



Artigos Originais

O uso de drogas e a instauração do proibicionismo no Brasil

The psychoactives use and the early prohibitionism in Brazil

Carlos Eduardo Martins Torcato¹

¹Doutorando, Universidade de São Paulo (USP), SP - Brasil

RESUMO - O ato de se inebriar com substâncias psicoativas pode ser considerado universal. Objeto de interesse das classes dominantes nas diversas formas possíveis de consumi-los, os usos e os controles sobre os psicoativos tiveram características particulares na sociedade moderna. O desenvolvimento do comércio transatlântico propiciou um acesso alargado a diversas substâncias, fenômeno conhecido como revolução psicoativa. O presente artigo buscou compreender como foi a participação do Brasil nesse contexto, procurando fazer um levantamento das formas de uso presentes desde os primeiros contatos com os europeus, porém com ênfase no século XIX. Em um contexto de crise do trabalho compulsório e da nosologia oficial, tais usos passaram a ser objeto de crescente controle político-jurídico. No Brasil, as medidas proibicionistas implementadas respeitaram as dinâmicas políticas ditadas pelo federalismo, sendo fundamental a articulação da classe médica na defesa do monopólio terapêutico e na promoção dos preceitos da medicina social.

Palavras-chave: Drogas; Formulação de Políticas; Políticas de Saúde Pública.

ABSTRACT - The act of self inebriate with various substances can be considered universal. Object of interest of the ruling classes in various possible forms of consuming them, uses and controls on psychoactive had particular characteristics in modern society. The development of transatlantic trade led to widespread access to various substances, a phenomenon known as psychoactive revolution. This paper aims to understand how Brazil have participated in that context, intending to make a survey of the use forms presents since the first contacts with Europeans with an emphasis, however, on the nineteenth century. In a crisis context of compulsory labor and of the official nosology, such uses have become the object of increasing political and legal control. In Brazil, the prohibitionist measures implemented respected political dynamics dictated by federalism where the articulation of the medical monopoly in defense and promotion of therapeutic precepts of social medicine was decisive.

Keywords: Drugs; Policy-making; Public Health Policies.

1. INTRODUÇÃO

O ato de se inebriar com alguma substância, seja ela alcoólica ou não, pode ser considerado pertencente às altas esferas dos prazeres humanos, juntamente com o sexo e a alimentação. Ao longo de toda a história da humanidade é possível perceber diversas representações sobre esse tema que giram, basicamente, em torno de duas polaridades: os que chamam a atenção para os perigos do uso e os que vêem nesse consumo uma importante fonte de ensinamento¹

Objeto de interesse e de controle das classes dominantes em todas as sociedades, o acesso às substâncias psicoativas sofreu mudanças com o desenvolvimento do comércio transoceânico e dos impérios europeus. Ao longo do século XIX, pessoas em diversos locais do planeta começaram a adquirir, e com mais potência, meios para alterar suas consciências. Isso possibilitou a disseminação de álcool destilado, cafeína, tabaco, opiáceos, Cannabis, cocaína e açúcar, este último ingrediente chave para a disseminação de outras drogas. Courtwright²

denominou esse fenômeno, essencialmente moderno, de revolução psicoativa.

Tal quadro levou a uma crescente preocupação das classes dominantes com esse consumo e com os hábitos, principalmente em uma conjuntura global de crise do trabalho compulsório e a proliferação do assalariamento. Existia a percepção, pela ascendente classe burguesa, dos prejuízos trazidos à disciplina necessária ao trabalho pelo consumo imoderado de álcool. Paralelamente, fatores ligados ao campo médico oficial também contribuíram para uma maior interferência da medicina no ordenamento social, tais como a crise da nosologia baseada na teoria dos humores, a consolidação da psiquiatria e a emergência

Autor correspondente

Carlos Eduardo Martins Torcato

Av. Dr. Walter só Jobim, 436 / 102.

Porto Alegre (RS) - CEP: 91050-230.

Email: carlos.torcato@gmail.com

Artigo encaminhado 21/04/2013

Aceito para publicação em 18/05/2013

da categoria clínica loucura, a maior influência do organismo na definição de doença e a emergência das teorias raciais que justificavam a proibição do consumo de substâncias psicoativas a partir do conceito de degenerescência. Todos esses fatores permitiram que a categoria vício, até então pensada em termos essencialmente morais, fosse patologizada¹.

Esse fenômeno de proibição às drogas não pode ser creditado a um ou outro país, caracterizando-se, portanto, como transnacional. Isso não quer dizer, entretanto, que ele tenha sido igual em todos eles ou que existe consenso em torno do recurso penal como forma de restringir o comércio e o uso dessas substâncias. Alguns autores tem chamado a atenção para o papel desempenhado pelos Estados Unidos na defesa desse modelo de controle. No plano internacional, a defesa a restrição do comércio de psicoativos estava em consonância com a política imperialista estadunidense na Ásia, pelo menos até meados do século XX³. No plano interno, ocorreram mobilizações civis – principalmente religiosas – capazes de alterar a antiquíssima noção de temperança, até então percebida como consumo moderado, para sinônimo de abstinência¹.

