *Autópsia do medo – vida e morte do delegado Sérgio Paranhos Fleury*.

e não castigo. Essa orientação, ‘data venia’, tem contra si a letra da lei, o seu elemento histórico e o próprio interesse social. Além disso, representa, em última análise, uma inovação ‘sui generis’, na disciplina de responsabilidade criminal seguida pelo Código¹⁸⁵.

Todos esses debates mostram que o tema do consumo ilícito da *cannabis* esteve em pauta nos anos de 1950, inclusive no STF, antes da revolução cultural dos anos de 1960. Os *hippies* são posteriores à popularização da maconha nos centros urbanos do Sudeste e do Sul; não parece razoável supor que essa difusão seja tributária da pauta contracultural estadunidense, embora sua presença nos anos de 1960 tenha reforçado essa popularização do uso em âmbito nacional. A política de controle, alarmada como tão eficiente logo depois da Segunda Guerra se mostrou, no médio prazo, ineficaz para lidar com as novas pautas culturais de consumo criadas pela ilicitude que os próprios dispositivos criaram.

Em linhas gerais, foram essas as principais características da centralização da política de drogas ocorrida entre 1932-1964: uma mudança no perfil da indústria farmacêutica e a criação de um complexo industrial altamente rentável; a substituição da farmacopeia

185 GALLI, Ítalo *apud* TELLES, Celso. **Comercio Clandestino de Entorpecentes**: Índice Confidencial - uso exclusivo das autoridades policiais. São Paulo: Serviço Gráfico da Secretaria de Segurança Pública, 1961, p. 111.

tradicional por novos e potentes fármacos, com a repetição do velho problema da intoxicação iatrogênica; o crescimento do tráfico ilícito, principalmente de *Cannabis*. É importante ressaltar esses fatores para não creditarmos unicamente à *Single Convention on Narcotics Drugs*, de 1961, ou à pauta de uso da contracultura a alteração da política de drogas no Brasil. O projeto que resultou na Lei n.º 4.451, de 4 de novembro de 1964, marco inicial do novo modelo proibicionista que seria instaurado como resposta a essa crise, foi apresentado em 1959 ao Congresso. Seu idealizador, o comunista pernambucano Coutinho Cavalcante (PTB), justifica assim a necessidade de aprová-lo:

A criminalidade, ligada ao setor de entorpecente, não se exaure na conceituação das figuras delituosas previstas no artigo 281 do Diploma Penal vigente. Um ponto básico foi olvidado: a plantação de substâncias entorpecentes, que, por exemplo, no caso da chamada ‘maconha’ [cânhamo *cannabis sativa* e variedade índica] assume importância relevante¹⁸⁶.

Dessa forma, embora o marco do novo regime proibitivo seja a Lei n.º 4.451, de 4 de novembro de 1964, os problemas que levaram à alteração da política são

186 Diário do Congresso Nacional [seção I], 01 de agosto de 1959, p. 4748.

anteriores, inclusive, ao novo ordenamento internacional que passou a vigorar depois de 1961.

CAPÍTULO 6

PROIBICIONISMO PUNITIVISTA (1964-2006)

O ano de 1964 é emblemático para a história do Brasil, pois ocorreu o golpe de Estado que levou à ascensão da ditadura-civil militar que governaria o país por mais de vinte anos. Esse tipo de acontecimento político é daqueles que exercem sedução sobre os historiadores, por isso acredito que é necessário iniciar esse capítulo justificando a escolha desse ano para marcar o início de uma nova orientação política e institucional sobre a circulação e o consumo de drogas. Existe uma coincidência entre a mudança no regime político e as políticas que abordam a questão das drogas.

Em termos mais gerais, a crise que gerou a mudança de regime político também esteve vinculada aos problemas ocasionados pelo modelo de política de saúde adotado no período anterior. Em 1961, durante o governo Jânio, “ eclodiu um escândalo bem divulgado pela imprensa: o abusivo preço de importação dos insumos farmacêuticos pelas indústrias de capital estrangeiro”¹⁸⁷, que resultou na “instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), criada para investigar, também, a crescente

187 BUENO, Eduardo; TAITELBAUM, Paula. **Vendendo Saúde**: história da propaganda de medicamentos no Brasil. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008. p. 111.

desnacionalização da indústria farmacêutica no país”¹⁸⁸. Os resultados, divulgados no governo Jango, mostraram que a desnacionalização da indústria tinha chegado aos impressionantes 95%.

Para tentar conter a evasão de dinheiro, o governo passou a defender a regulamentação da Lei de Remessa de Lucros e, paralelamente, criou alguns órgãos – como o Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica – para discutir os rumos do setor e propor medidas com objetivo de controlar os preços das importações. As empresas multinacionais passaram a usar seu sindicato, que funcionava como órgão consultivo para o setor desde 1947, como meio de pressionar o governo a permitir a livre circulação de capitais e autonomia para a definição de preço dos produtos. O governo federal ignorou essas pressões e aprovou o Decreto n.º 53.584, de 21 de fevereiro de 1964,

que determinava a uniformização dos preços dos produtos farmacêuticos em todo o território nacional, obrigava os laboratórios a estampá-los nas embalagens e forçava a indústria farmacêutica a revelar suas planilhas de custos¹⁸⁹.

188 Idem.

189 BUENO, Eduardo; TAITELBAUM, Paula. **Vendendo Saúde**: história da propaganda de medicamentos no Brasil. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008. p. 112.

Essa lei foi objeto de debates acalorados entre o representante brasileiro do Ministério da Saúde e o enviado estadunidense na Assembleia da OMS pouco depois de sua promulgação. Uma das primeiras medidas adotadas pela ditadura civil-militar que assumiu depois da queda de Jango foi revogar essa lei. Parece bastante claro que a política de Jango nessa área desagradava poderosos interesses contrários, inclusive estrangeiros.

Essa querela fica bastante evidente com a mudança de política adotada depois do golpe que derrubou o governo Jango. Ocorre uma reformulação nos currículos dos cursos de ensino médico no país para adequar os novos profissionais às últimas novidades em termos de produtos farmacêuticos e maquinário. A Lei n.º 5.540, de 28 de novembro de 1968, adequou oficialmente as escolas médicas brasileiras ao modelo estadunidense, substituindo as cátedras por departamentos contendo disciplinas e dividindo o ensino em dois ciclos – o básico e o especializado. Essas mudanças consagraram uma estrutura “individualista, biologicista, hospitalocêntrica e com ênfase nas especializações”¹⁹⁰. A década de 1960 marcará “o deslocamento definitivo do modelo liberal”¹⁹¹ a partir da adoção do modelo de medicina tecnológica e empresarial. Estabelecer-se-ão empresas do tipo capitalista,

190 LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências e mudanças na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec, 2009, p.65.

191 SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: HUCITEC, 1993.

as chamadas medicinas de grupo, com auxílio do governo – ao contrário de outros países onde esse tipo de organização dos serviços médicos foi uma iniciativa da sociedade civil.

O ano de 1964 é um marco também porque foi nele que se aprovou a Lei n.º 4.451, de 4 de novembro – ela foi enviada ao Congresso motivada pelos problemas gerados na legislação que dava inteligibilidade ao proibicionismo centralista descrito na seção anterior. Seguiu a essa o Decreto-Lei n.º 159, de 10 de fevereiro de 1967, equiparando

as substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica aos entorpecentes para os fins penais e de fiscalização e controle. Nesta matéria, o Brasil foi o segundo país do mundo a enfrentar o problema, considerando tão nocivo quanto o uso de entorpecentes, o uso, por exemplo, dos anfetamínicos, ou dos alucinógenos¹⁹².

Se a lei de 1964 acabava de vez com a legitimidade do uso de entorpecentes para fins médicos, a lei de 1967 foi responsável por equiparar os medicamentos legais às substâncias ilegais quando usados para ‘fins não legítimos’. Em 1968, foi promulgado o Decreto-lei n.º 385, de 26

192 GRECO FILHO, Vicente. **Tóxicos:** prevenção e repressão – comentários à Lei 5.726: Tóxicos: prevenção e repressão – comentários à Lei 5.726. São Paulo: Saraiva, 1972, p.34.

de dezembro, dando nova redação ao artigo do Código Penal que tratava dos entorpecentes. O “legislador brasileiro optou pela medida drástica de identificar, na mesma categoria, todos os envolvidos com tóxicos, independentemente do grau de sua participação”¹⁹³. Todas essas tendências culminam na Lei n.º 6.368, de 21 de outubro de 1976, que será a normativa que orientará a política de drogas ilícitas até 2006.

A política de drogas e a política de medicamentos estão intrinsecamente ligadas, por isso não é coincidência que, quase de forma simultânea, à lei de drogas é promulgada a Lei n.º 6.360, de 23 de setembro de 1976, definindo a obrigatoriedade de tarjas (vermelha e preta) para indicar a periculosidade dos medicamentos e as formas de acesso – garantindo o monopólio médico da prescrição sobre todos os medicamentos e não mais somente sobre os entorpecentes. Era preciso regulamentar o comércio de fármacos legais como meio de evitar os usos ‘não legítimos’ e as intoxicações que eram tão comuns. Assim como no caso da construção do ordenamento jurídico do proibicionismo centralista, também neste ainda serão necessários novos estudos que analisem os documentos que fundamentam as alterações, os agentes envolvidos e as dinâmicas sociais e econômicas que levaram à adoção desse modelo punitivista.

193 CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil: Estudo criminológico e dogmático**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, p.18.

A mudança na lei de drogas não se referia somente às demandas internas; também nos outros países os problemas enfrentados pelo Brasil eram percebidos. Entre as décadas de 1960 e 1980, várias conferências e eventos internacionais foram realizados para debater o assunto, elaborar critérios para definição da periculosidade das substâncias oferecidas no mercado lícito e as substâncias que deviam ser banidas da face da terra (em geral plantas ou fitoquímicos ligados a tradições milenares de uso). Os mais importantes eventos internacionais foram: *Single Convention on Narcotics Drugs* (1961); *Convention on Psychotropic Substances* (1971); *United Nation Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances* (1988). Desde os anos de 1950, os EUA passaram por uma verticalização e centralização das instituições responsáveis pela repressão ao tráfico e ao uso de drogas culminando na formação da *Drug Enforcement Administration* (DEA) em 1973.

A verticalização e centralização das políticas repressivas sobre o uso de entorpecentes também foi verificada no Brasil, denotando a inspiração do modelo institucional estadunidense. O Decreto n.º 85.110, de 2 de setembro de 1980, retirou da CNFE a gerência sobre a política de drogas no Brasil e passou-a para o Conselho Federal de Entorpecentes (CFE), composto por membros de vários ministérios e coordenado pelo Ministério da

Justiça. Com essa mudança institucional, o proibicionismo punitivista finalizou sua fase de configuração, porém ainda é preciso destacar uma última lei que foi promulgada depois e que, embora não alterasse os fundamentos do sistema, teve enorme impacto social: a Lei n.º 8.072, de 25 de julho de 1990, conhecida como a Lei dos Crimes Hediondos. A partir do momento em que ela entrou em vigor, ocorreu a restrição do direito de presunção de inocência, bem como foi dificultada a progressão de regime das pessoas presas pelo tráfico de drogas. Ela foi uma das principais responsáveis por multiplicar a população carcerária do país que, combinada com os baixos investimentos no setor, levou à superlotação dos presídios, à ampliação da violência em torno dos condenados (e seus familiares) e ao fortalecimento do crime organizado.

