

BREVE HISTÓRIA DA PROIBIÇÃO DAS DROGAS NO BRASIL: UMA REVISÃO¹

BRIEF HISTORY OF THE PROHIBITION OF DRUGS IN BRAZIL: A REVIEW

Carlos Eduardo Martins Torcato (USP)²

RESUMO: A Revolução Psicoativa é um dos fenômenos marcantes do advento da modernidade. Muitas substâncias passaram a ser mundialmente acessíveis interrompendo a hegemonia do álcool fermentado e dos psicoativos de uso regional. Cafeína (chá e café), álcool destilado, açúcar e tabaco incorporaram-se ao cotidiano. Derivados do ópio, da coca e da cannabis tornaram-se a base da terapêutica moderna e objeto de interesse recreativo. Igualmente globais foram os acordos e as políticas implementadas para regular alguns usos, dando origem ao proibicionismo. É o objetivo desse artigo apresentar as particularidades brasileiras desse fenômeno. Três aspectos foram importantes na fase inicial do proibicionismo (proibicionismo moderno): movimento da temperança; relevância cultural; limite da proibição representado pela terapêutica. A troca da farmacopéia clássica pela sintética durante a II Guerra mundial modificou as formas de uso, conseguindo restringir o acesso aos fármacos à classe médica. Embora vitorioso em um primeiro momento, tal modelo engendrou contradições que levaram à política e aos impasses atuais (proibicionismo contemporâneo): heteronomia sobre a dor; desenvolvimento do tráfico ilícito e das redes que lhe dão sustentação; intoxicações iatrogênicas. Esses impasses geraram mudanças políticas resultando na consolidação jurídica, institucional e punitiva do proibicionismo. Os limites já conhecidos foram levados ao extremo e ampliaram as tensões sociais. Essa crise generalizada motivou a adoção de algumas políticas positivas (lei dos genéricos e influência liberal sobre as leis de drogas), porém ainda tímidas.

Palavras-chave: Drogas. Remédios. Políticas Públicas.

ABSTRACT: The Psychoactive Revolution is a remarkable phenomenon in the advent of modernity. Many substances became worldwide accessible breaking the hegemony of fermented alcohol and psychoactives of regional usage. Caffeine (tea and coffee), distilled alcohol, sugar and tobacco were then incorporated into daily life. Opium, coca and cannabis derivatives became the basis of modern therapeutic and recreational object of interest. Were equally global some agreements and policies implemented to regulate some uses. As result, these gave rise to the prohibitionism. This article aims to present the Brazilian particularities of this phenomenon. Three

1 Este texto foi apresentado no III Encontro nacional sobre a sócio antropologia do uso de psicoativos (III ENSAUP) realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) em 3 de agosto de 2014.

2 Pesquisador financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Doutorando em História Social da USP. E-mail: carlos.torcato@gmail.com.

aspects were important in the initial phase of prohibitionism (modern prohibitionism): the temperance movement; cultural relevance; limits of prohibition in face of therapeutic uses. The shift from the classic pharmacopoeia to synthetic during the Second World War changed the forms of use restricting access of drugs to physicians. Although victorious at first, such a model engendered contradictions that led to the current politics and impasses (contemporary prohibitionism): heteronomy on pain; development of illicit trafficking and networks that support it; iatrogenic poisoning. These impasses generated policy changes resulting in legal, institutional and punitive consolidation of prohibitionism. The known limits were taken to the extreme and stressed social tensions. This crisis has motivated the widespread but narrow adoption of some positive policies such as generic-drug law and liberal drug laws.

Keywords: Drugs. Medication. Public Policies.

1. INTRODUÇÃO: A REVOLUÇÃO PSICOATIVA

Vários são os acontecimentos que marcaram o advento da modernidade – absolutismo europeu, renascimento cultural, reforma e contrarreforma religiosa, revolução científica e o comércio transoceânico ampliado. Plantas, micro-organismos e animais foram transportados de um lado a outro. A batata e o milho deram a base material para a multiplicação da população mundial. Um fenômeno, igualmente importante, porém não tão considerado é o da capacidade ampliada das populações, em todo o globo, de alterarem suas consciências. A intensificação das trocas comerciais e culturais entre os povos teve como uma das consequências a mundialização de alguns psicoativos. Courtwright (2002) denominou esse fenômeno de revolução psicoativa.³

Foram várias as substâncias que passaram a ser acessíveis, interrompendo a hegemonia do álcool fermentado e dos psicoativos de alcance locais. Courtwright (2002) separa em dois grandes grupos as drogas planetárias: as três grandes (o álcool, o açúcar e o tabaco em suas diversas formas) caracterizadas por uma expansão ampliada e de impossível proibição; e as três pequenas (o ópio, a canabis

³ Publiquei uma resenha crítica do livro de Courtwright na plataforma eletrônica do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (NEIP). Disponível em:
<<http://www.neip.info/index.php/content/view/3400.html>> último acesso: 04/08/2014

e a coca e seus derivados) cuja disseminação planetária não foi tão forte, fato que viabilizou uma intervenção pública. A predileção por uma ou outra substância variava segundo os contextos culturais. O ópio, por exemplo, era consumido na forma líquida na Europa, enquanto na China, a forma mais comumente utilizada era a fumada. Isso não muda, entretanto, a ampliação da capacidade das populações em alterar suas próprias consciências, seja no ocidente ou no oriente.

Tratando-se de um fenômeno universal que apresenta particularidades locais, cabe perguntarmos quais seriam as especificidades brasileiras. A América portuguesa e depois o Império independente são caracterizados como grandes produtores dos mais importantes insumos pertencentes às três grandes drogas. O açúcar, o tabaco e o café foram produtos de primeira ordem nas exportações ao longo de todo esse período, abastecendo o mercado mundial e viabilizando materialmente a própria revolução psicoativa. Os destilados, em especial, tornaram-se populares a partir do século XVIII e, dentre os diversos licores produzidos no país, destaca-se o derivado da cana-de-açúcar (cachaça) como mais apreciado – fato que o transformou em símbolo da nacionalidade. Acrescenta-se aos psicoativos citados os estimulantes herdados dos nativos americanos – a erva mate e o guaraná. No que se refere aos fármacos visionários⁴, destaca-se a existência da jurema e da ayahuasca. A cannabis, de origem africana, é conhecida desde o século XVI. Os opiáceos, apreciadíssimos no continente Euroasiático, circulavam a partir das práticas terapêuticas européias – ingrediente fundamental dos remédios reconhecidos oficialmente e daqueles de fórmula secreta. Da sua maneira, o Brasil participou desse fenômeno mundial.⁵

4 Os fármacos denominados de visionários também poderiam ser chamados de alucinógenos. O primeiro significa contemplação ou olhada a distância, enquanto o segundo significa percepção sem objeto. A maneira como o sujeito utiliza e a própria estrutura psíquica são fundamentais para que um fármaco desse tipo seja visionário ou alucinógeno. O que distingue um e outro é a memória da experiência com o psicoativo (ESCOHOTADO, 2008, p.1292-1295). Em contextos religiosos se pode utilizar também o termo enteógeno (que significa união entre a substância e a divindade).