Dessa forma, o artigo buscará compreender como o Brasil foi influenciado pela revolução psicoativa, descrita por Courtwright, e como foram as primeiras políticas adotadas para controlar e conter o consumo dessas substâncias. Percebe-se que o proibicionismo brasileiro respeitará os ritmos ditados pelo federalismo e a articulação política da classe médica no sentido de operacionalizar os preceitos da medicina social e de resguardar o monopólio de sua atuação.

2. BREVE HISTÓRIA DOS USOS DE PSICOATIVOS NO BRASIL

Uma visão panorâmica sobre o consumo de psicoativos na história do Brasil precisa necessariamente iniciar pelas bebidas fermentadas. Isso ocorre porque a técnica de fabricá-las é simultânea ao domínio da cerâmica e, portanto, proliferada nos diferentes cantos do planeta. Assim como os europeus possuíam o vinho e a cerveja, os indígenas também tinham suas bebidas: a mais conhecida era o cauim que podia ser obtido de várias frutas. As bebidas alcoólicas tem uma ação psicoativa sobre o corpo, porém seu uso não pode ser reduzido a isso, pois também possuem qualidades nutritivas, o que levaria a expressão alimento-droga como a mais correta para expressá-la^{4(p. 137)}.

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.

O uso de bebidas alcoólicas entre os indígenas ocorria de forma ritualizada em grandes festas periódicas, conhecidas como cauinagens. Esses rituais eram importantes na renovação da tradição indígena, sendo por isso perseguidos pelas autoridades eclesiásticas. Tais encontros, que contavam com a participação feminina, eram marcados pela tentativa consciente de obter o máximo de embriaguez, visto que os indígenas passavam dias seguidos bebendo sem ingestão de alimentos. Essa busca pelas formas intensas e extremadas de embriaguez foram abreviadas com a chegada dos destilados europeus⁴.

Foram os indígenas que apresentaram o tabaco aos europeus. Ele podia ser fumado, aspirado ou absorvido por enemas. Existia também o hábito de fazer bebidas com ele, porém esse uso se perdeu. Inicialmente, foi perseguido como um ato diabólico, sem sucesso, pois seu uso se difundiu pelo mundo. Essa substância foi importante na economia brasileira, sendo uma das mercadorias utilizadas no comércio de escravos⁴.

Recentemente, escavações em unidades domésticas, unidades de produção e espaços funerários procuraram desvendar, do ponto de vista material, como ocorreu a emergência de um modo de vida burguês no Rio de Janeiro do século XIX. Foram encontrados muitos registros de tabaqueiras – pequenas caixas destinadas a guardar tabaco em pó⁵. Naquela época, 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”^{5(p. 71)}. 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 humores⁵.

Interessante perceber que as drogas tipicamente começam suas carreiras como caros e raros medicamentos, apontados para a variedade humana e animal das doenças. Quando seus prazeres e propriedades de alterar a consciência são conhecidos, elas escapam do controle terapêutico e entram no universo do consumo². Os destilados também tiveram esse caminho, no mundo árabe entre os séculos X e XV⁶ e na Europa entre os séculos XVI e XVIII⁷.

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. 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 XVIII⁴. Atualmente ela é um símbolo da brasilidade.

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 “pelos efeitos próprios das bebidas espirituosas, mas não se pode ignorar o nível calórico existentes nas bebidas alcoólicas e a importância que este fator devia assumir em dietas pobres e insatisfatórias, como era a dos escravos”^{8(p. 85)}.

Apesar dessa associação, a cachaça era consumida em todas as classes sociais. Junto ao tabaco, ela se tornou importante insumo comercial utilizado no comércio com os africanos. Ao se referir aos destilados europeus, os indígenas associaram a ideia de “verdade/verdadeiro” e “ardente/fogo”, pois sua ingestão se constituía em uma técnica de êxtase mais eficiente^{4(p. 145)}.

O oposto aos destilados e inebriamentos alcoólicos era aquele provocado pelo café. Este psicoativo possui propriedades que determinaram a forma como a civilização européia se desenvolveu a partir do século XVII. A cafeína que ele contém provoca um aceleração das atividades intelectuais. Essa propriedade faz do café um dos símbolos da sociedade burguesa moderna, uma bebida de enorme significação histórica. Ele se infiltrou nos corpos e alterou seu estado químico e farmacológico em que o racionalismo e a ética protestante efetivaram seu modo ideológico e intelectual. Através do café o princípio racionalista penetra à fisiologia do homem e o transforma para essa nova exigência. O resultado são corpos que funcionam como as novas requisições, corpos racionais, burgueses e progressistas⁶.

No Brasil, o café tornou-se um emblema nacional, a 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, motivado pelo crescente consumo europeu ligado às novas demandas psíquicas nascidas da revolução industrial. Outro estimulante difundido na Europa – principalmente na Inglaterra – o chá tornou-se objeto de um conjunto complexo de ritualizações, de aparatos de preparo e de serviço, estando intimamente ligado aos espaços de sociabilidade feminina, principalmente entre as elites⁴.