Essas foram, basicamente, as principais normativas que resultaram na modificação da política de drogas. Antes de entrar na discussão a respeito das consequências dessa legislação sobre o tráfico de substâncias ilícitas, gostaria de discutir outro mito da historiografia triunfalista da medicina. Segundo essa corrente, nos anos de 1950 e 1960,

a Medicina passou por outra importante transformação que ficou conhecida como a Revolução Farmacológica da Psiquiatria, quando foram introduzidas drogas psicoterapêuticas capazes

de melhorar o estado de pacientes portadores dos chamados distúrbios de comportamento e das funções psicológicas, denominados psicoses¹⁹⁴.

Graças a esses avanços, proporcionados pela pesquisa da indústria farmacêutica, os hospitais psiquiátricos não precisariam mais internar os doentes por toda a vida, permitindo que sua ação ocorresse no nível ambulatorial, graças à “introdução de drogas antipsicóticas, neurolépticas ou antiesquizofrênicas”¹⁹⁵. No início dos anos de 1960 foram introduzidos os primeiros *benzodiazepínicos* – que representaram outra revolução nos já propagados ansiolíticos. Em altas doses, eles têm função hipnótica e puderam substituir os perigosos barbitúricos.

Essa retórica ‘revolucionária’ é um exemplo emblemático de como a quimioterapia, que proporcionou avanços terapêuticos de enorme significância, habitualmente costuma “atropelar os fatos e criar os mitos”¹⁹⁶. É inegável a utilidade de alguns desses fármacos para lidar com a esquizofrenia ou como antipsicóticos, porém isso não pode ser estendido para todo o campo da psiquiatria sem uma reflexão sobre os aspectos sociais, políticos e econômicos

194 STÜCKER, Ananda; CYTRYNOWICZ, Monica Musatti. **Origens e trajetória da indústria farmacêutica no Brasil**. São Paulo: Narrativa Um, 2007. p. 131.

195 Idem.

196 ALMEIDA, Eduardo. **As razões da Terapêutica: Racionalismo e Empirismo na Medicina**. Niterói: EDUFF/ART Instituto de Medicina Integral, 2011, p.47.

envolvidos. Essas ‘revoluções’ só foram possíveis depois de mudanças ocorridas nas políticas de medicamentos. A indústria farmacêutica nacional faliu, conforme vimos, tornando-se instrumento de transferência de recursos para o exterior. Mudanças importantes ocorriam no centro dinâmico dessa indústria (EUA), com consequências para a situação brasileira. Atentemos a elas.

Ao longo de todo o livro destaquei a impossibilidade de separarmos a política econômica da indústria farmacêutica e o proibicionismo às drogas. Nesse sentido, ao lado da centralização das agências repressivas que resultou na formação da DEA – que foi bem relatado pela historiografia das drogas – também ocorreu o crescimento do controle sobre a venda de fármacos através da *Food and Drug Administration* (FDA). Existia, entretanto, uma forte resistência, tanto em relação à monopolização da prescrição na classe médica, quanto uma crítica à propaganda ‘ética’ por ser uma forma de disseminação de novos fármacos e de provocar uma mudança no perfil do consumo de medicamentos. Se as drogas não são seguras, mesmo as ‘boletas mágicas’ podem gerar intoxicações; logo, é preciso que os médicos as prescrevam com responsabilidade e as pessoas as usem com moderação. No passado, os clínicos podiam ser distinguidos dos ‘charlatões’ pela sua tendência em prescrever pouca medicação, pois tinham a crença de que o pouco poderia ser bem efetivo. Depois

da guerra e do fortalecimento da indústria farmacêutica ocorreu uma mudança cultural com o incremento do nível de prescrições. A propaganda ‘ética’ fazia parte dessa mudança¹⁹⁷.

No meio dessa disputa ocorrem, em 1957, os primeiros eventos com a talidomida, com ampla divulgação das imagens de má formação fetais em todo o mundo. Nos EUA, essa questão serviu para mobilizar a opinião pública em torno da aprovação do *Food and Drug Cosmetic Act*, em 1962, dando amplos poderes ao FDA e quebrando as resistências à centralização tão desejada pelas grandes empresas farmacêuticas. Foram consequências dessa política: uma revisão de todos os produtos que circulavam nos EUA, algo em torno de meio milhão, apontando que três quartos não funcionava; a vitória sobre o lobby antiprescrição e a monopolização das receitas pela classe médica; a consolidação do critério do aleatório, controle placebo e triagem duplo-cego como meio apropriado de verificar a eficiência de um remédio – que podem ser úteis na verificação da ação de algumas drogas, todavia questionáveis como parâmetro para outras, como as drogas psiquiátricas.

Para o argumento que apresento nesse momento, a mais importante consequência dessa política foi a transformação da FDA em um órgão de licenciamento

197 HEALY, David. *The antidepressant era*. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

de novas drogas a partir do parecer de especialistas que chegavam a um acordo para definir quais os compostos eram válidos para combater as doenças (*disease*/biomédica). A grande maioria das drogas até então presente no mercado, apontadas como ineficientes, era destinada ao mau hálito, ao esgotamento, à fadiga nervosa e a outros problemas desse tipo. Os consumidores iam às farmácias buscarem meios para administrar seus sofrimentos (*illnesses*/enfermidade). Aplicou-se em todas as drogas o critério bacteriológico e biomédico.

Verificando esses acontecimentos fica mais claro que, por trás dos ‘avanços técnicos’ que levaram à ‘Revolução Farmacológica da Psiquiatria’, existe uma opção política em retirar da população a autonomia sobre os recursos farmacológicos, principalmente os antálgicos. O resultado desses ‘avanços’ é o estímulo crescente da indústria farmacêutica, por meio da ‘propaganda ética’, para a medicina intervir em situação de vida e de trabalho que antigamente não pertenciam à sua alçada.

No Brasil, a adequação ao modelo estadunidense descrito acima encontrou problemas por causa da crise econômica e fiscal gerada pelo endividamento externo inconsequente realizado pela ditadura civil-militar. Em 1969, o governo brasileiro negou-se a reconhecer as patentes dos processos industriais, tornando legítima a fabricação de produtos similares – dando sobrevida à indústria nacional.

O governo reagiu à desnacionalização criando a Central de Medicamentos para produzir e distribuir remédios, além de criar laboratórios em vários estados. Durante a década de 1980, em meio à crise inflacionária e cambial, o governo congelou o preço dos medicamentos – levando a indústria estrangeira para a oposição¹⁹⁸.

Não houve no Brasil, assim, em um primeiro momento, um órgão centralizador da política de medicamentos, como o FDA que, em articulação com a indústria de medicamentos, levou a uma concentração de poderes nas mãos dos médicos. Aqui os principais atores responsáveis pela expropriação da saúde e, conseqüentemente, a sua mercantilização, foi a classe médica que se associou com a indústria estrangeira. Isso pode ser verificado na análise sobre as propagandas de medicamentos no Brasil com o passar do tempo. O cerne da estratégia comercial das empresas estrangeiras, desde 1920, era a propaganda ‘ética’. Essa política de aproximação com os médicos foi se fortalecendo ao longo dos anos para ganhar status de atitude eticamente responsável e compromisso com o progresso depois de 1950.

A conjuntura [...] fez convergir os interesses da categoria dos médicos e das indústrias estrangeiras, que passam

198 STÜCKER, Ananda; CYTRYNOWICZ, Monica Musatti. **Origens e trajetória da indústria farmacêutica no Brasil**. São Paulo: Narrativa Um, 2007.

a manter uma verdadeira cruzada contra a indústria nacional, pelo monopólio da prescrição. É um período de ruptura, de transformações profundas no modo de produzir e consumir medicamentos¹⁹⁹.

A classe médica, que passava a ser formada estritamente dentro dos padrões biomédicos depois da Lei n.º 5.540, de 28 de novembro de 1968, tornou-se o veículo de concentração de capital de empresas e indústrias subsidiárias com sedes localizadas no exterior. Nessa parceria o médico transfere para a indústria a elaboração da diagnose, tornando-se a partir de então um receptor das informações comerciais produzidas pelos grandes laboratórios. A receita de acordo com a idiosincrasia do paciente tornava-se sinal de atraso. Nesse novo arranjo o médico se torna uma peça central no ato terapêutico, estabelecendo uma parceria com grandes retornos financeiros para essa classe em detrimento de outras, que erroneamente passam a ser entendidas como “ciências auxiliares” da medicina.

Os resultados foram excelentes para a classe médica e a indústria farmacêutica, porém terríveis para a população. A propagação do uso de ansiolíticos, por exemplo, é prova dessa relação promíscua. Na década de 1980, a propaganda ‘ética’ apresentava esses fármacos “pelo sugestivo título

199 TEMPORÃO, José Gomes. **A propaganda de medicamentos e o mito da saúde**. Rio de Janeiro: Graal, 1986, p.30.

de *Urbanil*, ou seja, o paliativo ideal para as tensões e dissabores advindos da vida nas grandes metrópoles”²⁰⁰. Esses fármacos passam a ocupar o espaço antigamente destinado aos “narcóticos”. Atualmente, os ansiolíticos são quase a metade dos psicofármacos prescrita no planeta; tais remédios são capazes de produzir síndrome de abstinência superior à heroína; organicamente produzem letargia, torpor e coma com facilidade; provocam problemas para as funções sexuais se utilizados em longos períodos.

Outro exemplo, perceptível desde os anos de 1980, foi a medicalização da infância e da juventude. Já naquela época era recomendado, pela propaganda ‘ética’, o “tratamento de escolares ‘hiperdinâmicos’ com anfetaminas e *Ritalín*, anteriormente tratados com disciplinas e castigos”²⁰¹. Recentemente os usos pediátricos desses remédios alcançaram o grau de epidemia. O próprio Ministério da Saúde publicou, em 1º de outubro de 2015, uma recomendação para que Estados e Municípios publiquem “protocolos de dispensação” com objetivo de frear o uso de Concerta® e Ritalina®. Segundo esse documento, o Brasil se tornou o segundo mercado mundial no consumo do metilfenidato – cerca de 2 milhões de caixas foram vendidas em 2010 –, sofrendo um aumento de 775% do consumo nos últimos 10 anos.

200 Idem, p.104.

201 Idem, p. 105.

Uma derradeira consequência, possivelmente a mais dramática, precisa ser observada. A maioria das funções exercidas pelos antigos ‘entorpecentes’ teve substituto na nova farmacopeia lícita: a cocaína como estimulante, diminuidor do apetite e potencializador da atenção deu lugar às anfetaminas; como descongestionante nasal, ela deu lugar à benzedrina e, como anestésico local, foi substituída pelos fármacos derivados das amino-amidas; o ópio deixou de ser usado como hipnótico para dar lugar aos barbitúricos e outras substâncias; como tranquilizante, ele foi substituído pelos ansiolíticos que provocam uma embriaguez passiva de enorme potencial conformista – gerando uma preguiça indiferente, sem sono ou ampliação da capacidade de reflexão cujos efeitos são baseados na diminuição do oxigênio enviado ao cérebro. Essa se tornou a droga evasiva honrada da contemporaneidade. Estas drogas, em geral, são mais tóxicas, perigosas (menor distância da dose ideal e dose letal) e com piores efeitos colaterais que os antigos entorpecentes.

Um dos piores efeitos dessa mudança foi a diminuição do acesso aos antálgicos. Os sonhos dos missionários puritanos do início do século XX em proibir o ópio e seus derivados às pessoas em geral foi finalmente efetivado. A dor enobrece a alma! Em 1982, foi fundada a *Sociedade Brasileira para Estudos da Dor* por médicos anesthesiologistas com objetivo de denunciar o estado da analgesia no país e a situação crítica que vive a maioria

da população. O ponto fundamental de tal agremiação não é, obviamente, retomar a autonomia das pessoas. Para esses médicos, a questão da dor na sociedade continua sendo uma questão de reserva de mercado, ou melhor, de ampliação dele a partir da defesa do alargamento do tema da analgesia na formação médica e da maior presença de profissionais desse tipo nos serviços de saúde em geral. A heteronomia sobre a dor é a principal e mais cruel consequência do proibicionismo contemporâneo. Para proteger uma minoria do vício iatrogênico em opiáceos se condenou toda a sociedade a viver e a conviver com a dor.