5 O tema da *revolução psicoativa* no Brasil foi trabalhado de forma mais detalhada em um artigo publicado na revista Saúde & Transformação Social, organizado pelo Grupo de Estudos Drogas e Sociedade (GEDS) da USP. Disponível em:
<<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2241>> Último acesso: 04/08/2014

Se pensarmos na capacidade ampliada de alterar a consciência em termos revolucionários, também devemos fazer o mesmo em relação aos controles que se fizeram sobre alguns desses fármacos. A contrarrevolução, conhecida sob a alcunha de proibicionismo, teve como fundamentos gerais a pretensão hegemônica da medicina oficial, o crescimento do conservadorismo religioso e a emergência do biopoder (medicina social).

Tais políticas de controle igualmente constituíram-se num movimento universal com características locais. A China, por exemplo, foi pioneira na proibição e na repressão aos usuários. O movimento proibicionista nesse país nasceu voltado contra o ópio, sustentado politicamente por estudantes modernistas que se colocavam como uma vanguarda moral – a crítica ao ópio era um ataque as elites imperiais tradicionais – e por missionários ocidentais – que o percebiam como obstáculo à conversão (DIKOTTER, 2004, p.108-110). Nos EUA, cujo sistema nos é mais familiar, as primeiras políticas de proibição estão ligadas às tensões étnicas e raciais surgidas em torno de minorias sociais – particularmente chineses, negros e latino-americanos – e à ascensão do movimento pela temperança, sustentado por um vigoroso movimento social de raiz puritana. Movimento político que conseguiu transformar a abstinência compulsória em política pública (ESCOHOTADO, 2008, 603-654). Diante desse quadro dinâmico, definimos como objetivo desse artigo apresentar algumas problematizações capazes de elucidar as especificidades do proibicionismo brasileiro.

2. PRIMEIRA FASE: O PROIBICIONISMO MODERNO

A instauração do proibicionismo no Brasil comumente tem sido pensada a partir da adoção, pelo país, de diretrizes elaboradas no plano internacional pouco condizente com a realidade nacional. O distanciamento do país em relação aos fóruns às negociações internacionais “parecia a princípio se justificar. Com efeito, o país se manteve em grande medida incólume ao problema das drogas durante décadas” (SILVA, 2013, p.91). Os brasileiros também evitaram o estímulo à imigração de chineses pelo problema moral que isso acarretaria para o país, não

permitindo que o problema do ópio se instaurasse.

Outra leitura, dessa vez mais focada no contexto local, tem apontado as diferenças entre o liberalismo oligárquico e o totalitarismo varguista, creditando ao segundo período uma maior intervenção sobre o social, leis mais rígidas e abrangentes – que incluíram precocemente a maconha na lista das substâncias proibidas (SOUZA, 2012, p.35-37; LIMA, 2009, p.207-208) – e o estabelecimento de instituições centralizadoras – como a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CARVALHO, 2013).

Duas teses, apresentadas nos últimos anos, trouxeram novos elementos que nos ajudam a repensar o proibicionismo em relação às dinâmicas internas. Silva (2009), trabalhando com diversos tipos de fontes e tendo como foco a cidade do Rio de Janeiro, procurou chamar a atenção para o papel de alguns membros da elite na efetivação da proibição às drogas, justificando-a a partir dos princípios da medicina social e, particularmente, do eugenismo. Adiala (2011), por sua vez, focou a produção científica médica, também na cidade do Rio de Janeiro, defendendo que a construção de uma noção patologizante do uso de drogas esteve ligada à ascensão de um grupo de intelectuais que foi responsável pela afirmação da psiquiatria enquanto ciência médica.

Pretendemos trazer para reflexão outros três aspectos que consideramos relevantes para pensarmos as primeiras formas de proibicionismo instauradas no Brasil.

Primeiramente, precisamos reconsiderar o movimento proibicionista brasileiro. A proibição das drogas, na primeira metade do século XX, está estritamente ligada a este movimento. Os discursos dos membros eminentes das sociedades pela temperança nacionais, como os de Evaristo de Moraes no seu clássico livro *Ensaio de Pathologia Social* de 1923 e o do sanitarista Belizário Penna, são tomados por um enorme pessimismo. Na concepção deles e de outros contemporâneos, o Brasil não tomava as medidas adequadas para acabar com o alcoolismo, principalmente, e as toxicomanias em geral graças às tradicionais influências políticas dos produtores de aguardente. Discurso pessimista que foi adotado pela historiografia atual, que

percebeu a tradição do uso por prazer superior à capacidade de mobilização dos médicos, sendo provável, assim, que “o maior obstáculo imposto aos controladores radicais tenha sido a inércia social com relação às suas propostas” (SANTOS, 2008, p.82).

Esse pessimismo precisa ser compreendido a partir das altas expectativas, geradas nesses agentes sociais, pela política pública de abstinência compulsória estadunidense que era contemporânea. O fato do governo brasileiro não ter adotado perspectiva semelhante não significa que ele tenha ficado inerte e que o movimento pela temperança no Brasil tenha sido ineficaz em suas pressões políticas. Uma série de pesquisas lançadas nos últimos anos, que tem como foco não o movimento da temperança em si, mas as relações de gênero envoltas nos hábitos populares de consumir aguardente de cana servem de indício, para reavaliarmos a abrangência do movimento proibicionista brasileiro. O livro de Matos (2000), sobre o Rio de Janeiro, motivou outros semelhantes para o Recife (Rosa, 2003), Florianópolis (Machado, 2007) e Fortaleza (Costa, 2009). Todos eles mostram a mobilização social em torno das semanas antialcoólicas em um contexto marcado pela extrema fragmentação política característica do federalismo da época. Embora novas pesquisas ainda precisem confirmar esse caráter nacional, é relevante pensar que tal abrangência não existia nem em relação aos partidos políticos – de caráter local/estadual.