Antes de tratar das substâncias que, posteriormente, foram alvos das políticas de controle e de proibição, é necessário também destacar outros psicoativos que tiveram importância no contexto brasileiro, porém sem ter a amplitude globalizada da revolução psicoativa. É o caso do guaraná que, quando descoberto, carregava “a crença que era um afrodisíaco e protegia contra vermes e malária”^{4(p. 149)}. Essa substância teve seu princípio ativo extraído em 1826 e, posteriormente, identificou-se que era o mesmo do café e do chá. O mate, outro estimulante, teve ampla difusão em todo o sul da América, incluindo o Brasil.

Existem também algumas plantas com propriedades psicodélicas. É o caso da jurema – uma pequena árvore da catinga nordestina cuja casca é misturada com bebidas alcoólicas ou fumada. Ela era usada em ritos caboclos. Em 1946, foi isolado o princípio ativo dessa planta. Treze anos depois, descobriu-se que ele era o DMT – o mesmo da ayahuasca⁴. Até meados do século XIX, a ayahuasca foi citada apenas ocasionalmente por missionários e viajantes da Amazônia Ocidental. Ela foi identificado cientificamente somente em 1852, pelo botânico Richard Spruce. Este e outros exploradores localizaram inúmeras tribos indígenas que utilizavam esse chá. As dinâmicas econômicas e sociais que levaram ao desenvolvimento urbano na região amazônica também popularizaram o uso de ayahuasca 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. No Brasil, surgem as religiões ayahuasqueiras, cujas mais conhecidas são a União do Vegetal e a Barquinha⁹. Inicialmente perseguida pela medicina oficial e, posteriormente, pelo seu caráter de droga, consegue reconhecimento oficial, na década de 1980, graças ao princípio da liberdade religiosa¹⁰.

História mais distante e antiga possui a Cannabis. No Brasil, ela foi introduzida a partir do contato com os europeus. Originária da Ásia Central e cultivada desde seis mil anos atrás, devido a sua facilidade de se adaptar aos diversos ambientes e suas inúmeras utilidades - foi usada para obter óleo de cozinha, confeccionar fibras (cordas, redes de pescar, tecidos, etc), e para fins terapêuticos e psicoativos, garantindo desse modo uma ampla difusão². Curiosamente, não foram todas as sociedades que tiveram contato com suas qualidades psicoativas e, conseqüentemente, terapêuticas e enteógenas. Na maioria dos locais, como é o caso da Europa, se plantava para obter fibra e, em segundo plano, óleo. O uso psicoativo foi descoberto na Índia aproximadamente há quatro mil anos atrás.

Importante, para nosso propósito, foi a difusão do uso psicoativo da Cannabis no mundo islâmico. Depois de enfrentar alguma resistência por parte das autoridades religiosas mais ortodoxas, as tentativas esporádicas de proibição falharam e seu uso estabilizou-se no século XIV, principalmente no Delta do Nilo. Os comerciantes árabes tiveram sucesso em espalhar a Cannabis para as regiões da costa leste da África, que por sua vez a expandiram para as regiões centrais e sul do continente. O fumo da Cannabis, ao contrário do tabaco, floresceu entre os povos sul-africanos antes do contato com os europeus. Essa longa região, que abarca a Índia, Irã, reinos muçulmanos e grande parte da África desenvolveram uma cultura canábica que Courthwright² denominou de complexo da ganja.

O Brasil, curiosamente, ao contrário dos outros países americanos e dos europeus, participou desse complexo da ganja que se desenvolveu em algumas partes do velho mundo. Desde meados do século XVI, existem indícios que os escravos plantavam maconha entre as plantas de cana. Os senhores permitiam que eles fumassem nos períodos de inatividade entre o trabalho, reproduzindo um uso costumeiro entre os agricultores africanos. Foi a partir desses escravos que o uso se difundiu entre os mestiços e os indígenas. Assim como em outros espaços que compõem o complexo da ganja, se desenvolveram usos medicinais, recreativos, místicos, religiosos, euforizantes e para produzir fibras e seus derivados².

Foi por causa dessa relação íntima com a Cannabis que o Brasil publicou algumas leis que proibiam seu consumo durante o século XIX. Graças ao trabalho de Rodrigues Dória¹¹, sabe-se que o Código de Posturas do Rio de Janeiro proibia o “fumo de Pango” desde 1830. Referência próxima foi encontrada por Mário Ypiranga Monteiro: em 1848, no Código de Posturas

de Manaus, o Capítulo 7º - “Das árvores das estradas e outros lugares, e dos animais daninhos” – continha o artigo 50 que proibia^{12(p. 291)}.

A cultura da planta vulgarmente chamada Diamba, de que usam para fumar os escravos, sob pena de vinte mil réis, ou oito dias de prisão a qualquer dono de sítio, fazenda, ou lugar onde achada em vegetação tal planta, dois meses depois da publicação da presente postura.

As duas menções a maconha, nos dialetos da época, tem em comum o fato de estarem relacionadas a práticas culturais dos negros escravos e outras populações subalternas. Fiore¹³ chama atenção para o fato da proibição não visar à Cannabis em si, mas a segmentos étnicos e sociais que a consumiam. Isso não impedia, entretanto, que membros da elite viessem a utilizar a maconha para fins terapêuticos quando convinha. Benoit Mure (1809-1858), médico da corte e um dos introdutores da homeopatia no Brasil, não teve dificuldades para encontrar um pé de maconha no interior do palácio imperial de São Cristóvão com objetivo de realizar experiências com haxixe¹³. Também existe o registro que a rainha Carlota Joaquina costumava tomar chá de maconha para fins medicinais¹⁴.