A transformação da população em objeto mercadológico por parte de agentes técnicos (classe terapêutica, principalmente os médicos) com fins de ampliar a concentração de capital do complexo industrial responsável pelos equipamentos e insumos teve como resultado o maior consumo de fármacos e a heteronomia sobre a dor. O consumo de drogas e os estados alterados de consciência não se reduzem aos aspectos terapêuticos – ao moldar a psique, elas transformam as pessoas, possuindo assim enormes implicações antropológicas. Essa configuração do mercado criou, de fato, uma classe privilegiada – os médicos – e instrumentos para acumulação de capital, porém não foi capaz de reduzir as pessoas a meros objetos. Elas seguem sendo agentes e, por isso, não são poucas aquelas que passam às fileiras da dissidência farmacológica – alimentando, assim, o mercado ilícito.

Foi mostrado que, desde o final dos anos de 1940, a *Cannabis* se espalhava pelos centros urbanos do Brasil, deixando de ser uma cultura farmacológica regional (norte e nordeste) para se tornar nacional. A partir dos anos de 1960, veremos uma diversificação dos produtos oferecidos pelo mercado ilícito. Dentre eles, os que geraram maior pânico depois da *Cannabis* foram os fármacos visionários, principalmente o LSD. Não foram encontrados estudos contemporâneos sobre o uso de fármacos visionários no contexto brasileiro, mas nem por isso deixarei de fazer algumas observações sobre esse fenômeno – apontando possibilidades de pesquisas.

O primeiro fármaco desse tipo isolado pela ciência ocidental foi a *mescalina*, derivado do cacto peiote, descoberto por L. Lewin em 1888. Ele foi usado na forma de extrato em experiências voltadas a estimular a criatividade, a percepção e as emoções. Os experimentos com essa substância se reduziram a poucas pessoas, em geral intelectuais, artistas e boêmios, e não tardou que tais práticas fossem criticadas pelo *British Medical Journal* em 1897. Desde cedo é possível identificar a ideia de que tal psicoativo era capaz de abrir outras realidades e novas sensibilidades.²⁰²

202 ESCOHOTADO, Antonio. **Historia General de las Drogas:** incluyendo el apéndice Fenomenologia de las Drogas. Madrid: Espasa Calpe, 2008.

Se a mescalina teve seu uso restrito, o mesmo não aconteceu com outra substância visionária que surgiu no final dos anos de 1930: o ácido lisérgico ou LSD. Isolado em fins dos anos 1930, foi utilizado nas duas décadas seguintes na psiquiatria e, mesmo, para o tratamento do alcoolismo. É uma trajetória que foi igual à de outros fármacos: inicia como uma nova medicina com potenciais terapêuticos, porém os usos começam a escapar do controle médico e estimular novas formas de consumo e de sociabilidade que acabam gerando alarde e intervenção pública.

No Brasil, uma das principais obras sobre o assunto foi escrita pelo juiz Geraldo Gomes, intitulada *Os alucinógenos e o direito (L.S.D.)*.²⁰³ Publicada em 1972, trouxe na íntegra o estudo realizado por esse magistrado para sustentar a primeira sentença de tráfico de LSD no Brasil. Percebe-se o grande esforço argumentativo para convencer os leitores das várias restrições que esse tipo de fármaco possui no interior da classe médica, como forma de criticar aqueles que a utilizam na terapêutica. Essas considerações pareciam ser direcionadas especialmente para o Dr. Edmundo Maia, que supostamente faria uso terapêutico de LSD no Brasil – fato que precisa ser investigado.

O uso não médico do LSD, por sua vez, se populariza nos EUA ao longo dos anos de 1950 e 1960.

203 GOMES, Geraldo. *Os alucinógenos e o direito: (L.S.D.)*. São Paulo: Editora Juriscredi, 1972.

Teve início em alguns círculos cultos acompanhados de uma forte crítica à sociedade industrial e às concepções de mundo modernas baseadas no dualismo platônico e cartesiano, que deformariam a percepção de mundo e a própria ciência, conforme a filosofia vinha mostrando desde Heidegger. A tecnologia, ao invés de libertar o homem, como previu Marx, era responsável pela sua escravização. Essa era a base de uma crítica filosófica, sociológica e antropológica que ganhava espaço nas principais universidades estadunidenses (Califórnia, Princeton, Chicago, Yale e Harvard, entre outras), inspirando intelectuais como Herbert Marcuse, Norman Oliver Brown, Theodore Roszak, Timothy Leary e outros.

São várias as histórias políticas tradicionais que creditam a disseminação do LSD a Timothy Leary e à sua falta de ética na condução das pesquisas com esse fármaco. Foi, justamente, um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que foi responsável por persegui-lo e expulsá-lo de Harvard. Mais do que as ações de líderes inconsequentes ou efeito das travessuras populares, optou-se por tentar entender quais são os sentidos que essas substâncias possuem para aquelas pessoas que as consomem e, principalmente, de que forma elas interagem com os padrões sociais aceitos em dada sociedade.

Observamos, no primeiro capítulo, como os cristãos perseguiam as práticas culturais que usavam substâncias do

tipo visionário-alucinógenas. O LSD era uma substância praticamente sem custos e que popularizava a experiência xamânica/extática. Isso representava um risco enorme para as religiões tradicionais, uma vez que a experiência mística deixaria de ser privilégio daqueles iniciados em tortuosos cerimoniais que incluem rezas, jejuns, meditações e outros exercícios e práticas. O polêmico Aldous Huxley resume bem o desafio que essas substâncias representavam para as igrejas tradicionais.

Os futuros alteradores da mente, poderosos mas quase sem custo, vão mudar completamente tudo isto. Em vez de raras, as experiências pré-místicas e místicas vão-se tornar comuns. O que era antes o privilégio espiritual de poucos tornar-se-á acessível a muitos. Para os ministros das religiões organizadas do mundo, isto vai fazer surgir vários problemas sem precedentes. Para a maioria das pessoas, a religião sempre foi uma questão de símbolos tradicionais e sua própria reação emocional, intelectual e ética a esses símbolos. Para os homens e mulheres que tiverem uma experiência direta de autotranscendência para o Outro Mundo da mente de visão e união com a natureza das coisas, uma religião de meros símbolos não tem chance de ser muito satisfatória. A leitura atenta de uma página de um livro de culinária, mesmo que otimamente escrito, não substitui o jantar²⁰⁴.

204 HUXLEY, Aldous Moksha. **Textos sobre Psicodélicos e a Experiência Visionária (1931-1963)**. Rio de Janeiro: Globo, 1983, p.125.

Os usos do LSD afetavam os valores religiosos em seu aspecto mais fundante, porém, além disso, carregavam consigo diferentes formas de sociabilidade, movidas pela música, pela arte, pelas trocas públicas de afeto que desafiavam os valores dominantes. De forma difusa, várias bandeiras eram levantadas, como o retorno à vida rural, a crítica ao industrialismo, a defesa do meio ambiente, a construção de uma psiquiatria humana, entre outras. Esse movimento pode ser caracterizado como uma espécie de individualismo pagão que significava o abandono simultâneo de ideais burgueses e proletários, com especial atração sobre a juventude. O ápice desse movimento ocorreu no *Woodstock Music & Art Fair*, em 1969. A vitória de Nixon e a famosa declaração de guerra às drogas, em 1971, se explicam pela reação da América branca, puritana e que se encontrava impotente frente ao avanço do movimento contracultural.

O movimento contracultural teve implicações importantes para as artes, particularmente a música²⁰⁵, porém ainda não existem trabalhos que abordem especificamente o uso de drogas. O livro *Camaradas caretas: drogas e a esquerda no Brasil*, escrito por Júlio Delmanto, mostra que existia uma rejeição da esquerda tradicional aos seus princípios – aqueles e aquelas que

205 DINIZ, Sheyla Castro. Nuvem cigana. **Dissertação**, Universidade Estadual de Campinas / Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP, 2012.

se influenciavam pela contracultura eram taxados de *desbundados* e *desbundadas*²⁰⁶. O magistrado Geraldo Gomes ficava indignado com a abordagem dada ao LSD por alguns órgãos da imprensa brasileira. Os

meios de comunicação, – imprensa falada, escrita e televisionada – têm dado enorme ênfase ao problema dos tóxicos, e, de especial modo, à novidade do século, o LSD-25, ora no seu leal combate, mas, não raras vezes, na sua subtil, solerte e discreta apologia, que cala fundo nos espíritos menos críticos ou despreparados²⁰⁷.

Esses apologistas seriam “na sua larga maioria elementos frustrados e que inclusive já se deram ao experimento”²⁰⁸, e, então, indignos para fazerem considerações sobre o tema. É relevante, entretanto, que apenas nos meses iniciais do ano de 1970 o magistrado tenha recolhido mais de uma dezena de reportagens sobre o LSD em diferentes jornais e revistas, incluindo *Folha de São Paulo*, *Playboy*, *Ele e Ela*, *Manchete*, *O Estado de São Paulo* e outros. Assim como a questão do uso médico, a presença do tema nos principais veículos culturais da época é um ponto que precisa de melhor investigação.

206 DELMANTO, Júlio. *Camaradas Caretas. Dissertação*, Universidade de São Paulo / Programa de Pós-Graduação em História Social, São Paulo, 2013.

207 GOMES, Geraldo. *Os alucinógenos e o direito: (L.S.D)*. São Paulo: Juriscredi, 1972. p. 59.

208 Idem, p. 60.

Os desafios filosóficos e morais colocados pelo LSD estão bem claros na obra do magistrado. Segundo ele, os usuários dessas substâncias relatam encontrar a “GRANDE VERDADE”²⁰⁹, que não passaria de “uma manifestação ilusória”²¹⁰. Aqueles que consideram essas substâncias adequadas às “experiências de fundo filosófico, religioso, místico”,²¹¹ como Aldous Huxley, apenas fazem “uma pertinaz e inconcebível apologia da droga”²¹². Para contrastar os apologistas, o magistrado recorria a Ivan Petrovich Pavlov, que ganhou o prêmio Nobel em 1904, cuja teoria

dos processos mentais complexos tem sua ênfase na experiência objetiva, e não na subjetividade da psicologia tradicional e no dualismo corpo-alma, supostamente inerente a ela [...]. No entanto o conhecimento faz-se através de uma assimilação vital do sujeito cognoscente com o objeto conhecido, podendo ser sensitivo ou intelectual. Mas até hoje ainda não se conseguiu desmoralizar os velhos conceitos aristotélicos-tomistas do ‘nihil est in intellectu quod prius non furit in sensu’. Nada está na inteligência do homem por primeiro não tenha passado pelos seus sentidos²¹³.

209 Idem, p. 56. Caixa alta no original.

210 Idem.

211 Idem.

212 Idem, p. 57.

213 Idem.

A predileção em matéria filosófica do autor não está em discussão, tão pouco se nega os avanços tecnológicos obtidos em razão das premissas epistemológicas da racionalidade aristotélica e kantiana. Importante destacar, entretanto, que a experiência com esse tipo de fármaco parece auxiliar na compreensão de outra epistemologia que tem como ponto de partida a experiência subjetiva de sujeitos concretos e não conceitos pré-definidos. O magistrado também não deixa de destacar que a disseminação do uso da *Cannabis* e do LSD entre os *hippies* é um

exótico movimento [...], que infelizmente graça em certos 'meios artísticos' e inclusive com pomposas denominações, como 'FILOSOFIA hippie', onde se confundem conceitos, com erotismo com sexualismos e outros exotismos. Pelo diagnóstico acima reproduzido faz-se aberta campanha de corrupção dos costumes²¹⁴.