Sobre a questão da temperança, ainda é preciso destacar a diferença entre as bebidas destiladas, particularmente a cachaça, e as fermentadas. Marques (2007), ao abordar essa diferença, nos traz um interessante quadro das iniciativas feitas pelas indústrias de cerveja, especialmente a Brahma, para evitar as pressões do movimento proibicionista. Diferença que era responsável por uma divisão no seio do próprio movimento, pois muitos não consideravam a cerveja uma bebida perigosa. É preciso destacar, entretanto, que Marques (2007) também considera o movimento pela temperança incapaz de transformar suas demandas em leis.

Sem aprovar projetos de lei apresentados no Congresso com o propósito de reverter o quadro de alcoolismo social, restou aos

ativistas do movimento pró-temperança continuar se dirigindo ao público, com insistência, para condenar o consumo de bebidas alcoólicas, especialmente as reputadas como mais tóxicas (MARQUES, 2007, p.69).

Nesse ponto é preciso destacar a natureza da Lei nº 4.294 de 14 de julho de 1921. Essa é identificada pela historiografia como a primeira lei de tóxicos do país, pois consagra o princípio de que somente o uso médico é legítimo para substâncias entendidas como entorpecentes. Entretanto, apenas seus primeiros artigos tratam dessa questão – ela é toda voltada para a regulação do consumo de álcool nos espaços públicos. É verdade que a abstinência compulsória não virou política pública, porém é errado desconsiderar o poder de pressão desse vigoroso movimento social.

O segundo aspecto que se pretende destacar refere-se à presença incessante do tema dos vícios sociais nos principais veículos culturais do período. No cinema, foram vários os filmes produzidos no Brasil sobre 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).⁶ Às produções nacionais, acrescentam-se aquelas produzidas em outros países e que também entravam no circuito nacional, como o filme *Sonhos do Ópio* (1914). Infelizmente, não foram preservadas as películas originais, nos restando somente a repercussão que esses filmes deixaram na imprensa escrita. Destaca-se que essa temática desaparece do circuito nos anos 1930.

Recentemente, em coleção organizada por Beatriz Resende (2006), percebeu-se que o tema dos entorpecentes também esteve presente entre os principais escritores do início do século: Olavo Bilac, João do Rio, Lima Barreto, José do Patrocínio, Manuel Bandeira, Alvaro Moreira entre outros. Sobre este último, além dos contos apresentados na coletânea, ainda se destaca a coleção de versos no livro *Cocaína*, publicado em 1924, no Rio de Janeiro, pela editora Pimenta de Mello.

⁶ A relação de filmes foi obtida no sítio eletrônico da Cinemateca Brasileira:
<<http://www.cinemateca.gov.br/>> último acesso: 04/08/2014

Em outras praças o tema também era presente. Em São Paulo, por exemplo, essa questão aparece indiretamente em obras como *Amar Verbo Intransitivo* de Mario de Andrade – foi por causa do medo das prostitutas (aventureiras) e das artimanhas que elas tinham para fisgar os meninos do interior (vícios sociais elegantes) que a mãe de Carlos contratou uma amante profissional da Alemanha. Também no Rio Grande do Sul o tema é latente no festejado escritor Zeferino Brazil, que entre outros livros publicou *Sonhos do Ópio* em 1906.

Para finalizar esse ponto, ainda destaca-se a importante presença desse tema nos periódicos impressos. Tanto os trabalhos da década de 1990 (SILVA, 1998; CARNEIRO, 1993) que utilizaram esse tipo de fonte, quanto pesquisa com palavras-chave na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional⁷. Importante destacar que esse tema ficou presente na agenda durante todos os anos 1920, porém durante os anos 1930 ele desaparece. Impressão que é confirmada por Silva (2009, p.246-247) para o caso do Rio de Janeiro.

O terceiro e último aspecto sobre essa primeira fase do proibicionismo brasileiro refere-se ao limite da terapêutica e a autonomia das pessoas sobre a dor.

Os médicos brasileiros mantiveram, ao longo do século XIX, um intercâmbio frequente com instituições de ponta na Europa. São exemplos desse intercâmbio a quase simultaneidade das experiências de anestesia geral com éter, na Europa e no Brasil, e a referência a algumas plantas brasileiras nos principais tratados de terapêutica europeus. Os debates entre as diferentes escolas e a divulgação das idéias científicas por manuais eram práticas comuns lá e cá. Aqui, o manual de Chernovitz (1868) foi o mais popular. (SAYD, 1998, p.70-73). A análise deste manual, e de outros – Roma, 1726; Langgaard, 1873; Rossiter, s/d. – nos apontam a reprodução da teoria médica hipocrática em pleno século XIX. Essa medicina não era preocupada em identificar os sintomas, e sim compreender a causa da doença a partir de fatores holísticos. Era a natureza (psysis) a responsável pela cura, pelo restabelecimento do equilíbrio. A fonte inesgotável da vida era, segundo Empédocles, a água, o ar, a terra e o fogo. Nesses elementos, Aristóteles associou

⁷ Hemeroteca Digital. <hemerotecadigital.bn.br> último acesso: 04/08/2014

quatro qualidades: quente, frio, úmido e seco, que, em múltiplas combinações, compunham tudo o que é visível no cosmos. Cada estação do ano é característica de um desses elementos. As pessoas também eram compostas por humores naturais, básicos: sangue; pituíta (ou fleuma, ou catarro), bile amarela e a bile negra (ou atrabile, ou melancolia). Foi dessa estequiologia que surgiu a teoria humoral: a saúde era sinônimo de harmonia entre os quatro elementos. Quando ocorria desarmonia, o organismo acionava um mecanismo de defesa, caracterizado por uma faculdade expulsora, que assegurava a eliminação do humor excedente (LIMA, 1996, p.46-48). É no interior dessas teorias que se explica a prática das sangrias e a utilização de sanguessugas.

Essa concepção de cura e de doença sofreu um duro golpe, em fins do século XIX, com o advento da microbiologia. A ideia de uma bactéria que atua no organismo provocando a doença abre espaço para que as enfermidades sejam pensadas de forma diferentes, como um ser autônomo. “A ideia de organismo a combater o veneno, e de remédio a combater a causa, corresponde a separação entre o doente, a doença e a prescrição” (SAYD, 1998, p.92). Nessa mudança, o “remédio passa a ser específico para a doença, e não para o doente, e mais: específico contra a causa da doença, não contra as suas consequências no organismo” (SAYD, 1998, p.92). Foi o agente etiológico que criou a doença específica e as medidas destinadas para contê-la. Assim, o que se torna específico é a doença e não mais o doente. “Assim a medicina consolidou suas concepções atuais e, principalmente, seus objetivos, com precisão: curar e prevenir as doenças como método para tratar os doentes” (SAYD, 1998, p.93). Essas ideias aposentaram a noção de corpo doente.