Em suma, a Cannabis foi introduzida na América a partir da chegada dos europeus e, no Brasil, também a partir dos escravos africanos. Esses escravos introduziram um uso psicoativo que se disseminou entre as populações indígenas e mestiças das regiões nordeste e norte. Os usos terapêuticos, que faziam parte do repertório cultural ligado ao complexo da ganja, também eram reconhecidos como tais por parte da elite. Olavo Bilac, por exemplo, descreve sua experiência com a Cannabis no norte do Brasil: ela teria sido receitada por um médico para combater a “excitação nervosa” desse jovem abastado. Em 1905, ainda existiam anúncios comerciais de cigarros índicos na Bahia¹⁵. Em São Paulo, existe a referência de um anúncio desse produto em 1929¹⁶.

Nos séculos XVIII e XIX existiam os remédios que prometiam curar tudo, verdadeiras panacéias, muitos com fórmulas secretas, ou seja, sem qualquer controle por parte das autoridades sanitárias: “As drogas miraculosas, os remédios para todos os males que apregoavam a cura, em um mesmo produto, de dezenas de distúrbios, eram anunciados com estardalhaço nos periódicos e vendidos nas butucas”^{5(p.65)}. A Cannabis era parte integrante dessa cultura terapêutica.

Foi pelas utilidades medicinais que se incorporam ao repertório psicoativo brasileiro os derivados de

opiáceos, o éter, o clorofórmio e, depois, a demonizada cocaína. O ópio era usado largamente como calmante na Europa desde o século XVII, tendo um custo relativamente baixo e estando disponível para largas parcelas da população. Foi somente no início do século XIX, entretanto, que começaram os experimentos químicos que isolaram seu princípio ativo que possibilitaram a morfina (1804) e, posteriormente, a heroína (1894). Na década de 1840, foram desenvolvidos o éter e o clorofórmio como agentes anestésicos, sendo que o segundo prevaleceu sobre o primeiro nos usos médicos. Paralelamente à consolidação da morfina injetada, ocorria o isolamento da cocaína em fins da década de 1850, tendo seu uso se generalizado entre a classe médica na década de 1880¹⁷.

No Brasil, a utilização de anestésicos ocorreu simultaneamente aos usos europeus. A Fábrica Nacional de Produtos Químicos e Farmacêuticos de Ezequiel & Filho servia de escola para os futuros farmacêuticos brasileiros e de laboratório para produzir produtos que concorriam com similares europeus¹⁷. Apesar disso, o uso dessas substâncias não parece ter sido disseminado na Guerra do Paraguai (1864-1870) como ocorreu na Guerra de Secessão (1861-1864)¹⁷. A popularidade da morfina neste último conflito gerou os primeiros relatos de abuso e, em 1878, é lançado o conceito médico de morfinomania para designar as pessoas com usos problemáticos¹⁷.

Percebe-se, portanto, que também existia no Brasil o acesso as substâncias psicoativas que constituíam aquele fenômeno que Courtwright denominou de revolução psicoativa. Esse consumo, certamente, variava de região para região e, principalmente, entre as classes sociais. Em fins do século XIX, os usos não se restringiam mais aos fins terapêuticos e as elites passaram a consumir, cada vez mais, essas substâncias para fins recreacionais e de distinção social.

No momento em que as drogas entram na esfera do consumo, abandonando a exclusividade médica, o status político muda. Os usos não médicos geram controvérsia, alarde e interdição estatal. A diferença entre uso terapêutico e não-terapêutico está na base de fundação dos marcos internacionais de controle que passou a se desenvolver². O Brasil, assim como outros países, passou a lidar com esse problema no interior da esfera política; configurava-se, nessa época, o campo da saúde pública. Conforme se verá adiante, as formas como se deram a implementação dos controles variou de acordo com cada contexto, conforme o grau de articulação política da classe médica e do projeto sanitário de cada estado federado da novíssima república brasileira.

3. O PROIBICIONISMO NO BRASIL E O FEDERALISMO DA PRIMEIRA REPÚBLICA

Qualquer estudo que pretenda abordar o tema da proibição das drogas no Brasil precisa, necessariamente, passar pelas políticas que se configuravam no Rio de Janeiro. Da chegada da Corte ao Brasil (1808) até a queda do Império (1889), ela abrigou a sede do poder central, sendo os promotores das principais instituições médicas do século XIX. Depois da Proclamação da República, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se central no processo de modernização da nação que foi implementado. Sidney Chalhoub¹⁸ demonstrou de maneira exemplar a força política que a Junta Central de Higiene adquiriu a partir de 1890.