Nas terapias desenvolvidas nas décadas de 1940 e 1950, o LSD não era associado a uma maior performance sexual, embora a psicologia o utilizasse no tratamento da frigidez, da timidez, das inibições e nas relações sexuais pobres. O discurso proibicionista, todavia, passou a enfatizar que seus efeitos tiram a noção de realidade, servindo

²¹⁴ Idem, p. 74. Caixa alta no original.

de pretexto para orgias. É preciso, ademais, distinguir os efeitos dos fármacos das orientações da contracultura em matéria de sexualidade. Existia, nitidamente, uma postura pagã que não condenava os prazeres do corpo. Essa cultura específica, em matéria sexual, tinha como princípio básico o não estabelecimento de relações afetivas com alguém sem antes comprovar compatibilidade no contato sexual, costume que acabou se arraigando, posteriormente, na maior parte das sociedades ocidentais como modelo de racionalidade. Os anticoncepcionais deram a base material para essa nova atitude diante do sexo – para a tristeza de setores cristãos puritanos que pretendiam reduzir a mulher às funções domésticas e reprodutivas.

Ao lado da *Cannabis* e do LSD, drogas que podem ser caracterizadas como visionárias, também entraria em pauta a cocaína – dessa vez desassociada dos usos terapêuticos. A indústria legal da cocaína, que encontrou obstáculos terríveis depois da Segunda Guerra, passou por um período de readaptação para se tornar uma vigorosa empresa ilícita. Embora sejam vários os exemplos de que pequeno comércio ilícito exista desde as primeiras proibições do século XX, é possível verificar que o fim da indústria legal fortaleceu grupos contrabandistas em vários países sul-americanos. No Brasil, o Rio de Janeiro e São Paulo se tornaram uma cena de consumo vigorosa a partir dos anos de 1960, consolidando o país como de

trânsito aos mercados mais ricos dos EUA e da Europa. A cocaína poderia entrar pelo Rio Grande do Sul por meio da Argentina. Buenos Aires tinha uma longa tradição de consumo e algumas regiões, como Salta e Tucumán, são geograficamente e culturalmente ligadas à Bolívia, possuindo comunidades tradicionais de consumo de coca.²¹⁵ Assim como a questão dos fármacos visionários, faltam estudos que abordem a consolidação do mercado ilícito da coca e seus derivados no Brasil.

O comércio lícito da cocaína teve uma importante contribuição peruana, em fins do século XIX e início do XX, graças ao desenvolvimento da tecnologia da cocaína crua. Esse sulfato, para se transformar em cocaína pura, precisa ser lavado com uma série de substâncias altamente voláteis, como o éter e a acetona. Os controles crescentes instituídos sobre esses agentes químicos capazes de transformar a cocaína crua em pura passaram a elevar custo da produção de cocaína e a motivar os fabricantes a elaborar outro produto que os dispensassem desse oneroso custo. Esse fator, somado à adição de grandes quantidades de bicarbonato de sódio, que aumenta o peso do produto, levou ao lançamento do *crack* como uma nova droga recreativa pelo mercado ilícito. Ele é um produto impuro que não pode ser administrado por via intravenosa ou intramuscular, tampouco por via nasal ou digestiva,

215 GOOTENBERG, Paul. **Andean Cocaine: The Making of a Global Drug**. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2008.

fazendo com que seu uso seja restrito aos cigarros, às pipas e a outras formas de emprego pulmonar. O crack, ao contrário de outras drogas ilícitas que foram inicialmente projetadas como medicinais, nasceu diretamente do produtor ilícito como resultado da proibição.

A *Cannabis*, o LSD, a cocaína e o crack são os produtos que, de maneira geral, dominam o mercado ilícito até hoje, embora exista também o *estasy*, *Nbome* e muitas outras. Mais do que contar a história particular de cada uma delas, parece mais importante salientar que também os fármacos ilícitos passaram a apresentar duas características fundamentais: a tendência em se constituírem em uma polifarmácia e o artificialismo.

O termo *cocaína*, por exemplo, cada vez mais deixa de se referir a um fármaco para designar um conjunto de substâncias dentro do qual somente a menor parte é a cocaína propriamente dita. Os produtos oferecidos pelo tráfico ilícito com essa denominação incluem vermicidas, anestésicos locais vendidos pela indústria legal, bicarbonato de sódio, cafeína, teobromina, entre outras substâncias. As técnicas de adulteração variam de acordo com o local, a remessa de produto e os vendedores. Embora ainda hoje se internem pessoas com o diagnóstico de cocainomania, pouquíssima quantidade dessa substância é encontrada no produto oferecido pelo mercado ilícito com essa denominação.

O termo *LSD* é outro exemplo de um termo que deixou de ser uma referência a um fármaco. Em geral, os produtos vendidos sob essa denominação são análogos produzidos em laboratórios caseiros incapazes de precisar o produto exato que é colocado no mercado. Pequenas alterações nas moléculas podem provocar grandes mudanças nos efeitos fisiológicos. Os produtos lançados no mercado ilícito, produzidos em laboratórios precários, não possuem estabilidade. Por isso é cada vez mais difícil falar em LSD em termos estritamente farmacológicos, e sim em drogas de desenho ou *designer drugs*. Graças a esse fenômeno teríamos entrado, a partir dos anos de 1980, na “Era do Sucedâneo”, como sugere Antônio Escohotado.

Essas são as características do mercado ilícito de psicofármacos que crescerá durante o final do século XX e início do século XXI. O olhar retrospectivo mostra uma política e um padrão de consumo bastante distintos daquele do início do século por dois motivos: 1º. A medicina, que se colocava como elemento de racionalização do consumo com o discurso crítico ao livre arbítrio e à ganância das empresas, modificou seu papel ao se associar ao complexo industrial da saúde e se tornar instrumento de ampliação da dieta farmacológica; 2º. As mudanças normativas e institucionais que são baseadas na heteronomia em matéria de administração das enfermidades, do ânimo e da consciência criaram um contexto favorável ao

desenvolvimento da economia ilícita movida pela dissidência farmacológica – que gerou enorme custo social pela violência associada e pela insegurança no consumo (intoxicações). Existem diferenças importantes que nos obrigam a falar de vários tipos de proibicionismo, de forma a delimitá-los e compreendê-los em suas historicidades e racionalidades.

Conforme procurei demonstrar aqui, o controle público ou a intenção dele em controlar a circulação de fármacos e inebriantes existia desde a época da América portuguesa. No século XIX e na primeira metade do século XX existia o enraizamento de uma mentalidade liberal que impedia às classes terapêuticas oficiais regularem a dieta farmacológica da população. Ao longo do século XX se fortalece uma biopolítica que impõe uma heteronomia dos estados de consciência voltada à acumulação de capital. Os anos de ouro dessa lógica ocorreram durante os anos de 1960 e 1970, quando a ditadura civil-militar despejava toda a poupança da classe trabalhadora para equipar modernos hospitais a fundo perdido. A saúde se torna um bem difícil de atingir, artigo de diferenciação social.

A autonomia de uma população dificilmente é controlável somente com mecanismos jurídico-políticos e disciplinares. Em pouco tempo começam a surgir fenômenos sociais que colocam desafios para a política pública vigente.

O primeiro desses fenômenos se refere ao fim dos conflitos entre governo brasileiro, indústria farmacêutica nacional e a internacional, bem como ao esgotamento tecnológico dos centros industriais. Vimos, anteriormente, que a ditadura civil-militar adotou uma política de enfrentamento com a indústria farmacêutica depois que a crise inflacionária e cambial alcançou seu auge na década de 1980. A política adotada se baseou em duas iniciativas: o congelamento dos preços e o não reconhecimento do direito de patente. Com a transição pactuada para a democracia, foi lançada uma nova política para o setor com a permissão para que o preço dos medicamentos aumentasse, assim como abrir discussões sobre o direito de patentes: em 1991, foi protocolado no Congresso o projeto para regulamentar essa questão; em 1994, o Brasil adere ao acordo internacional de reconhecimento de patentes, que é um dos fundamentos da Organização Mundial do Comércio. A partir de então foi viabilizada a cobrança de *royalties* sobre os produtos patenteados; em 1996, foi aprovada a Lei n.º 9.279, de 14 de maio, que reconhece o direito de patentes, entrando em vigor no ano seguinte.

Essa lei foi importante porque permitia ao Brasil a constituição de uma indústria nacional de produtos genéricos, viabilizada com a Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Essa lei atendia a uma solicitação dos movimentos sociais que viam nesse tipo de iniciativa uma

forma de fortalecer a indústria nacional, trazendo soberania para esse setor. Em 2007, o mercado de medicamentos genéricos já correspondia a algo em torno de 14% do total. Apesar da tendência de crescimento verificada, esse tipo de indústria ainda é extremamente dependente da importação de farmoquímicos – em 2007, entre oitenta e noventa por cento da matéria-prima precisavam ser importadas da Índia ou da China. Esse tipo de regra que classifica os remédios em patenteados, genéricos e similares existe nos EUA desde a década de 1960. Outra importante normativa para adequar o país ao modelo estadunidense foi a Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, criando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Ela foi planejada a partir de uma adaptação “do modelo internacional da Agência norte-americana FDA”²¹⁶.

A superação das divergências entre governo, indústria nacional e internacional foi fundamental para o início de um novo momento de cooperação entre todas essas partes. Em 2002, foi fundada a *Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica*, que reúne as principais empresas do setor, responsáveis por 98% do faturamento total. Esse acordo permite o crescimento da participação da indústria nacional no mercado, pois existem grandes possibilidades abertas na produção de genéricos e similares, e garante

216 BUENO, Eduardo; TAITELBAUM, Paula. **Vendendo Saúde**: história da propaganda de medicamentos no Brasil. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 200, p.143.

os lucros pelos novos produtos inseridos pelas indústrias estrangeiras que são os polos de desenvolvimento do setor, garantidas pela lei de patentes.

A questão é que esse acordo pressupõe a existência de um fluxo de novas drogas para serem introduzidas, e isso não está mais ocorrendo. Nos últimos cinquenta anos percebe-se uma diminuição de novos compostos lançados no mercado, pois não existem mais protótipos moleculares a serem explorados como ocorria em meados do século XX. É a natureza que inspira a farmacologia. Existe grande expectativa de que o genoma humano, uma vez conhecido, possa dar novos modelos moleculares a serem explorados, porém os cientistas estão falhando no desenvolvimento de métodos capazes de realizar esse projeto²¹⁷.

É a partir dessa dificuldade de criar novos produtos que a indústria legal procura entrar em um campo até então reservado ao comércio ilícito: as chamadas ‘drogas cosméticas’. Elas são estimulantes desenvolvidos para ampliar a performance laborativa, memorativa ou atenta. Remédios como Provigil®, Modiodal®, Alartec® prometem ser mais efetivos que a Ritalina® ou os ilícitos, com menor potencial aditivo. Essas drogas se situam na fronteira entre as doenças (*disease*) e a enfermidade (*illness*). Esse tipo de medicamento tem gerado interesse dos exércitos em diferentes países, além de estar na mira dos esportes

217 SNEADER, Walter. **Drug Discovery: A History**. West Sussex: John Wiley and Sons, 2005.

de alto rendimento. “Não são poucas as controvérsias a respeito de drogas que podem ser comparadas tanto à ilícita cocaína como a uma inofensiva taça de café ou um elixir milagroso”²¹⁸. São remédios que estão localizados na fronteira do uso médico legítimo e a busca por otimização das funções com uso de estimulantes.