Mudanças de concepções que tiveram influência decisiva na reavaliação de todo o arsenal terapêutico existente. Os remédios eram usados tendo como base a ideia fisiológica de doença – visando atacar os sintomas e não as doenças. Nessa época as críticas eram feitas sobre a sua efetividade, pois se entendia que um remédio bom era aquele que resolvia todas as doenças. Depois de Pauster, as críticas mudaram de tom: o diagnóstico dado pela ciência não encontrava terapêutica adequada, fato que dava sobrevida às velhas práticas e aos velhos

remédios (SAYD, 1998, p.129-130). Conforme avança o século XX, mudam as expectativas sobre os fármacos: não mais alterar o corpo onde a doença se instaurou, mas destruir o germe que a provocou. Os regimes dietéticos e de recuperação também mudam de sentido: não visam mais o bem-estar individual e sim a prevenção de uma doença específica (SAYD, 1998, p.143-145).

Na virada do século XIX para o XX, a descrença na terapêutica chegava ao máximo, trazendo à tona um enorme ceticismo na classe médica. Entretanto, apesar da terapia ter *status* de prática inócua, supersticiosa e primitiva, as pessoas seguiam se adoentando e precisando de cuidados. Nesse aspecto, a invenção da aspirina, em 1897, pouco modificou a relação das pessoas com os opiáceos em geral. Apesar de não resolverem o problema da doença, a habituação aos opiáceos poderia trazer dignidade e controle sobre a dor em diferentes contextos de aflição. A cocaína, utilizada também de forma inalada com enfoque recreativo por diferentes segmentos da elite, tinha importante função anestésica nas nascentes práticas de oftalmologia e de odontologia.

Podemos perceber claramente esses aspectos no livro *Formulario de Therapeutica Infantile* elaborado pelo Dr. Santos Moreira, e revisado por vários outros, que foi um sucesso de venda no final dos anos 1910 e início dos 1920. Livro que nasceu da idéia de compilar informações relevantes sobre a correta posologia dos principais fármacos ao uso infantil. Nele, o autor defende o uso do ópio e seus derivados “mais em voga – codeína, morphina, heroína, dionina, pó de Dover, xarope diacodio, erixir paregórico e laudano de Sydenham” (MOREIRA, 1920, p.66) como inibidor da excitabilidade do sistema nervoso, como hipnótico para combater a insônia alimentada pelo sofrimento psíquico, como analgésico para dores múltiplas, contra a asma e o enfisema, como moderador das secreções e, para finalizar, contra “bronchites e enterites” (MOREIRA, 1920, p.66) porque abranda a tosse. Aponta que as crianças “são sobremaneira sensíveis à acção dos opiaceos” (MOREIRA, 1920, p.66), porém não é possível “sonegar os bons efeitos, quando empregados com moderação, nem os divorciar da therapeutica infantil” (MOREIRA, 1920, p.66). A cocaína e seus derivados, por sua vez, “são elementos muito utilizados para a

anestesia local em cirurgia ocular.” (MOREIRA, 1920, p.43).

Portanto, apesar das mudanças conceituais e institucionais que passou o campo médico no início do século XX, pouco modificou a forma como as pessoas se relacionavam com os processos de dor e de cura. A Lei nº 4.294 de 14 de julho de 1921 e suas sucessoras dos anos 1930, que consagravam o uso médico como único legítimo, não foram capazes de modificar o papel central, que as substâncias entendidas como narcóticas tinham na terapêutica. A vigilância policial sobre as farmácias não era suficiente para garantir esse monopólio médico, fato que dava às pessoas a possibilidade de controle sobre as dores em geral. A partir de meados dos anos 1930 algumas mudanças importantes serão realizadas, levando a alteração do caráter geral da política proibicionista e a forma como se lida com os processos de dor e de agonia.

3. O PERÍODO DE TRANSIÇÃO

Fatores políticos internacionais foram decisivos na mudança do regime proibicionista, particularmente o novo jogo de forças que emergiu depois da II Guerra Mundial (1939-1945). A farmacopéia então vigente, que denominarei farmacopéia clássica, sobreviveu longas décadas apesar do consenso no interior da classe médica da sua inutilidade. As substâncias entendidas como entorpecentes não estavam voltadas para a cura das doenças e sim para a obtenção de bem estar físico e/ou psíquico. O consumo delas era sustentado por uma cultura de automedicação e pelos interesses financeiros de grandes empresas, sobretudo com bases na Alemanha e na Turquia. Segundo Souza (2012, p.54-55), a “Estatística Trimestral de Importações e Exportações” enviada à Liga das Nações pelo Ministério das Relações Internacionais, aponta que a Alemanha era o principal fornecedor de cannabis e seus derivados (extrato, extrato fluido e pintura) que eram obrigatórios nas farmácias. Portanto, não era apenas o ópio e a cocaína que eram importantes no comércio entre Brasil e Alemanha.

Com o acirramento do conflito, a Alemanha se vê incapaz de prover as necessidades entendidas como mínimas. A Roche S/A, com sede na Suíça e que

era uma alternativa, também encontrava dificuldades para suprir os pedidos brasileiros. Nesse cenário ganhou força o projeto Kabay elaborado pelo Consulado brasileiro na Turquia. A ideia era tornar o Brasil um produtor de dormideira, com instalação de fábricas que pudessem extrair os princípios ativos do ópio (CARVALHO, 2013, p.109-112).

A saída para esse impasse ocorre graças à intervenção dos EUA na questão. A solução da questão do suprimento de medicamentos passava pela substituição da farmacopéia, e, conseqüentemente, pela destruição da cultura de automedicação e de autonomia sobre os processos de dor e de agonia. Aos EUA ficava o compromisso de suprir toda a demanda. Os fármacos clássicos, derivados de alguns vegetais e, por isso, primitivos, deviam ser substituídos pelos sintéticos produzidos em território estadunidense. No discurso estadunidense, tal medida além de científica – no imaginário dessa época o sintético era superior ao natural pelo simples fato de ser sintético – também era humanitária – milhões de pessoas deixariam de ser escravos do vício em opiáceos. O resultado de tal política agradou muito meia dúzia de empresas que passaram a controlar esse ramo comercial, porém do ponto de vista social foi catastrófico.