Conforme colocado anteriormente, o proibicionismo teve como grande propulsor a agenda internacional, impulsionada sobretudo pelos EUA como uma estratégia geopolítica de aproximação com os chineses. Desde o início do século XX, foram realizados congressos e encontros internacionais no sentido de estabelecer um controle sobre o comércio internacional de alguns fármacos, particularmente Xangai (1906) e Haia (1912). Existia forte resistência de Alemanha e Holanda nas restrições, pois eram nesses países que estavam localizadas as principais indústrias farmacêuticas³.

No Brasil, os médicos já vinham problematizando o uso de drogas como uma patologia desde o final do século XIX. Os discursos presentes nas principais revistas médicas, psiquiátricas e as teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro mostram 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. Entusiasmados com as novidades tecnológicas, por um lado, porém preocupados com a ausência de controle, por outro lado, os médicos defendiam a necessidade de se contar com os fármacos e um maior controle sobre o seu comércio. O uso problemático era associado, sobretudo, aos excessos alcoólicos entre os menos desfavorecidos e a consequente degeneração e inaptidão à civilização. A articulação política dessa classe teria sido coroada com em 1921, quando a categoria toxicomania seria consagrada, inclusive na legislação, e assim as drogas se consolidaram como um problema público¹⁷.

A população estaria alheia a essa legislação? Seria ela resultado da articulação política de uma pequena classe médica? Será que essa legislação teve algum efeito prático sobre a vida das pessoas? Uma pesquisa

em alguns jornais do Rio de Janeiro indicaram que o tema da proibição das drogas estava totalmente ausente, o que indica que tal temática tenha ficado restrito às classes médicas, não debatido na sociedade em geral¹⁹. O pensamento proibicionista, que foi se desenvolver depois, principalmente após a ascensão de Getúlio Vargas, estava ligado a formação racial do povo brasileiro. O projeto médico de saneamento social que se desenvolveu a partir dos anos 1920 representava uma alternativa percebida como viável a uma imagem negativa da mestiçagem²⁰.

Além da notável interferência de fatores externos, existe um certo consenso, portanto, da importância dos discursos e também da articulação política da classe médica para a implementação do proibicionismo às drogas no Brasil, cujo marco mais relevante é a Lei nº. 4.294 de 14 de julho de 1921. Essa lei proibia, no seu artigo primeiro, a venda de “substâncias venenosas” que tivessem qualidades “entorpecentes” como o ópio e seus derivados, bem como a cocaína e seus derivados. Pela primeira vez foi prevista a pena de prisão para aqueles que traficassem. Os demais artigos são voltados para o controle do consumo de álcool.

Recentemente, foi lançada uma compilação de textos literários do início do século, realizado por Resende²¹, mostrando a presença marcante nos cronistas cariocas do tema dos excessos e dos prazeres importados da Europa, entre eles o consumo de cocaína e de ópio. Acompanhando, portanto, uma tendência social dos centros europeus, o consumo dessas drogas aumentou progressivamente desde o final do século XIX. Ficou a administração do Distrito Federal inerte a esse hábito hedonista até a promulgação da lei de 1921?

Existem dois indícios na pesquisa de Silva²⁰ que nos ajudam a pensar a questão colocada. De acordo com ela, por influência da Convenção de Haia (1912), a “prática policial já vinha coibindo a venda de tóxicos na cidade antes mesmo da lei ser sancionada”. As notícias trazidas pela autora são todas datadas do ano de 1921, porém anteriores a promulgação da lei de proibição deste ano. Em uma delas afirma-se que a polícia instaurou “inquérito” para averiguar o suposto crime.

A proibição da venda de cocaína, definida em 1892 a partir da publicação do Código Sanitário, não previa punição aos infratores. Isso não significa, entretanto, que não existia repressão aos usuários e aos estabelecimentos que vendiam os “tóxicos” fora do uso médico legítimo. Eram os códigos sanitários que determinavam a forma como ocorriam os controles

sobre a venda das substâncias psicoativas, entendidas como remédio e, também, como “veneno”. Infelizmente, pouco se sabe sobre o controle de drogas no pré-1921 no Rio de Janeiro.

Se a forma como ocorreu a repressão às drogas no pré-1921 ainda é obscura no caso do Rio de Janeiro, em São Paulo a situação é oposta. Os destaques dados pela imprensa paulista aos suicídios ocorridos com uso de “entorpecentes” iniciaram-se em 1911. Apenas um ano depois (1912), foram implementadas mudanças no Serviço Sanitário e definidas multas a serem aplicadas nas farmácias que não cumprissem as restrições na venda dessas substâncias. Os jornais cobriram e divulgaram a participação do Brasil na Conferência do Ópio²².

Talvez a chave para compreender essa diferença esteja no papel central desempenhado pela organização sanitária no projeto de sociedade paulista. Considerado um dos melhores do Brasil, tanto por figuras nacionais como Belisário Penna²³ quanto por médicos de outros Estados como no Rio Grande do Sul²⁴, tal organização estava vinculada à própria construção da ideologia bandeirante²³. Além disso, era um projeto político que tentava mostrar independência do executivo estadual frente ao federal²³ e intervir nas administrações municipais, fato que gerou inúmeros conflitos entre as administrações estadual e local²³.