Outras drogas que se mostram promissoras são as derivadas da *Cannabis*. Ao longo da história, a *Cannabis* não teve suporte industrial que defendesse esse fármaco das investidas de controle – por isso ela esteve mais vulnerável à restrição legal. Essa situação, entretanto, vem se modificando com o crescimento da indústria da *Cannabis* medicinal.²¹⁹ Ela teve seu uso medicinal rejeitado em meados dos anos de 1930 pela dificuldade de obter amostra de seus princípios ativos. Tal situação levou essa droga a um ostracismo da ciência médica oficial até os anos de 1960 quando, finalmente, começa a identificação de seus princípios ativos. Gradativamente esses princípios são isolados e transformados em medicinas patenteadas segundo os critérios mercadológicos. Nos anos de 1990, esses estudos passaram a ter interesse renovado depois que foi reconhecido um sistema canabinoide endógeno no

218 CALIMAN, Luciana. Drogas de Desempenho: a Ritalina e o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). In: ALARCON, Sergio (Org.). Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, p.233.

219 COURTWRIGHT, David T. **Forces of Habit**: Drugs and the making of the modern world. Cambridge / Massachusetts / London: Harvard University Press, 2002.

cérebro ativado por alguns de seus princípios ativos. Os usos e os controles sobre a *Cannabis* e seus derivados se tornaram temas importantes na agenda política atual.²²⁰ A permissão para a importação de canabidiol (CDB) ocorreu depois da comoção nacional gerada pelo caso da menina Anny – que foi transformado no documentário *Ilegal: a vida não espera*, lançado em 2014.

Essas substâncias, que se situam na fronteira entre a doença (*disease*) e a enfermidade (*illness*) e são parecidas com aquelas oferecidas pelo mercado ilícito, parecem ser uma alternativa à indústria farmacêutica internacional para superar a dificuldade atual de criar novos fármacos rentáveis. Para ampliar a participação nesse mercado, cada vez mais será necessário prescindir da heteronomia e apostar na autonomia.

O segundo fenômeno relacionado à crise do paradigma proibicionista provém do interior da comunidade científica. A partir dos anos de 1950, o discurso triunfalista e a ideologia do progresso conseguiram impor uma regulamentação que privilegiava os produtos industriais, patenteados e difundidos com apoio da medicina de base biologicista em detrimento dos fitoquímicos, conforme vimos. Paralelamente a isso, entretanto, se desenvolvia o campo da Saúde Pública que, gradativamente, começava a apontar a relação entre

220 ZUARDI, Antonio Waldo. History of “cannabi” as a medicine: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 2, p. 153–157, 2006.

determinados padrões de consumo de psicofármacos e o desenvolvimento de morbidades.

Essas ideias foram aplicadas primeiramente ao tabaco. Vimos que ele foi uma das grandes drogas que, pelo seu caráter altamente viciante, se disseminou pelo mundo inteiro no espaço de um século. Ele entrou na cultura geral e se massificou na sociedade industrial depois que passou a ser vendido na forma de cigarro – que tomou a forma de oligopólios no começo do século XX. No final da Segunda Guerra ele tinha se tornado onipresente, sendo possível fumar em praticamente qualquer ambiente. Faltam pesquisas que mostrem como ele se tornou um produto de massa no Brasil. O fato é que, ao mesmo tempo em que ocorreu essa difusão, também se confirmavam os estudos comprovando que o hábito do cigarro provoca câncer e outras dezenas de doenças, fato que levou parte da classe médica e dos movimentos sociais a questionar a tolerância com esse hábito tão danoso. No Brasil, é possível perceber que os movimentos que questionavam essa permissividade ganharam força na década de 1970, quando começaram os esforços para que o poder público ampliasse os impostos e restringisse o consumo. Gradativamente, o tabaco deixou de pertencer à cultura geral e novamente passou a ser compreendido como uma droga – voltando a se constituir em uma subcultura.

Esse movimento foi importante porque associou uma droga lícita aos parâmetros que passaram a ser considerados indesejados para a população em geral. A partir dos anos de 1970, a saúde pública e os cuidados primários tomaram um lugar de destaque na OMS. Esses desenvolvimentos foram possíveis por causa dos entrecruzamentos de várias epistemologias: a epidemiologia que tentava compreender os riscos gerados pelo consumo sobre a “população inteira”; a intersecção entre psiquiatria e epidemiologia; a crescente compreensão de que o uso de substâncias estava relacionado com a saúde mental da população²²¹.

Todos esses desenvolvimentos levaram a uma tentativa, no final dos anos de 1970, de unificar todas as substâncias por meio do conceito de *dependência* que, apesar de vinculado à noção biologicista, foi o precursor de uma mudança que marcaria o final do século XX: a percepção de que todas as drogas e mesmo os prazeres que as dispensam podem ser considerados comportamentos de risco. A linguagem científica que conseguiu criar um padrão universal para a leitura dos efeitos das drogas nasceu do maior diálogo entre a ciência do cérebro (neurologia) e a psicofarmacologia. Os equipamentos capazes de mostrar as mudanças cerebrais evidenciaram que alterações fisiológicas de um abusador de cocaína são similares aos de um adicto de nicotina ou de um jogador compulsivo. A

221 BERRIDGE, Virginia. **Demons**. Oxford: Oxford University Press, 2013.

psicologia e a psiquiatria finalmente se encontravam com a fisiologia e a anatomopatologia, modificando os parâmetros de entendimento das enfermidades psicológicas.

É preciso termos um cuidado com o fetichismo que novas tecnologias provocam; as imagens impressionam e permitem novas e originais interpretações dos fenômenos psicológicos; porém, como outras linguagens científicas, elas também são uma construção social que podem se relacionar com objetivos políticos e econômicos. Assim como ocorre com a leitura biologicista clássica, a leitura neurológica que emerge no final do século XX facilmente pode ignorar os aspectos antropológicos a partir da ênfase nas alterações do formato ‘natural’ do cérebro. Entramos na famosa polêmica sobre o prazer, exposta lá no início do primeiro capítulo. A visão negativa sobre os efeitos do prazer sobre o cérebro tem sustentação em uma percepção cristã que só aceita como legítimo o prazer ligado à reprodução ou à sobrevivência. Esse tipo de leitura que aponta o aspecto ‘natural’ do cérebro também pode ser percebido em livros de divulgação científica publicados no Brasil²²². Tal explicação advoga que o consumo de drogas é algo exógeno à natureza humana e, portanto, que precisa ser repellido a qualquer custo – tomando os problemas relacionados ao seu consumo como um desvio da norma

222 HERCULANO-HOUZEL, Suzana. **Sexo, Drogas, Rock’n’roll ... & Chocolate**: O cérebro e os prazeres da vida cotidiana. Rio de Janeiro: Vieira & Lent Casa Editorial, 2003.

biológica. Ao longo de todo esse livro procurei destacar, contrariamente, que o consumo dessas substâncias é parte integrante da sociedade e, por isso, as medidas relacionadas à sua racionalização precisam ser pensadas a partir de seus aspectos sociais e antropológicos.

No Brasil, o campo da saúde pública tomou conotações particulares. Nos anos de 1950, ela apresentou feições de um projeto preventivista que criticava a formação médica demasiadamente biológica e a centralidade do hospital na terapêutica. Com a consolidação do modelo mercadológico da medicina, que ampliava os custos e restringia o acesso, assim como o agravamento das desigualdades sociais por causa do modelo econômico adotado pela ditadura civil-militar, assistimos à consolidação de uma crítica à condução política na área. Concretizava-se um discurso com foco no direito à saúde, no papel do Estado na promoção desse direito e na ênfase na atenção primária como porta de entrada para o sistema de saúde. No auge da crise econômica dos anos de 1980, criava-se uma aliança social de base democrática que possuía como foco aglutinador das forças políticas as Conferências Nacionais de Saúde. A saúde coletiva é o termo brasileiro utilizado para delimitar esse campo de estudos que sustenta um projeto político de universalização da saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado dessa luta²²³. As críticas à formação biomédica de profissionais

223 NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: uma história recente de um

unicamente voltada para a formação de especialistas e as necessidades do mercado levou a necessidade de alterar a formação médica, promovendo a ascensão do paradigma da integralidade mais adaptado às necessidades básicas de saúde da população.

Essas duas mudanças destacadas acima – uma epistemologia capaz de perceber o uso de drogas e os comportamentos compulsivos a partir de uma única linguagem; a percepção de que os problemas de saúde não se resumem a um desvio biológico e sim correspondem também ao contexto social – foram fundamentais para a emergência de uma nova forma de lidar com os usos abusivos de drogas na sociedade: a Redução de Danos (RD). Os antigos “dependentes”, “adictos” ou “viciados” que eram enxergados como pessoas doentes que deviam ser excluídas do convívio social, por meio da internação ou da prisão, passam a ser definidos como *usuários* de drogas, portadores de direitos que precisam ser observados. Essa nova conceitualização substitui a ideia de uma pessoa passiva que recebe serviços de assistência por outra mais ativa com opção de escolha. Essa nova categoria passa a englobar tanto os consumidores de drogas ilícitas, que passam a ser entendidos como agentes, quanto os(as) consumidores(as) de tabaco, que deixam de gozar de plena inserção na cultura geral para serem entendidos como

passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; BONFIM (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2014, p. 17–37.

adeptos de uma prática que gera riscos. O importante é que, em ambos os casos, as táticas adequadas para lidar com os usos problemáticos sofrem uma sobreposição: é preciso adotar medidas para que o uso dessas substâncias acarrete o menos mal possível ao usuário e à sociedade; a RD se consolida como uma prática terapêutica adequada em uma sociedade que incorpora o diferente²²⁴.

A RD, enquanto tecnologia de intervenção, se sustenta em duas estratégias ou respostas para a situação do uso abusivo de drogas: disponibilização de instrumentos (como as seringas, cachimbos etc.) e de alternativas farmacológicas (metadona como substituto da heroína, remédios para diminuir a vontade de fumar etc.). Essa estratégia ganhou notoriedade com o sucesso obtido na contenção da disseminação do vírus HIV. A previsão de emprego de novos psicofármacos em substituição aos mais danosos abre um campo de apoio na indústria farmacêutica que vê nesses tratamentos uma nova possibilidade de ganhos financeiros. Muita resistência sofreu a adoção dessas políticas, pois a troca de seringas era considerada um péssimo exemplo para a juventude, temendo-se o aumento da “exposição” às drogas. Ela somente foi aceita nos países ocidentais pelo êxito que teve em conter o HIV. Os EUA, por serem mais engajados na guerra às drogas, seriam uma exceção – fato que levou os militantes de RD

224 BERRIDGE, Virginia. **Demons**. Oxford: Oxford University Press, 2013.

a fazerem seus trabalhos na forma de uma guerrilha contra o *status quo*.