4. SEGUNDA FASE: O PROIBICIONISMO CONTEMPORÂNEO

A substituição da farmacopéia clássica foi acompanhada de intensa mudança no perfil das práticas terapêuticas oficiais. Gradativamente, o “hospital passou a ser centro de inovação tecnológica, valorizando os serviços especializados em diagnóstico e terapêutica e elevando exponencialmente os custos” (TEIXEIRA; EDLER, 2012, p.83), fato que criou uma “elite médica de proprietários de clínicas e hospitais” (TEIXEIRA; EDLER, 2012, p.83). O aumento do consumo de equipamentos e de remédios criaram um complexo médico-industrial que teve os seguintes impactos na prática médica: a abordagem quantitativa e de raciocínio probabilístico permitiu avanços no diagnóstico e na terapêutica; a assepsia cirúrgica, quimioterapia, endocrinologia e nutrição “dissiparam a noção anterior de impotência terapêutica, gerando um novo sentimento de confiança entre médicos e leigos”

(TEIXEIRA; EDLER, 2012, p.83). Os antibióticos e os remédios sintéticos foram “saudados como um dos maiores avanços da história da medicina” (TEIXEIRA; EDLER, 2012, p.83), vencendo os tradicionais problemas da tuberculose e da sífilis.

Nesse novo cenário, o hospital se tornava centro da profissão médica, local que unia pesquisa, ensino e assistência. O aumento da divisão do trabalho médico criou novas especialidades que “passaram a lutar pelo controle de parcelas exclusivas do mercado” (TEIXEIRA; EDLER, 2012, p.83). Entre essas especialidades, destacaram-se os anestesiológicos. A trajetória dessa especialidade médica iniciou-se durante a II Guerra Mundial com o envio de médicos para o fronte com objetivo de fazer estágio no Corpo de Saúde do V Exército das Forças Aliadas. O retorno desses profissionais levou ao crescente interesse pelo campo e, em 1948, à fundação da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (MANICA, 2004, p.30-32).

Paralelamente a organização como classe específica, os anestesiológicos foram ensinados desde a formação a pensar a anestesia pré-estadunidense como algo totalmente ineficiente. Assim, as amino-amidas, como lidocaína, pricaína, etidocaína, bupivacaína, levobupivacaína e ropivacaína tomaram o lugar da cocaína e da novocaína como anestésicos locais mais utilizados. (REIS JR, 2008, p.301). Os opiáceos, pela sua excelência como analgésico, não puderam simplesmente desaparecer do mercado. Mas passaram a ser crescentemente controlados a partir do desenvolvimento institucional da Seção de Fiscalização do Exercício da Medicina com o Decreto-lei nº 891 de 25 de novembro de 1938. As farmácias passaram a ser alvo de fiscalização com a implementação de obrigatoriedade de receita por profissional devidamente cadastrado nesse órgão (CARVALHO, 2013, p.102-103).

O advento dos remédios eficazes para tratar as doenças bacterianas e o desenvolvimento da terapêutica não devem esconder o retrocesso que significou a exclusão dos fármacos da farmacopéia clássica. A cocaína, como estimulante, deu lugar as anfetaminas. Como descongestionante nasal foi substituída pela benzedrina. Esses substitutos continuaram a ser usados para evitar o sono, como antidepressivos e para ampliar o rendimento laboral. Foi de uso comum entre os estudantes durante o período de testes escolares. O ópio e seus derivados somente

foram permitidos como analgésicos. Para as funções hipnóticas se passou a utilizar os barbitúricos que possuem uma taxa de segurança (diferença entre dose ideal e dose letal) bem menor que os opiáceos em geral e, também, causador de uma dependência mais forte que a heroína. Outros hipnóticos não barbitúricos, como a piridina e a glutetimida, se mostraram ainda mais tóxicos. A talidomina foi um escândalo por causa dos efeitos nas gestantes. Para as funções de tranquilizante eles foram substituídos pelos ansiolíticos, droga capaz de criar uma preguiça indiferente, sem sono ou ampliação da capacidade de reflexão. Tornou-se a droga evasiva honrada. Além disso, provoca problemas para as funções sexuais se utilizado em longos períodos (ESCOHOTADO, 2008, p.758-788).

A hegemonia dos fármacos sintéticos em relação àqueles da farmacopéia clássica é apenas uma das consequências do novo modelo proibicionista. Certamente, a mais dramática refere-se à centralidade que a dor terá a partir de então. 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! No Brasil, coube a um grupo de especialistas médicos, organizados em torno da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, o monopólio sobre essa atividade. Foi preciso apenas 34 anos após a fundação da sua sociedade para que estes mesmos médicos se dessem conta que a maioria da população vive com dor. Assim, em 1982, foi fundada a Sociedade Brasileira para Estudos da Dor com objetivo de denunciar o atual estado da analgesia no Brasil. 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 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.

Uma segunda característica que será importante para diferenciar o

proibicionismo contemporâneo do moderno é o lento desenvolvimento do comércio ilícito da farmacopéia clássica e de grupos criminosos que darão sustentação a esse comércio. Em um primeiro momento, a política adotada foi percebida como um sucesso. O tema das drogas deixa de aparecer nos jornais a partir de meados dos anos 1930 (SILVA, 2009, p.246-247). Também deixaram de existir referências a filmes que abordam esse tema a partir de 1932. O delegado Guido Fonseca, que escreveu um livro sobre o tema do tráfico de entorpecentes com acesso exclusivo às fontes policiais do período, também reforça essa hipótese. Para ele, a Segunda Guerra Mundial gerou uma escassez dos produtos que somadas a “implementação do regime autoritário em 1937, que facilitou a ação policial” (FONSECA, 1994, p.139) fez o problema dos tóxicos deixar de existir. Nos relatórios policiais as toxicomanias 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 (FONSECA, 1994, p.139-140).

As medidas adotadas no Brasil eram um exemplo mundial de adequação à política de drogas proibicionista defendida pelos EUA. A Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE) foi o primeiro órgão público responsável pela política de drogas em âmbito nacional. Apesar da estrutura precária, ela conseguiu organizar uma série de novos controles – em parceria com a Seção de Fiscalização do Exercício da Medicina – para ampliar o controle médico oficial sobre os fármacos (CARVALHO, 2013, p.121-127). Procurou-se construir Comissões Estaduais, visando difundir e divulgar os princípios da política proibicionista (CARVALHO, 2013, p.116-120). 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 brasileira (CARVALHO, 2013, p.114-115).

Nada mais eloquente desse sucesso que as palavras do próprio presidente da CNFE em artigo sobre os desafios do país no pós-guerra. Segundo Roberval Cordeiro de Farias, o Brasil importa entorpecentes somente para fins médicos e científicos em níveis inferiores dos outros países latino-americanos. A heroína foi banida. A morfina está sendo substituída pela “codeína e dionina, muito menos

nocivas, graças à campanha educativa exercida junto às classes médicas e farmacêuticas do nosso país” (FARIAS, 1958, p.150). A cocaína também está sendo substituída por “outros anestésicos que não estabelecem vício” (FARIAS, 1958, p.150). A CNFE ajudou a implementar uma legislação “que pode ser considerada, sem exagero, como uma das mais completas e eficientes que existem atualmente” (FARIAS, 1958, p.150).