A incapacidade do poder público em acabar com a venda ilegal de “entorpecentes” fazia o eficiente serviço sanitário paulista alvo das críticas dos jornais. Entre 1912 e 1918, os jornais desta cidade não pouparam adjetivos às autoridades, explorando casos célebres de suicídios e de mortes, como no famigerado “Clube da Morte”²². A resposta a este e outros problemas não tardou e em 1917 foi promulgado novo regulamento sanitário, prevendo maior punitividade e menos tolerância com hábitos indesejados²³, entre eles os “hábitos elegantes” de usar drogas.

Com o poder de fechar as farmácias, a polícia tomou a frente na solução desse problema público. Utilizando os odiosos “secretas” os policiais estabeleceram um controle mais rigoroso sobre esses estabelecimentos, multando e fechando aqueles que descumpriam a proibição de vender “entorpecentes” fora do uso médico. Os jornais acompanharam vivamente as ações da polícia e exaltavam a atuação do Delegado Alves Ferreira²². Quando a Lei de 1921 foi promulgada, a repressão aos tóxicos estava em pleno andamento em São Paulo, fato que denota a importância da agenda política estadual na definição das ações de repressão às drogas.

O caso do Rio Grande do Sul, entretanto, é o mais significativo para provar o peso das políticas estaduais na concretização das ações contra as drogas. Este estado foi marcado nos anos iniciais da República por uma forte instabilidade política e social⁵. A guerra civil que consolidou o novo regime deixou fortes marcas no sistema de governo. Altamente centralizado e autoritário⁶, baseou seu poder no controle da Brigada Militar⁷ e consagrou o positivismo como ideologia oficial. Essa situação eternizou algumas lideranças nos principais cargos do executivo, configurando um quadro de continuísmo administrativo⁸.

A mistura de liberdade religiosa, que era uma bandeira republicana desde 1880, e liberdade de profissão deu uma sobrevida às práticas religiosas populares e seus sistemas terapêuticos²⁵. O Decreto nº. 44 de 02 de abril de 1895, que organizou o Serviço Sanitário, definiu que eram livres as práticas de cura desde que inscritas na Secretaria de Higiene. Contrariamente a São Paulo foi definido que a organização sanitária ficava a cargo dos municípios. Cabia ao executivo estadual apenas o controle de entrada e saída de alimentos e de medicamentos e a manutenção de espaços destinados ao isolamento de doentes em casos de surtos epidêmicos. Em 1907, a nova organização sanitária consagrou essa estrutura²⁴.

Os médicos gaúchos, que se agrupavam em torno da Faculdade de Medicina de Porto Alegre e da Sociedade de Medicina de Porto Alegre (SMRGS), eram muito críticos às políticas públicas de saúde. O discurso da eugenia, que se desenvolveu no Rio de Janeiro e em São Paulo nos anos de 1920, servia à classe médica gaúcha porque ele podia ser usado como uma crítica ao federalismo. Na visão desses médicos, a federalização da organização sanitária era um dos fatores responsáveis pelo estado caótico da saúde pública gaúcha e pelo “ostracismo belicoso” que esta classe esteve renegada desde a ascensão dos republicanos e sua defesa irrestrita da liberdade profissional²⁴.

O clima de enfrentamento da classe médica com o executivo estadual começou a tomar novas orientações com a ascensão de Getúlio Vargas ao comando do governo gaúcho. Empenhado em uma política de conciliação, ele se comprometeu em promover uma campanha de educação sanitária. Para levar a cabo tal tarefa, convidou o Dr. Belisário Penna para ser o coordenador da ação. A Sociedade de Medicina logo criou uma sessão solene para homenagear o Dr. Penna, em que marcou presença o próprio presidente do Estado. O seu discurso na ocasião teve que ser interrompido devido aos aplausos no momento em que Getúlio disse que a vinda do Dr.

Penna para o Rio Grande do Sul marcava um novo momento na campanha de saneamento do Estado. As páginas dos Archivos Rio-Grandenses de Medicina reproduziram os discursos e vários artigos que demonstravam confiança em uma mudança de postura do governo estadual²⁴.

Foi nesse contexto que, somente em 1928, o Rio Grande do Sul começou a controlar a venda de “entorpecentes”. Getúlio Vargas promulgou um “Acto” que apontava a vontade política de controlar o comércio e o consumo dos psicoativos distribuídos nas farmácias. Pesquisa anteriormente realizada demonstra a intensificação das ações policiais contra vendedores de “tóxicos” no pós-1928, fato que demonstra os efeitos práticos dessa maior afinidade política entre a classe médica e os representantes do poder público²⁶. Esse “Acto” foi saudado pelos médicos, pois na revista Archivos Rio-Grandenses de Medicina, periódico mantido pela SMRGS, foram trocadas e publicadas cartas com Getúlio Vargas externalizando elogios mútuos. Segundo Kummer²⁴, esses ofícios representaram um marco na mudança de relacionamento da classe médica com o governo do Estado.

Percebe-se, pela exposição colocada acima, que cada uma das cidades destacadas – Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre – possuem uma temporalidade diferente no que se refere ao início da regulação dos “entorpecentes” por meio da polícia e da justiça criminal. Isso ocorre porque o controle público sobre os psicoativos está diretamente ligado à forma como era organizado o serviço sanitário de cada Estado. O controle sobre as drogas nesse contexto estava ligado à vigilância das farmácias e a regulação das práticas médicas, o que interessava particularmente a medicina científica oficial.