No Brasil, os primeiros experimentos com RD também tiveram que ser feitos por meio do enfrentamento à resistência dos setores conservadores ligados ao judiciário. Visando à contenção da propagação do vírus HIV e das hepatites B e C, foi desenvolvido na cidade de Santos, em 1989, o primeiro programa de RD do Brasil que consistia basicamente em fornecer seringas para evitar o seu compartilhamento entre usuários de drogas injetáveis. O Ministério Público do Estado de São Paulo, entretanto, não aceitou tal política por considerá-la apologia ao uso de drogas. Apesar de seu cancelamento, a experiência foi exitosa em seus objetivos e inspirou nova iniciativa na cidade de Salvador, com apoio da Escola de Medicina da Universidade Federal da Bahia, do governo do Estado e da prefeitura. O sucesso dessas iniciativas fez o Ministério da Saúde recomendar a implementação das iniciativas de RD e outras ações contra o vírus HIV em todo o Brasil. Segundo dados oficiais, em 10 anos o número de casos notificados de Aids entre usuários de drogas injetáveis maiores de 13 anos caiu de 29,5%, em 1993, para 13%, em 2003. Ao contrário das alegações difundidas pelos proibicionistas contrários a esse tipo de política, não foi verificado aumento do consumo de drogas injetáveis²²⁵.

225 DUARTE, Paulina do Carmo Arruda et al. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), 2009.

A ascensão da RD como a melhor estratégia para enfrentar os problemas gerados pelo uso abusivo de drogas contrasta com o paradigma psiquiátrico clássico que entendia o dependente como um doente que precisava ser isolado do convívio social para não contaminar os demais. Ela também é diferente do que era defendido por Sir. Humphrey Rolleston, na Inglaterra. Naquela ocasião, a luta era pela autonomia dos médicos em continuar a prescrever narcóticos de forma continuada; a RD, por sua vez, parte do pressuposto de que as pessoas utilizam drogas por conta própria, sem a anuência de um médico. Essa forma pragmática de lidar com os usos abusivos rompe com a heteronomia que caracteriza o proibicionismo como política.

O terceiro e último fenômeno que vem desafiando a política proibicionista provém do campo religioso, com a disseminação dos cultos ayahuasqueiros. Os curandeiros que atuavam nos centros urbanos do Norte com o chá da ayahuasca fazem parte de uma área conhecida como *vegetalismo*. Com o ciclo da borracha e a imigração nordestina ao norte, houve um intenso intercâmbio cultural entre indígenas e caboclos. Nesse cenário ocorreu o desenvolvimento do culto do Santo Daime em uma pequena comunidade, às margens do igarapé Mapiá (Amazonas), composta por cerca de 40 famílias caracterizadas por fortes laços consanguíneos. Entre 1930 e 1970, essa pequena

comunidade manteve-se isolada e estável. O uso de bebida indígena e a temática da cura, algumas vezes buscada por elementos alheios à comunidade, despertavam um imaginário que gerava desconfiança em parte da população. Os líderes comunitários eram acusados de curandeirismo e charlatanismo pela medicina oficial. Também existia um discurso que associava tais práticas à macumba, apontando a presença do racismo – vale lembrar que afrodescendentes também integravam essas famílias²²⁶.

Esse cenário restrito começa a mudar a partir dos anos de 1970, favorecido por um contexto global de descentralização do religioso e de formação de novas organizações permeadas por forte sincretismo. É inserido nesse fenômeno geral que o Santo Daime passou a atrair um novo público em busca de experiências espirituais e possibilidades de cura. Conforme ia se inserindo nos centros urbanos, também passou a atrair

o que poderíamos denominar uma certa esquerda mística. Por esse conceito designamos uma esquerda apolítica, ou seja, pessoas de caráter humanista, antimaterialista e filantrópico, distantes do espírito capitalista de acumulação²²⁷.

226 GOULART, Sandra Lucia. Estigmas de grupos ayahuasqueiros. In: LABATE, Beatriz Caiuby et. all (org). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008, p.251-288.

227 ASSIS, Glauber Loures de; LABATE, Beatriz Caiuby. Dos Igarapés da Amazônia para o outro lado do Atlântico: a expansão e internacionalização do Santo Daime no contexto religioso global. **Religião & Sociedade**, v. 34, n. 2, 2014, p.18.

A expansão dessa religião para os centros urbanos também pode ser entendida como parte de um movimento geral de diáspora das religiões e expressões culturais brasileiras, como a renovação carismática, o espiritismo, a capoeira, as religiões afro-brasileiras e o neopentecostalismo. Nos anos de 1980, os cultos ayahuasqueiros começavam a cruzar as fronteiras nacionais e a se estabelecer em diversos países – enfrentando problemas legais com os setores encarregados do tráfico de drogas. Hoje, existem igrejas reconhecidas em 43 países e em todos os continentes, números que tendem a ser ainda maiores por causa da fluidez dos pontos de encontro e do caráter clandestino em algumas localidades.

Essa expansão das religiões ayahuasqueiras também foi responsável por uma mudança no perfil social dos seus seguidores. Elas passaram a atrair profissionais liberais, artistas e intelectuais, pessoas com o perfil diferente do convencional – provocando mudanças nas relações familiares e de gênero. Muitas pessoas de outras regiões do país e do mundo se interligaram via laços consanguíneos com as comunidades ayahuasqueiras tradicionais. Esse fluxo intenso de pessoas de diversas regiões do mundo transformou a região do Mapiá em uma espécie de ‘Meca’ daimista – um centro de peregrinação internacional, fato que gera movimento na economia local.

Paralelamente a esse crescimento, assistimos também à maior exposição dessa religiosidade pela grande imprensa e a regulamentação governamental. Proibida em 1985, voltou a ser permitida, em 1987, depois que uma comissão enviada pela CFE ao local a considerou uma expressão religiosa legítima. Em 1992 houve uma denúncia de que tal comissão foi parcial e nova comitiva foi enviada para avaliar a questão – reiterando as conclusões da anterior. Em 2004, o governo lançou um Grupo de Trabalho para regulamentar o uso de ayahuasca – dessa vez além de especialistas estavam presentes também os principais grupos ayahuasqueiros. Em 2006, como reflexo dos problemas legais gerados em vários países, o *International Narcotics Control Board* lança comunicado afirmando que nem a bebida, nem as espécies vegetais que lhe dão origem são objeto de controle – embora o DMT, que é seu princípio ativo, esteja proscrito.

A expansão e a legalização dos cultos ayahuasqueiros apresentam diversas questões que precisam ser exploradas, mesmo que brevemente. A primeira é referente à liberdade religiosa. Seriam esses cultos legalizados se eles não usassem a simbologia cristã? O processo de legalização da ayahuasca apresenta várias similaridades com o ocorrido nos EUA com o cacto do peiote. O mesmo tratamento valeria para outras formas de religiosidade? Outra questão importante levantada por esse fenômeno é referente ao uso de substâncias visionárias no tratamento de usos

abusivos de drogas. O entendimento de que o consumidor de drogas é um usuário com direitos pressupõe, também, agência na escolha da dieta farmacológica. Do ponto de vista cultural, lembrando, a abstinência sempre foi uma atitude ética minoritária nas sociedades em geral – a temperança como consumo moderado é a atitude dominante ao longo da história. Os tratamentos tradicionais sobre o uso abusivo de drogas, entretanto, colocam a abstinência como fundamento – fato que ignora a alteração da consciência como necessidade humana básica. Dentro desta perspectiva, as substâncias visionárias têm tido resultados surpreendentemente positivos na recuperação de pessoas que fazem usos abusivos de drogas, seja com a ayahuasca, seja com a ibogaína²²⁸. Embora essas substâncias possam ser relevantes aliadas na construção de um consumo integrado, o mais importante aspecto que leva ao abuso são os contextos sociais nos quais essas pessoas estão inseridas e não as drogas em si. Mesmo que ainda ligados aos símbolos e à ritualística cristã, os cultos ayahuasqueiros pressionam temas como a liberdade religiosa e de pensamento, quebrando o monopólio do vinho como único enteógeno legal.

228 O fenômeno da utilização clínica de ibogaína foi abordado por Bruno Ramos Gomes em apresentação intitulada Fronteiras entre drogas, dependência e cura: uma etnografia clínica do uso de ibogaína para tratamento de dependência de drogas no IV Encontro Nacional Sobre a SócioAntropologia do Uso de Psicoativos, ocorrido na Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo entre 08 e 10 de setembro de 2015 – tema que também tem ganhado espaço na grande mídia.

Todos esses três fenômenos descritos acima – os desenvolvimentos recentes da indústria legal de psicofármacos; os novos paradigmas epistemológicos da saúde; a internacionalização dos cultos ayahuasqueiros – apontam para a necessidade de racionalização das políticas sobre o uso de drogas. Somados a essas questões, há os custos sociais do tráfico ilícito e a demanda crescente por parte da população por maior autonomia, com o fortalecimento dos movimentos sociais e a consolidação das instituições democráticas depois de 1988. No final do século XX e no início do século XXI fortalece-se o questionamento ao proibicionismo como política pública nos países ocidentais. O Brasil dialoga com essas tendências, mas hesita em adotar medidas de racionalidade liberais nesse campo.

CONCLUSÃO

AS DROGAS NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

Ao longo de todo o livro procurei mostrar que as políticas públicas sobre drogas não são uma mera ascensão do punitivismo, uma vez que as leis não podem se resumir a uma área do direito penal. As políticas públicas sobre drogas possuem uma intrínseca relação com as formas como se concebem os sistemas de saúde e, principalmente, como são entendidas as formas adequadas de acesso aos fármacos por parte da população. O punitivismo atual é simultâneo à monopolização do ato terapêutico pela classe médica – que se tornou uma categoria privilegiada no interior da classe terapêutica, sustentada por uma parceria realizada com o complexo industrial dos insumos e dos equipamentos hospitalares. A característica fundamental que une políticas tão diversas ao longo de mais de um século no conceito de proibicionismo é a crescente heteronomia da população na gestão da dieta psicoativa – fato que resultou no enorme crescimento da dissidência farmacológica.

No início do século XXI se percebe a ascensão dos movimentos sociais que lutam pela descriminalização do uso de drogas, principalmente da *Cannabis*, que é a mais popular das drogas ilícitas. São hoje dezenas de coletivos

e movimentos políticos espalhados por todos os Estados brasileiros e que têm na *Marcha da Maconha*, ocorrida todo o ano entre março e maio, seu ponto de encontro e de exposição máxima. Esse movimento nasceu timidamente, em São Paulo e no Rio de Janeiro, no começo dos anos 2000, porém foi ganhando força com o passar dos anos até alcançar projeção nacional. Hoje, a maioria dos partidos identificados com a esquerda (PSOL, PCB e PSTU) se abriu para discutir a descriminalização. Graças à onda liberal que toma conta dos países do centro do capitalismo, também os grandes conglomerados de imprensa (Rede Globo, Folha de São Paulo, Estado de São Paulo, entre outros) têm se colocado em defesa da legalização. Essas iniciativas também contam com apoio de personalidades políticas, como o ex-presidente Fernando Henrique Cardoso (PSDB).

Também no início do século XXI, mais precisamente no ano de 2001, assistimos à promulgação da Lei 10.216, de 6 de abril, que, embora não esteja diretamente vinculada à política de drogas, foi importante para a desarticulação das práticas terapêuticas tradicionais no campo da psiquiatria, proibindo os manicômios. Desde essa Lei, a saúde mental da população ficou vinculada às Unidades Básicas de Saúde, ao Programa de Saúde da Família e às novas instituições especializadas, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o CAPS-Álcool e Drogas (CAPS-AD). Essa nova normativa foi resultado

das lutas do movimento pela reforma psiquiátrica, no sentido de questionar a instituição asilar e a reivindicar um tratamento mais humano para as pessoas que sofriam problemas dessa natureza desde os anos de 1970. Está, portanto, inserida no contexto mais amplo dos anseios sociais que levaram à formação do SUS.