Porém essa tranquilidade vai ser rompida a partir da propagação do hábito de fumar maconha nos grandes centros urbanos a partir do início dos anos 1950. A história do relacionamento da cannabis com o Brasil é longa, pois os escravos trouxeram consigo tradições de uso originárias do complexo da ganja (Índia) no século XVI. Diferente dos demais latino-americanos que somente tiveram contato com ela com a crise do trabalho compulsório e a imigração em massa de indianos em fins do século XIX (CORTWRIGHT, 2002, p.39-46). Trazida pelos negros, apreciada pelos indígenas, tornou-se popular nos sertões nordestinos para se expandir ao país inteiro durante os anos 1950. Infelizmente, esse tema somente recentemente passou a despertar interesse nos programas de pós-graduação em história. A única dissertação conhecida sobre esse tema é a de Jorge Souza (2012) sobre a cidade de Salvador.

O relato mais interessante sobre o período provém de um trabalho não científico, porém de inegável valor enquanto a pesquisa histórica não se desenvolve nesse campo. O Delegado Guido Fonseca, com suas fontes exclusivas (e por isso objeto de toda a suspeição), aponta que foram os meretrícios e as zonas mais pobres as responsáveis pelo início da disseminação do uso da maconha. Locais que viraram ponto de venda e de violentas disputas entre os traficantes. Entre 1956 e 1957, supostamente, a polícia de São Paulo teria prendido 1.381 indivíduos e instaurado 44 inquéritos policiais. O perfil social dos presos mostrava que a maioria deles não tinha profissão. Em 1961, a maconha superava todas as outras drogas em termos de apreensão (FONSECA, 1994, p.146-149).

Ainda pouco se sabe sobre as políticas públicas sobre drogas no pós-guerra. Os estudos sobre a CNFE se resume aos seus primeiros anos de funcionamento

(SOUZA, 2012; CARVALHO, 2013). Parece sintomático de uma crise da política proibicionista o fato de que, mesmo antes da Convenção Única de Entorpecentes de 1961, já existia no Congresso Nacional um projeto de lei visando alterar a política de drogas – Projeto número 698 de 1959 que resultou na Lei nº 4.451, de 4 de Novembro de 1964. Para o pernambucano Coutinho Cavalcante⁸, autor do projeto,

[...] a criminalidade, ligada ao setor de entorpecente, não se exaure na conceituação das figuras delictuosas 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' [canhamo cannabis sativa e variedade indica] assume importância relevante (Diário do Congresso Nacional [seção I], 01 de agosto de 1959, p.4748)

Mas não era só a maconha que preocupava. As substâncias da farmacopéia oficial também provocavam dependência, na maioria das vezes, mais forte ainda, do que as substâncias da farmacopéia clássica. Como não havia restrição de vendas ou orientação sobre suas capacidades aditivas, multiplicaram-se os casos de adição iatrogênicas com os novos fármacos (ESCOHOTADO, 2008, p.785-788). Sobre o Brasil, infelizmente, ainda não existem estudos sobre o impacto desses fármacos. O Delegado Guido Fonseca criticava essa situação. Segundo ele:

[...] 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 isso deve ter estimulado o seu consumo e a sua venda" (FONSECA, 1994, p.149).

Outro desenvolvimento importante da adoção à política proibicionista estadunidense no pós-guerra foi a falência quase completa da indústria farmacêutica nacional. Combinando doenças antigas e modernas, o Brasil podia ser considerado a "terra prometida para a venda de medicamentos" (BUENO, 2008, p.110). Em 1961, durante o governo Jânio, "eclodiu um escândalo bem divulgado pela imprensa: o

⁸Comunistas em Iboruna – Coutinho Cavalcanti (1906-1960)
<<http://iboruna21.blogspot.com.br/2007/06/comunistas-em-iboruna.html>> Último acesso: 07/08/2014

abusivo preço de importação dos insumos farmacêuticos pelas indústrias de capital estrangeiro” (BUENO, 2008, p.110) que resultou na “instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), criada para investigar, também, a crescente desnacionalização da indústria farmacêutica no país” (BUENO, 2008, p.111). No governo Jango, descobriu-se que a desnacionalização da indústria tinha chegado aos impressionantes 95%. “Por isso, ao mesmo tempo em que lutava pela regulamentação da Lei de Remessa de Lucros, o governo federal instituiu, em setembro de 1963, o Decreto nº 52.471, criando o Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica Nacional (Geifan). Essa iniciativa governamental foi “duramente combatida pela Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (Abifarma) – entidade que agrupava todas as multinacionais do setor em atividade no país” (BUENO, 2008, p.111). Essa instituição, fundada em 1947 pela fusão da Associação Nacional da Indústria Farmacêutica (Anifar) e a Associação da Indústria Farmacêutica (Abif), tinha grande influência política e funcionava como “órgão técnico-consultivo governamental” (BUENO, 2008, p.112) desde 1955. Ignorando essas pressões, o governo aprovou o Decreto nº 53.584 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 as indústrias farmacêuticas a revelar suas planilhas de custos” (BUENO, 2008, p.112). Duas semanas depois do decreto, o Ministro da Saúde se desentendeu com o representante dos EUA na Assembléia Mundial da Saúde (OMS). Logo após, Jango foi derrubado e esse decreto revogado (BUENO, 2008, p.110-112). A exploração da população através do preço abusivo de remédios foi livre até o advento da Lei nº 9.787 de 10 de fevereiro de 1999, conhecida como a Lei dos Genéricos.

Além desses fatores de ordem social (disseminação da maconha), econômicos (destruição da indústria nacional e dependência quase total às multinacionais) e éticos (intoxicações iatrogênicas), ainda é preciso destacar os desafios políticos criados pela disseminação de alguns fármacos visionários, particularmente o LSD. Isolado em fins dos anos 1930, foi utilizado nas duas décadas seguintes na

psiquiatria e, mesmo para o tratamento do alcoolismo (ESCOHOTADO, 2008, p.830-831). Nos anos de 1950, seu uso começou a se disseminar no interior das principais universidades estadunidenses e, gradativamente, passou a se expandir para outros segmentos sociais que passaram a utilizá-lo de forma a contestar o status quo. Era uma reação aos valores modernos em geral (burgueses e proletários) com uma plataforma política contra o consumismo (ESCOHOTADO, 2008, p.879-882). Infelizmente, ainda não temos nenhum estudo no Brasil que avalie como ocorreu a introdução desses psicoativos e quais foram as pautas culturais de seus usos. O único trabalho sobre o período aborda a questão de forma tangencial, mostrando que a aversão aos valores contraculturais são encontrados tanto na direita, quanto na esquerda (DELMANTO, 2013).