A heterogeneidade regional criada pelo federalismo e a característica transnacional do fenômeno da proibição das drogas trazem enormes dificuldades na compreensão dos meandros das formas de controle criados nessa época. Por outro lado, essas características ajudam a compreender as especificidades dos sistemas de justiça criminal no federalismo brasileiro, quanto, por exemplo, ao papel do júri. Em Porto Alegre quase todas as pessoas que acabavam presas pela polícia pelo delito de venda de “entorpecentes” terminavam absolvidas pela população²⁶. A repressão era inócua se comparada a São Paulo. Nesta cidade a Lei nº 1859 de 30 de dezembro definiu que não era função do júri avaliar esse tipo de delito evitando, assim, “as escandalosas absolvições promovidas pelo Tribunal Popular”, para

usar as palavras do nosso contemporâneo Fonseca^{16(p.132)}.

Essa pequena análise se concentrou, sobretudo, em ambientes urbanos que possuem forte interação cultural com os centros europeus. Interessante perceber que a presença de Cannabis é quase irrelevante nesse contexto. Existem algumas informações sobre São Paulo: nos periódicos apenas duas notícias - em 1916, denúncia do jornal A Capital sobre a facilidade de se comprar cigarros índicos; e em 1929, denúncia do jornal Diário Nacional sobre a relação da comunidade Síria e o comércio de haxixe. O primeiro vendedor de maconha preso em flagrante parece ter sido Diomero de Oliveira em 1929. Ele era comerciante de ervas com estabelecimento localizado na Praça da Sé, nº 63-A, sendo preso pela polícia quando “vendia meio quilo do tóxico ao preço de 190\$000 réis” a “um viciado a seu serviço”, provavelmente um “secreto”. Depois de denunciado pelo Ministério Público e responder por um processo-crime, foi considerado inocente com o argumento que tal comércio foi feito com finalidade medicinal¹⁶.

A cocaína, o éter (“lança perfume”), a morfina e o ópio em diversas formas de consumo – inalado, fumado, ingerido – parecem ter sido as substâncias de maior predileção. A diamba era associado a pobreza, ao negro, ao atraso e a inferioridade racial. Em São Paulo, o médico Orlando Vairo que escreveu a obra Os 'vícios elegantes' principalmente em São Paulo, em 1925, destacou que apesar de 70% dos frequentadores de cabaré serem “cocainófilos”, uma clínica particular da cidade estudada por ele apresentava maior número de morfinômanos (64 do total de internados) do que em cocainômanos¹⁶. A maconha não fazia parte desse repertório psicoativo por causa do estigma que carregava. Não é a toa que ela foi considerada, na década de 1940, graças a um maior conhecimento sobre as dinâmicas de consumo das populações do sertão nordestino e nortista, um vício deselegante pelos intelectuais que pesquisavam o tema.

Conforme foi possível perceber, o conhecimento sobre o tema ainda é muito fragmentado, pois sabe-se mais sobre São Paulo do que sobre as demais cidades. A partir da análise dos discursos médicos percebe-se eles visavam um maior controle sobre as farmácias e a exclusividade de uso dos psicoativos, embora na prática muitos deles se desviassem desse propósito, receitando “entorpecentes” com intuito não-terapêutico. O maior controle sobre esses estabelecimentos passava pelo estabelecimento de uma “polícia sanitária” e a maior penalização sobre os infratores.

A Lei de 1921, em grande parte, respondeu a essa demanda. Por outro lado, ela somente se transformava em política pública a partir de uma articulação da classe médica com as elites estaduais e um empenho, por parte dessas, de acionar os meios disponíveis para seguir tais regulamentos. Nesse período, cabia a polícia esse tipo de tarefa. São Paulo criou uma sessão especializada. Em outros lugares, essa demanda ficou a cargo da Delegacia de Costumes, como foi o caso de Salvador¹⁵. Em Porto Alegre, supostamente Getúlio Vargas teria inaugurado uma sessão de combate aos entorpecentes com intuito de moralizar a polícia²⁶.

A principal característica do proibicionismo, nesse momento, é sua ligação com as iniciativas da medicina oficial no cerceamento do comércio das farmácias e, também, conforme demonstrou Adiala¹⁷, a consolidação da psiquiatria como um saber médico legítimo.

4. CONCLUSÕES

Procurou-se construir, ao longo desse artigo, um panorama do consumo de psicoativos no Brasil e as primeiras políticas públicas destinadas a controlar e a conter o consumo de algumas substâncias. A principal tendência verificada nesse processo é o crescente cerceamento das boticas e das farmácias, no sentido de monopolizar a prescrição de drogas ao uso médico oficial, restringindo, assim, o uso lúdico ou recreacional. Percebeu-se, pela análise das políticas sanitárias do Distrito Federal, de São Paulo e de Porto Alegre, que as medidas efetivas de controle respeitavam o ritmo imposto pelas liberdades federativas permitidas na Primeira República e a articulação da classe médica no sentido de resguardar seus interesses e implementar concepções ligadas à medicina social.