Apesar dessa importante mudança de perspectiva frente ao problema do uso abusivo de drogas, que pressupõe uma perspectiva descentralizada e comunitária de enfrentamento dessa questão, optei por escolher o ano de 2006 como marco para sinalizar a crise do proibicionismo por causa da Lei n.º 11.343, de 23 de agosto desse ano. Ela procurou apresentar algumas mudanças conceituais em relação ao que vinha se fazendo, pois os órgãos e as políticas deixaram de ser “Antidrogas” e se tornaram “Sobre Drogas” a partir de então. Pelo menos teoricamente, reconhecia-se que o consumo de psicofármacos não é algo externo à sociedade. Outra mudança importante que surgiu com essa nova normativa foi a substituição das penas de privação de liberdade por outras nos casos referentes ao consumo, sobretudo, devido ao colapso do sistema prisional.

Ao trazer todos esses fenômenos que levaram a um questionamento ao modelo punitivista desenhado institucionalmente a partir de 1964, conforme foi visto na seção anterior, não se pretende assinalar que o caminho para a superação das políticas proibicionistas seja um caminho

inevitável. A lei de 2006, já destacada, é um exemplo do arraigamento do proibicionismo em nossa sociedade. A ausência de um critério objetivo que separe as figuras penais do traficante e do usuário levou à maior caracterização das prisões como tráfico – mantendo a tendência de alta das prisões por esse tipo de infração. Essa lei serviu apenas para reforçar o tratamento diferenciado, pois os jovens, brancos e das classes mais altas passaram a ser caracterizados como usuários com penas leves, enquanto os negros, pobres e de periferia continuaram a ser enviados para os presídios.

No que se refere à questão do tratamento, a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, não acabou com o prestígio que as práticas tradicionais de internação possuem no campo do tratamento de uso abusivo de drogas. São vários os exemplos, ao longo da história, da resistência da classe médica às mudanças epistemológicas. Nem sempre novas epistemologias se traduzem em novas práticas. É um longo e tortuoso caminho que envolve conflitos, negociações, avanços e retrocessos. Os espaços tradicionais de internação continuam fortes no campo das drogas – profissionais ligados às clínicas de desintoxicação estão organizados nacionalmente²²⁹ e ocupam generosos espaços na grande imprensa toda vez em que o tema é abordado – situação que reforça a legitimidade desse complexo terapêutico muito rentável. Clínicas privadas de desintoxicação,

229 Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas. Disponível em: <<http://www.abead.com.br/site/>>. Último acesso em: 03 de novembro de 2015.

algumas de alto padrão²³⁰, seguem como referência técnica para grande parcela da população. A Lei de 2001, citada acima, manteve a autoridade médica (artigo 8) e judiciária (artigo 9) na definição da internação mesmo contra a vontade das pessoas.

Mais do que uma mera concessão às clínicas privadas, as terapêuticas sobre uso abusivo de drogas que pressupõem a exclusão das pessoas do convívio social com imposição de abstinência, de acordo com o modelo tradicional, são reconhecidas e financiadas pelo poder público. O Decreto n.º 7.179, de 20 de maio de 2010, prevê destinação de vultosas quantias para instituições dispostas a acolher usuários de drogas, principalmente do *crack*, nas denominadas “comunidades terapêuticas”²³¹. Ao invés de fortalecer o SUS por meio dos CAPS e CAPS-AD, o dinheiro público é utilizado para financiar as tais comunidades terapêuticas que, muitas vezes, além de atentarem contra os princípios básicos que sustentam a luta antimanicomial, ainda são usadas para fins de doutrinação religiosa – em claro atentado contra o caráter laico do Estado.

230 Um exemplo desse tipo de instituição é a Villa Janus. Disponível em: <<http://villajanus.com.br/>>. Último acesso em: 01 de novembro de 2015.

231 São vários os problemas advindos dessa opção política. O primeiro e mais evidente é reiterar um modelo terapêutico incompatível com os preceitos antimanicomiais. Como era de se esperar, várias dessas instituições atentam contra os direitos humanos dos internos, conforme demonstrado pelo **Relatório de Inspeção em Comunidades Terapêuticas Financiadas pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro** em 2013.

O caráter ambíguo das políticas públicas nesse campo pode ser verificado nos limites encontrados para a consolidação da visão da saúde como um direito. O sistema de produção dos serviços médicos, que intermedeia os recursos humanos e técnicos disponíveis e as necessidades e demandas da população, engloba estabelecimentos públicos, privados e sistemas de seguridade social. O SUS, que parte de uma perspectiva universalista e humana, é obrigado a coexistir com um sistema privado fundado na perspectiva biologicista e mercadológica – criando mais uma vez condições para o tratamento diferenciado segundo as classes sociais. O consumo de psicofármacos nesse sistema acaba subordinado à lógica do capital, pois a centralização do ato terapêutico na classe médica cria uma barreira que impede a formação de uma cultura farmacológica calcada na autonomia e na percepção da saúde como um direito.

Estamos vivendo um momento onde a dissidência farmacológica assumiu enormes proporções, colocando em crise as percepções heteronômicas que sustentam as políticas proibicionistas construídas ao longo do século XX. Essa crise, entretanto, não significa a construção lógica de um sistema voltando à gestão dos usos. O Brasil, particularmente, tem uma tradição religiosa e conservadora muito grande – fato que tem criado fortes resistências às mudanças e nos aproximado dos países

islâmicos e orientais mais rígidos com as normas sociais. Esse conservadorismo é ainda amparado pelos interesses do complexo industrial que transforma o direito à saúde em mercadoria, ampliando as formas de expropriação da população. Por causa dessas poderosas forças políticas não parece evidente que estamos caminhando para a racionalização dos controles e construção de uma cultura farmacológica emancipatória, apesar da crise do modelo proibicionista de políticas de drogas.

REFERÊNCIAS

FONTES PRIMÁRIAS

1) Fontes médicas, jurisprudenciais e literárias.

ANDRADE, Mario de. **Amar, verbo intransitivo**. São Paulo: Instituto Canal do Livro, 1927

AVÉ-LALLEMANT, Orville. Sociologia do mate no Rio Grande do Sul e Paraná de 1858. In: CASCUDO, Luís da Câmara (Org.). **Antologia da Alimentação no Brasil**. Rio de Janeiro/São Paulo: Livros Técnicos e Científicos, 1977. p. 170-172.

BOTELHO, Adauto; FILHO. **Vícios Sociaes Elegantes**. (Cocaína, ether, diamba, ópio e seus derivados etc) - estudo clínico, médico-legal e prophylatico. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1924.

CHAVES, Luiz Antonio. O Opio, de sua acção sobre a economia animal, e dos casos que reclamão seo uso, precedida de considerações geraes sobre o systema nervoso. **These**, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1839.

CIULLA, Luiz. Intoxicados pela maconha em Pôrto Alegre. In: **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1958, p.377-382.

DOGLIOTTI, Achille Mario. **Tratado de Anestesia**: narcose, anestesia local, regional e espinhal. Rio de Janeiro: Scientifica, 1943.

DÓRIA, Rodrigues. Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício. In: **Maconha**: Coletânea de Trabalhos Brasileiros. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1958, p.01-14.

FARIAS, Roberval Cordeiro. As toxicomanias de após-guerra. In: **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1958, p.147-154.

FERREIRA, Luís Gomes. **Erário Mineral**: Publicado em 1735 em Lisboa Ocidental na oficina de Manuel de Rodrigues. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Fundação João Pinheiro/ Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

FILHO, Alvaro Guimarães. Da hygiene mental e sua importância em nosso meio. **These**, Faculdade de Medicina de São Paulo, 1926.

GOMES, Geraldo. **Os alucinógenos e o direito:** (L.S.D.). São Paulo: Editora Juriscredi, 1972.

GRECO FILHO, Vicente. **Tóxicos:** prevenção e repressão – comentários à Lei 5.726: Tóxicos: prevenção e repressão – comentários à Lei 5.726. São Paulo: Saraiva, 1972.

MORAES, Evaristo de. **Ensaio de patologia social:** vagabundagem, alcoolismo, prostituição e lenocínio. Rio de Janeiro: Leite Ribeiro, 1921.

MOREIRA, A. A. Santos. **Formulario de Therapeutica Infantil:** Revisto e Prefaciado pelo Profº Fernandes Figueira com a collaboração dos drs. Zopyro Goulart, Aleixo de Vasconcellos, Edilberto Campos e J. Marinho. Rio de Janeiro: Editores Besnard Freres, 1920.

RESENDE, Beatriz. **Cocaína:** literatura e outros companheiros de ilusão. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.

RIBAS, Benoni Laurindo; VIANNA. O uso de entorpecentes no Brasil. **Medicina - Cirurgia - Farmácia**, nº 243, p.308-315, 1956.

RODRIGUES, Plínio Martins. Toxicomanias: meios para combatel-as. **These**, Faculdade de Medicina de São Paulo, 1931.

TELLES, Celso. **Comercio Clandestino de Entorpecentes**: Índice Confidencial - uso exclusivo das autoridades policiais. São Paulo: Serviço Gráfico da Secretaria de Segurança Pública, 1961.

2) Arquivo Nacional (AN)

Infração Sanitária de Júlio Cezar de Paula Freitas, 1913.

Infração Sanitária de Carlos Martins Vieira, 1913.

Infração Sanitária de Luiz de Mattos Pimenta, 1913.

3) Hemeroteca Digital Brasileira

A Federação, 13 de maio de 1885.

A Gazeta da Farmácia, maio de 1952.

A Noite, 04 de janeiro de 1913.

A Noite, 11 de abril de 1913.

Annaes Brasilienses de Medicina. Tomo XXV, n.11, 1874.

Correio do Povo, 08 de janeiro de 1959.

Diário do Rio de Janeiro, 27 de março de 1869.

O Apostolo, 05 de julho de 1876.

O Monitor, 11 de janeiro de 1881.

O Propagador das Sciencias Medicas, n. 1, 1827

O Jornal, 19 de agosto de 1920.

O Jornal, 19 de junho de 1920.

4) Legislação

(a) Universidade de Coimbra.

Ordenações Filipinas on-line

(b) Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo

Lei nº 1.596, de 29 de dezembro de 1917.

Decreto nº 2.918, de 9 de abril de 1918.

(c) Câmara dos Deputados.

Constituição do Império do Brasil, 1824.

Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890. (Código Penal)

Constituição dos Estados Unidos do Brasil, 1891.

Decreto nº 2.449, de 1º de fevereiro de 1897.

Decreto nº 1.151, de 5 de janeiro de 1904.

Decreto nº 5.156, de 8 de março de 1904.

Decreto nº 2.861, de 8 de julho de 1914.

Decreto nº 11.481, de 10 de fevereiro de 1915.

Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921.

Decreto nº 20.930, de 11 de janeiro de 1932.

Decreto nº 780, de 28 de abril de 1936.

Decreto nº 891, de 25 de novembro de 1938.

Decreto nº 4.720, de 21 de setembro de 1942.

Decreto nº 20.397, de 14 de janeiro de 1946. (Código Penal)

Diário do Congresso Nacional [seção I], 01 de agosto de 1959, p. 4748.

Decreto nº 53.584, de 21 de fevereiro de 1964.

Lei nº 4.451, de 4 de novembro de 1964.

Decreto nº 159, de 10 de fevereiro de 1967.

Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968.

Decreto nº 385, de 26 de dezembro de 1968.

Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.

Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976.

Decreto nº 85.110, de 2 de setembro de 1980.

Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990.

Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996.

Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.

Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.

Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.

BIBLIOGRAFIA

ADIALA, Júlio César. Drogas, medicina e civilização na Primeira República. **Tese**, Fundação Oswaldo Cruz / Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde, Rio de Janeiro, 2011.