A conjunção de todos os fatores citados – ampliação do mercado ilícito de drogas através da popularização da maconha; os envenenamentos iatrogênicos pelos fármacos oficiais; a ameaça política representada pelo paganismo psicodélico – levaram a um novo acordo sobre a forma de distribuição das drogas lícitas e ampliação das interdições sobre a farmacopéia clássica e as novas drogas visionárias. Ao longo da década de 1960 e 1970, várias conferências internacionais foram realizadas nesse sentido. No Brasil, o tema das drogas retorna à cena política e diversas leis são promulgadas objetivando adequar a legislação do país aos problemas provenientes do modelo de controle adotado. Três foram os principais marcos legislativos provenientes desse período: Lei nº 6.360 de 23 de setembro de 1976 que definiu a obrigatoriedade de tarjas (vermelha e preta) para indicar a periculosidade dos medicamentos e as formas de acesso; Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976 que definiu regras extremamente repressivas – igualava traficante e usuários com penas altíssimas – ao crime de tráfico de entorpecentes; Decreto nº 85.110, de 2 de setembro de 1980 que retirou da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE) a gerência sobre a política de drogas no país e passou para o Conselho Federal de Entorpecentes (CFE), composto por membros de vários ministérios e coordenado pelo Ministério da Justiça.

A mudança de endereço do escritório central do controle do narcotráfico do

Ministério das Relações Exteriores para o Ministério da Justiça não significa apenas a maior centralidade que essa questão terá na agenda política a partir de então. A década de 1980 foi marcada pelo delicado jogo político da redemocratização e a transição democrática colocava em pauta, para os civis-militares ligados à situação, maneiras de se preservar a estrutura militar de segurança pública. Isso foi devidamente possível com a mudança de foco do inimigo interno, que deixou de ser o jovem, branco, militante da classe média para o negro, pobre e favelado, recrutado pelo tráfico de drogas (CARVALHO, 2007, p.31-60). O Mapa da Violência, que aborda os homicídios no Brasil desde os anos 1980, é bastante claro sobre o impacto da abertura política: foi ampliada a letalidade do Estado e iniciado o genocídio da população jovem e negra. O combate ao narcotráfico continua justificando essa barbárie até hoje.

O fato do Ministério das Relações Exteriores ter perdido a centralidade na definição das políticas de drogas não significou o esvaziamento da questão nesse âmbito. Em 1986, o Brasil sediou a Conferência Especializada Interamericana sobre Tráfico de Entorpecentes realizada no Rio de Janeiro. Desse encontro foi elaborada a Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD) que posteriormente se tornaria um exemplo de mecanismo multilateral nessa área, exportando seus conceitos para a ONU (SILVA, 2013, p.208-256). Graças aos compromissos internacionais, desde os anos 2001, vários levantamentos estatísticos sobre perfil do consumo e da assistência pública foram elaborados⁹.

A década de 1980 também foi decisiva para as práticas culturais que se desenvolviam em torno dos cultos ayahuasqueiros – que apesar das diferenças possuem uma origem popular e tradição comum (são hierárquicos e patriarcais, enfatizando a questão da cura). Nessa década, constituíam importantes ritos de sociabilidade nos centros urbanos do Acre e de Rondônia. Perseguidos, chegaram a ter seu sacramento proibido em 1985, porém, uma comissão estabelecida pela CFE para avaliar a questão decidiu a favor da liberação dessa substância – concluiu-se

⁹ Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
<<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>> último acesso: 07/08/2014

que eram ritos que favoreciam a coesão social (família e trabalho) e, além disso, era uma manifestação religiosa. Em 1991, nova comissão emitiu parecer idêntico ao anterior e, em 2010, uma resolução oficial autorizou essa prática definitivamente. Desde essa época, esse tipo de culto tem se popularizado em diversas regiões do país e do exterior (MACRAE, 2009, p.291-295).

Para finalizar, ainda gostaria de fazer breves considerações sobre alguns desenvolvimentos recentes.

Em 25 de julho de 1990 foi promulgada a Lei nº 8.072, conhecida como Lei dos Crimes Hediondos. O tráfico de entorpecentes foi um dos delitos enquadrados nessa nova tipologia penal, fato que teve consequências desastrosas para o sistema carcerário brasileiro – pulamos para a terceira maior população carcerária do mundo (perdendo apenas para os EUA e a China). Os baixos investimentos no setor e a superlotação dos presídios ampliaram a violência em torno dos condenados e suas famílias e fortaleceram o crime organizado. Hoje, estamos vivendo o quase colapso desse sistema.

A partir do final dos anos 1990 duas pautas importantes são colocadas em relação à maconha: 1ª. Terapêutica. Usada nos processos de cura em diferentes culturas e contextos, seu uso medicinal foi rejeitado em meados dos anos 1930 pela dificuldade em obter amostras com diferentes potências. Somente em meados dos anos 1960 que se começa a identificar a estrutura química e obter os componentes isolados da planta. Esses estudos passaram a ter interesse renovado recentemente graças à descrição dos receptores de canabinóides e à identificação de um sistema canabinóide endógeno no cérebro (ZUARDI, 2006); 2ª. Social e Política. O movimento Marcha da Maconha iniciou sua trajetória no país timidamente em São Paulo e no Rio de Janeiro, no começo dos anos 2000, ganhando projeção nacional nos últimos anos. Alguns partidos identificados com a esquerda (PSOL, PCB e PSTU) se abriram para discutir a descriminalização do uso. No exterior cresce a opinião pública favorável a políticas liberais, principalmente nos EUA e, no Brasil, essa perspectiva tem sido defendida pelos grandes conglomerados midiáticos (Folha de São Paulo, Fantástico, O Globo) com o apoio do ex-presidente Fernando

Henrique Cardoso (DELMANTO, 2013, p.252-256). Os usos e os controles sobre a maconha e seus derivados se tornaram temas importantes na agenda política atual.

O crescente poder do tráfico de drogas, a corrupção policial, os altos índices de homicídio e o genocídio da população pobre e negra gera dúvidas sobre a viabilidade do modelo proibicionista. A superlotação carcerária, em grande parte, existente por causa das leis de drogas, é a evidência mais latente do colapso do sistema de justiça criminal do país. Não existe nem mesmo uma justificativa plausível, do ponto de vista farmacêutico, da proibição de algumas substâncias e outras não. O destilado de cana, liberado, é desse ponto de vista incomparavelmente mais prejudicial do que a maconha, que é proibida. Do ponto de vista da saúde pública, menos ainda. Com a proibição, as substâncias passam a ser vendidas no mercado ilícito. Os traficantes, na ânsia por aumentar os lucros e por não contar com nenhum tipo de vigilância, adulteram os produtos com os mais diversos fármacos (incluindo misturas variadas da farmacopéia oficial e venenos de diversos tipos¹⁰). Nessa situação, é frágil qualquer tentativa de estabelecer uma taxa de segurança (diferença entre dose ideal e dose letal) para o consumo seguro. Nesses termos, a política que devia proteger o indivíduo é a responsável por envenená-lo.