Os esforços de guerra, os medicamentos novos que substituíam clássicos “entorpecentes” e um controle sempre crescente sobre a distribuição dos medicamentos nas farmácias e boticas levaram a uma restrição desse comércio ilegal. Essa indisponibilidade de meios de alterar os estados de consciência e a crescente migração de nordestinos para o sudeste, junto com seus hábitos, elevará o consumo de maconha nos meios urbanos do sudeste a partir da década de 1940. Interessante perceber que o comércio e a popularização desse “novo” psicoativo não estará ligado à distribuição farmacêutica, e sim a periferia urbana. A partir desse ponto, começa a se desenvolver um novo ciclo de produção, de distribuição e de consumo que desembocará no

narcotráfico contemporâneo. A partir do final da década de 1950, novos psicoativos serão introduzidos no mercado – LSD, barbitúricos, etc – e uma outra revolução psicoativa entrará em curso, com suas conseqüências culturais (contracultura) e jurídico-políticas (ampliação do proibicionismo).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carneiro, H. Bebida, abstinência e temperança na história antiga e moderna. São Paulo: SENAC, 2010.
2. Courtwright DT. Forces of habit: drugs and the making of the modern world. Massachusetts/London: Harvard/Cambridge; 2001.
3. Rodrigues T. Política e drogas nas Américas. São Paulo: Educ/Fapesp, 2004.
4. Carneiro H. O corpo sedento: bebidas na história do Brasil. In: Priore M, Amantino, M (org.). História do corpo no Brasil. São Paulo: Editora da Unesp; 2011.
5. Lima TA. Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX. *Hist ciênc saúde–Manguinhos* 1996; 2(3): p. 44-96.
6. Schivelbusch W. Histoire des stimulants. Paris: Gallimard; 1991.
7. Braudel F. Civilização material e capitalismo: séculos XV-XVIII. Lisboa/Rio de Janeiro: Edições Cosmos; 1970.
8. Algranti LM. Aguardente de cana e outras aguardentes: por uma história da produção e do consumo de licores na América portuguesa. In: Venâncio RP, Carneiro H (org.). Álcool e drogas na história do Brasil. Belo Horizonte: Editora da PUC Minas; 2005. p. 71-92.
9. Antunes HF. (Dissertação). Droga, religião e cultura: um mapeamento da controvérsia pública sobre o uso da ayahuasca no Brasil. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas/USP, São Paulo. 2012. p. 26-8.
10. Goulart SL. Estigmas de grupos ayahuasqueiros. In: Labate, BC (org.). Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 251-88.
11. Doria R. Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício – memória apresentada ao II Congresso Científico Pan-americano, reunido em Washington D.C., a 27 de dezembro de 1915. In: Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes. Maconha: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária; 1958. p. 1-10.
12. Monteiro MY. Folclore da maconha. In: *Revista Brasileira de Folclore* 1965; (5)11: p. 285-300.
13. Fiore M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexos acerca de debates institucionais e jurídicos. In: Venâncio RP, Carneiro H (org.). Álcool e drogas na história do Brasil. São Paulo/Belo Horizonte: Alameda/Editora PUC Minas; 2005. p. 257-90.
14. Carlini EA. A história da maconha no Brasil. In: *J bras psiquiatr* 2006, (55)4: 314-7.
15. Souza JEL. (Dissertação). Sonhos da diamba, controle do cotidiano: uma história da criminalização da maconha no Brasil republicano. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/UFBA, Salvador. 2012.
16. Fonseca G. O submundo dos tóxicos em São Paulo: séculos XVIII, XIX e XX. São Paulo: Resenha Tributária; 1994.
17. Adiala JC. (Tese). Drogas, medicina e civilização na Primeira República. Departamento de História das Ciências da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2011.
18. Chalhoub S. Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
19. Silva ML. (Dissertação). Drogas no Rio de Janeiro da Bela Época: a construção da noção de crime e criminoso. Centro de Ciências Sociais/PUC, Rio de Janeiro. 1998.
20. Silva ML. (Tese). Drogas - da medicina à repressão policial: a cidade do Rio de Janeiro entre 1921 e 1945. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/UERJ, Rio de Janeiro. 2009.
21. Resende B. Cocaína: literatura e outros companheiros de ilusão. Rio de Janeiro: Casa da Palavra; 2006.
22. Carneiro BHS. (Dissertação). A vertigem dos venenos elegantes. Centro de Ciências Sociais/PUC, São Paulo. 1993. p. 82-136.
23. Mota A. Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1882-1920. São Paulo: EDUSP; 2005.
24. Kummer LO. (Dissertação). A medicina social e a liberdade profissional: os médicos gaúchos na primeira república. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS/Porto Alegre. 2002. p. 41-2.
25. Weber BT. As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na república rio-grandense (1889-1928). Santa Maria/Bauru: UFSM/EDUSC; 1999.
26. Torcato CEM. (Monografia). Discurso médico e punitividade penal: a repressão aos "tóxicos" em Porto Alegre no final dos anos 1920. Trabalho de Conclusão de Curso de Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS/Porto Alegre. 2011.