ALENCASTRO, Luiz Felipe. **O trato dos viventes:** formação do Brasil no Atlântico Sul, séculos XVI e XVII. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

ALGRANTI, Leila Mezan. Aguardente de cana e outras aguardentes: por uma história da produção e do consumo de licores na América portuguesa. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique (Orgs.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. Belo Horizonte: PUCMinas, 2005, p.71-92.

ALMEIDA, Eduardo. **As razões da Terapêutica:** Racionalismo e Empirismo na Medicina. Niterói: EDUFF/ART Instituto de Medicina Integral, 2011.

ALVES, Mariana da Hora. A reorganização dos serviços sanitários no Império em 1886: a questão dos vinhos falsificados e dos gêneros alimentícios como um imperativo. XXVIII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – Lugares dos Historiadores: Velhos e Novos Desafios. Florianópolis – SC, **Anais**, 2015.

ARAVANIS, Evangelia. O corpo em evidência nas lutas dos operários gaúchos. **Tese**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Programa de Pós-Graduação em História, Porto Alegre, 2005, p.187.

ASSIS, Glauber Loures de; LABATE, Beatriz Caiuby. Dos Igarapés da Amazônia para o outro lado do Atlântico: a expansão e internacionalização do Santo Daime no contexto religioso global. **Religião & Sociedade**, v. 34, n. 2, p. 11-35, 2014.

BERRIDGE, Virginia. **Demons**: Our changing attitudes to alcohol, tobacco, & drugs. Oxford: Oxford University Press, 2013.

BLOCH, Marc. **Apologia da História ou o ofício do historiador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BRAUDEL, Fernand. **Civilização Material e Capitalismo**: séculos XV-XVIII. Lisboa/Rio de Janeiro: Cosmos, 1970.

BUENO, Eduardo; TAITELBAUM, Paula. **Vendendo Saúde**: história da propaganda de medicamentos no Brasil. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008.

CALIMAN, Luciana. Drogas de Desempenho: a Ritalina e o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). In: ALARCON, Sergio (Org.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, p.223-238.

CARNEIRO, Beatriz H. S. A vertigem dos venenos elegantes. **Dissertação**, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1993.

CARNEIRO, Henrique Soares. O corpo sedento. Bebidas na História do Brasil. In: PRIORE, Mary del.; AMANTINO, Marcia (Orgs.). **História do Corpo no Brasil**. São Paulo: EDUNESP, 2011, p.131-156.

_____. **Bebida, abstinência e temperança**: na história antiga e moderna. São Paulo: SENAC, 2010.

_____. **Amores e sonhos da flora**: afrodisíacos e alucinógenos na botânica e na farmácia. São Paulo: Xamã, 2002.

CARVALHO, Jonatas Carlos de. **Regulamentação e criminalização das drogas no Brasil**: A Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes - 1926-1946. Rio de Janeiro: Editora Multifoco, 2013.

CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil**: Estudo criminológico e dogmático. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

CORRÊA, Mariza. **As ilusões da liberdade**: a escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

COSTA, Raul Max Lucas da. Tensões sociais no consumo de bebidas alcoólicas em Fortaleza (1915-1935). **Dissertação**, Universidade Federal do Ceará / Programa de Pós-Graduação em História Social, Fortaleza (CE), 2009.

COURTWRIGHT, David T. **Forces of Habit: Drugs and the making of the modern world**. Cambridge / Massachusetts / London: Harvard University Press, 2002.

DAVENPORT-HINES, Richard. **The Pursuit of Oblivion: A Global History of Narcotics**. Londres / N. York: W.W. Norton & Company, 2002.

DELMANTO, Júlio. Camaradas Caretas. **Dissertação**, Universidade de São Paulo / Programa de Pós-Graduação em História Social, São Paulo, 2013.

DIKOTTER, Frank; LAAMANN, Lars; XUN, Zhou. **Narcotic Culture: history of drugs on China**. Chicago: The University of Chicago Press, 2004.

DINIZ, Sheyla Castro. Nuvem cigana. **Dissertação**, Universidade Estadual de Campinas / Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP, 2012.

EDLER, Flavio Coelho; GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. Chernoviz e a medicina no Império. **Insight Inteligência**, v.23, p.128-146, 2003.

ESCOHOTADO, Antonio. **Historia General de las Drogas**: incluyendo el apéndice Fenomenologia de las Drogas. Madrid: Espasa Calpe, 2008.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves; CASTRO, Evandro C. G. Os cuidados com a saúde dos escravos no Império Português: a aguardente para fins medicinais. In: BASTOS Cristiana; BARRETO, Renilda (org). **A Circulação do Conhecimento**: Medicina, Redes e Impérios. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2011, p.103-128.

FERNANDES, João Azevedo. Cauinagens e bebedeiras: os índios e o álcool na história do Brasil. **Revista Anthropológicas**, v. 13, n. 2, p. 42, 2002.

FERREIRA, Luiz Otávio. Medicina Impopular. Ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840). In: CHALHOUB, Sidney, et al. (orgs). **Artes e Ofícios de Curar no Brasil**: capítulos de história social. Campinas: UNICAMP, 2003, 101-122.

FONSECA, Guido. **O submundo dos tóxicos em São Paulo: séculos XVIII, XIX e XX.** São Paulo: Resenha Tributária, 1994.

FRANÇA, Jean Marcel de Carvalho. **História da Maconha no Brasil.** São Paulo: Três Estrelas, 2015, p. 71.

GOOTENBERG, Paul. **Andean Cocaine: The Making of a Global Drug.** Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2008.

GOULART, Sandra Lucia. Estigmas de grupos ayahuasqueiros. In: LABATE, Beatriz Caiuby et. all (org). **Drogas e cultura: novas perspectivas.** Salvador: EDUFBA, 2008, p.251-288.

GUARINELLO, Norberto Luiz. O Vinho: uma droga mediterrânica. In: LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra; FIORE, Maurício; et al (Orgs.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas.** Salvador: EDUFBA, 2008, p. 189–198.

HEALY, David. **The antidepressant era.** Cambridge: Harvard University Press, 1997.

HERCULANO-HOUZEL, Suzana. **Sexo, Drogas, Rock'n'roll ... & Chocolate: O cérebro e os prazeres**

da vida cotidiana. Rio de Janeiro: Vieira & Lent Casa Editorial, 2003.

HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento**: As bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2006.

KUMMER, Lizete Oliveira. A medicina social e a liberdade profissional: os médicos gaúchos na primeira república. **Dissertação**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Programa de Pós-Graduação em História, Porto Alegre, 2002.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências e mudanças na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec, 2009.

LIMA, Oswaldo Gonçalves de. **Pulque, Balchê e Pajauru**: Na etnobiologia das bebidas e dos alimentos fermentados. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 1974.

LIMA, Tania Andrade. Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 2, n. 3, p. 71, 1996.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela; LUZ, Rogério; MURICY, Katia. **Danação da Norma**: a

medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MARQUES, Teresa Cristina de Novaes. **A Cerveja e a Cidade do Rio de Janeiro: De 1888 ao início dos anos 1930.** Brasília: EDUNB, 2014.

_____. Cerveja e aguardente sob o foco da temperança no Brasil, no início do século XX. **Revista Eletrônica de História**, v.9, n.1, 2007, p.48-70.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. **Natureza em Boiões: medicinas, boticários no Brasil setecentista.** Campinas: UNICAMP, 1999.

MOTA, André. **Tropeços da Medicina Bandeirante: medicina paulista entre 1882-1920.** São Paulo: EDUSP, 2005.

MOTTA, Kátia Sausen da. Juiz de Paz e cultura política no início dos oitocentos. **Dissertação**, Universidade Federal do Espírito Santo / História Social das Relações Políticas, 2013.

MUSTO, David F. **The American disease: origins of narcotic control.** New York: Oxford University Press, 1999.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; BONFIM (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2014, p. 17–37.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. Empresas farmacêuticas na industrialização brasileira. **América Latina en la Historia Económica**, n. 30, p.161-169, 2007.

RUBIN, Vera (org). **Cannabis and Culture**: World Anthropology. Haia: Mouton, 1975.

SAAD, Luísa Gonçalves. Fumo de Nego: A criminalização da maconha no Brasil (c.1890-1932). **Dissertação**, Universidade Federal da Bahia / Programa de Pós-Graduação em História, Salvador, 2013.

SAYD, Jane Dutra. **Mediar, Mediar, Remediar**: Aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1998.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FIGUEIREDO, Regina Érika Domingos de. Belisário Penna, combatente. In: HOCHMAN, Gilberto; LIMA, Nísia Trindade (Orgs.). **Médicos intérpretes do Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2015. p.74-99.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. **História geral da medicina brasileira**. v. 2. São Paulo: Hucitec, 1991.

SARTI, Thamires Regina. Maratonas e rambles: repressão aos tóxicos no início do século XX. **Dissertação**, Universidade Estadual de Campinas / Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP, 2015.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: HUCITEC, 1993.

SHERRATT, Andrew. Alcohol and its alternatives: symbol and substance in pre-industrial cultures. In: GOODMAN, Jordan; LOVEJOY, Paul E; SHERRATT, Andrew (Orgs.). **Consuming Habits: Drugs in History and Antropology**. Ney York / London: Routledge, 1995, p. 11–46.

SILVA, Marcos Virgílio. A Eugenia e o Ideário Antiurbano no Brasil. In: MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela da Silva Martins da Cunha (Orgs.). **Eugenia e história**: ciência, educação e regionalidades. São Paulo: USP/UFABC/CD.G Casa de Soluções e Editora, 2013, p.115-132.

SILVA, Maria de Lourdes. **Drogas**: Da medicina à repressão policial – a cidade do Rio de Janeiro entre 1921 e 1945. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015.

SNEADER, Walter. **Drug Discovery: A History**. West Sussex: John Wiley and Sons, 2005.

SOARES, Márcio de Sousa. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 8, n. 2, 2001, 407-438.

SOUZA, Jorge Emanuel Luz de. **Sonhos de diamba, controles do cotidiano**: uma história da criminalização da maconha no Brasil republicano. Salvador: EDUFBA, 2015.

SOUZA, Ricardo Luiz. O uso de drogas e tabaco em ritos religiosos e na sociedade brasileira: uma análise comparativa. **Saeculum** – Revista de História, n. 11, 2004, p. 85-102.

STÜCKER, Ananda; CYTRYNOWICZ, Monica Musatti. **Origens e trajetória da indústria farmacêutica no Brasil**. São Paulo: Narrativa Um, 2007.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; EDLER, Flavio Coelho. **História e cultura da medicina no Brasil**. São Paulo: AORI Produções Culturais, 2012.

TEMPORÃO, José Gomes. **A propaganda de medicamentos e o mito da saúde**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. O judiciário e a proibição das drogas na Primeira República. In: VENDRAME, Máira Ines; MAUCH, Cláudia; MOREIRA, Paulo Roberto Staud (Orgs.). **Crime e justiça: reflexões, fontes e possibilidades de pesquisa**. São Leopoldo: Oikos, 2018. p. 352-365.

VELLASCO, Ivan de Andrade. O juiz de paz e o Código do Processo: vicissitudes da justiça imperial em uma comarca de Minas Gerais no século XIX. **Justiça & História**, v. 3, n. 6, p. 01–23, 2003.

VELLOSO, Verônica Pimenta. **Farmácia na Corte Imperial (1851-1887)**. Tese, Fundação Oswaldo Cruz / Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde, Rio de Janeiro, 2007.

WALLERSTEIN, Immanuel. **O sistema mundial moderno**. Porto: Afrontamento, 1990.

WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na república rio-grandense**

(1889-1928). Santa Maria / Bauru, SP: UFSM / EDUSC, 1999.

ZUARDI, Antonio Waldo. History of “cannabis” as a medicine: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 2, p. 153–157, 2006.