Frente a tudo que foi exposto, fica difícil imaginar os motivos que levam a permanência da política proibicionista. O governo federal promulgou várias leis nos anos de 2006 e de 2011, abrindo a legislação para as primeiras influências liberais. Várias propostas liberalizantes foram protocoladas em instâncias legislativas no último ano, fato que provavelmente levará a intensificação do debate sobre o tema. Essa articulação política levou a uma reação dos setores conservadores, principalmente, àqueles ligados ao fundamentalismo religioso evangélico, que passaram a defender a retomada dos princípios punitivos da lei e liberação de recursos para propostas terapêuticas baseadas na doutrinação religiosa.

¹⁰Essa matéria jornalística serve de exemplo: “As substâncias horripilantes que as pessoas misturam na cocaína”. <http://www.vice.com/pt_br/read/as-substancias-horripilantes-que-as-pessoas-misturam-na-cocaina>Último acesso: 07/08/214

Infelizmente, o peso da bancada evangélica no Congresso e o controle que ela exerce sobre parte dos meios de comunicação de massa impedem uma ação efetivamente progressista do governo nesse campo.

Por tudo que foi dito, parece insustentável politicamente, passados mais de vinte anos da carta que consagrou os princípios do Estado Democrático de Direito, que o estado brasileiro continue promovendo uma política terrorista e genocida sustentada na ignorância da população. Cabe ao estado ampliar as políticas de promoção à saúde, principalmente as de redução de danos, para toda a sociedade, objetivando criar uma cultura farmacológica capaz de reduzir os custos sociais do uso de drogas e ampliar a autonomia dos cidadãos. A liberdade responsável deve ser entendida como um pressuposto da vida civilizada, fundamento dos Estados laicos, socialistas e democráticos. Promovê-la, o princípio que deve nortear as futuras políticas nesse campo.

REFERÊNCIAS

ADIALA, Julio Cesar. Drogas, Medicina e Civilização na Primeira República. **Tese**. (PPG em História das Ciências da Saúde / Fundação Oswaldo Cruz), 2011.

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

CARNEIRO, Beatriz H. S. A vertigem dos venenos elegantes. **Dissertação**. (PPG-História / PUCSP), 1993.

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

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

COSTA, Raul Max Lucas da. Tensões sociais no consumo de bebidas alcoólicas em Fortaleza (1915-1935): trabalhadores, boêmios, ébrios e alcoólatras. **Dissertação**. (PPG - História Social / UFC), 2009.

COURTWRIGHT, David T. **Forces of Habit**: Drugs and the Making of the Moderns

World. Massachusetts/London: Harvard/Cambrindge, 2001.

DELMANTO, Júlio. Camaradas Caretas: Drogas e esquerda no Brasil após 1961. **Dissertação**. (PPG - História Social / USP), 2013.

DIKOTTER, Frank; LAAMANN, Lars; XUN, Zhou. **Narcotic Culture**: a history of drugs on China. Chicago: TheUniversity of Chicago Press, 2004.

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

FARIAS, Roberval Cordeiro. As toxicomanias de após-guerra. In: **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1958, p.147-153.

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

LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional: relações Brasil-Estados Unidos e os organismos internacionais. **Tese**. (Escola de Serviço Social / UFRJ), 2009.

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.44-96, 1996.

MACHADO, Vanderlei. Entre Apolo e Dionísio: A imprensa e a divulgação de masculinidade urbana em Florianópolis (1889-1930). **Tese**. (PPG - História / UFRGS), 2007.

MACRAE, Edward. A elaboração das políticas públicas brasileiras em relação ao uso religioso da ayahuasca. In: LABATE Beatriz Caiuby et. all (org). **Drogas e Cultura**: novas perspectivas. Salvador: UFBA, 2008, 289-313.

MANICA, James. **Anestesiologia**: princípios e técnicas. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARQUES, Teresa Cristina de Novaes. Cerveja e aguardente sob o foco da temperança no Brasil, no início do século XX. **Revista Eletrônica de História**. v.9, n.1, p.48-70, 2007.

MATOS, Maria Izilda Santos de. **Meu lar é o Botequim**: alcoolismo e masculinidade. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

MOREIRA, A. A. Santos. **Formulario de Therapeutica Infantil**: Revisto e Prefaciado

pelo Prof^o Fernandes Figueira com a colaboração dos drs. Zopyro Goulart, Aleixo de Vasconcellos, Edilberto Campos e J. Marinho. Rio de Janeiro: Editores Besnard Freres, 1920.

REIS JR, Almiro dos. Anestesia regional intravenosa primeiro centenário (1908-2008). Início, desenvolvimento e estado atual. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. v.58, n.3, p.299-321, 2008.

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

ROSA, Ana Lúcia Gonçalves. Passos Cambaleantes, Caminhos Tortuosos: Beber Cachaça, Prática Social e Masculinidade - Recife/PE (1920-1930). **Dissertação**. (PPG - História / UFC), 2003.

SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos. Bêbados e Alcoólatras, Medicina e Cotidiano. In: NASCIMENTO Dilene Raimundo do [et.al.] (org). **Uma história brasileira das doenças**: [vol2]. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006, 64-91.

SAYD, Jane Dutra. **Mediar, Medicar, Remediar**: Aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1998.

SILVA, Luiza Lopes da. **A Questão das Drogas nas Relações Internacionais**: Uma perspectiva brasileira. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2013.

SILVA, Maria de Lourdes. Drogas no Rio de Janeiro da Bela Época: a construção da noção de crime e criminoso. **Dissertação**. (PPG - História / PUCRJ), 1998.

_____. Drogas - da medicina à repressão policial: a cidade do Rio de Janeiro entre 1921 e 1945. **Tese**. (PPG - História / UERJ), 2009.

SOUZA, Jorge Emanuel Luz. Sonhos da diamba, controle do cotidiano: uma história da criminalização da maconha no Brasil republicano. **Dissertação**. (PPG-História / UFBA), 2012.

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

ZUARDI, Antonio Waldo. History of *cannabis* as a medicine: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.28, n.2, p.153-157, 2006.