A ALIANÇA ENTRE JUSTIÇA E PSIQUIATRIA NO CONTROLE DO USO DE DROGA: MEDICALIZAÇÃO E CRIMINALIZAÇÃO NA BERLINDA

Claudia Ciribelli Rodrigues Silva*

> Quer se trate de justiça ou de medicina é a mesma ordem que está em jogo. Uma impõe sua manutenção inscrevendo-a na objetividade das leis e combatendo suas transgressões através de sanções. A outra detecta em cada pessoa uma distância com relação às suas normas e tenta anulá-las com remédios.
>
> Robert Castel

Resumo: O presente trabalho visa investigar historicamente o uso de droga enquanto objeto de intervenção da Justiça e da Psiquiatria, a partir do início do século XX até os dias atuais, refletindo sobre a articulação e cooperação entre essas duas instituições, inserindo o problema no panorama geral da questão no Brasil e no mundo. Assim, o principal foco do estudo é encontrar as convergências e divergências dos processos de medicalização e criminalização do uso de droga, dando especial atenção para o arranjo atual dessa problemática.
Palavras-chave: uso de droga; justice; psiquiatria; medicalização; criminalização.

Abstract: The present study aims to investigate drug use from historical point of view as an object of intervention of Justice and Psychiatry, from the early twentieth century to the present day, reflecting on the relationship and cooperation between these two institutions, placing the problem worldwide and in the Brazilian panorama. Thus, the main focus of the study is to find the similarities and differences between the processes of medicalization and criminalization of drug use, paying particular attention to the current arrangement of this problem.
Key-words: drug use; justice; psychiatry; medicalization; criminalization.

Introdução

Segundo Vargas (1998), os movimentos de criminalização e medicalização do uso de droga são as vias principais na “fabricação” do fenômeno da droga nas sociedades modernas. Para o autor, não se trata, simplesmente, de uma apropriação da experiência do uso de droga, mas da criação ativa da droga como fenômeno pelo discurso médico e jurídico. Fiore (2008) também compartilha da ideia de que a medicalização e a criminalização são duas formações discursivas fundamentais na construção do problema da droga, mas acrescenta a estas duas a moralização, lembrando, contudo, que estes discursos só podem ser separados analiticamente. Também Bittencourt

* Mestre em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). claudiaciribelli@yahoo.com.br

(1986) chama a atenção para a cooperação entre a Ordem Médica e a Ordem Jurídica, entendidas pela autora como "dois tipos de racionalidade que muito se destacam na extração de verdade sobre o personagem do 'drogado'" (p. 3).

Em consonância com esses autores, a proposta do presente trabalho é investigar de que maneira a Justiça e a Psiquiatria compartilham a função de controlar o uso de droga. Toma-se como hipótese que nas primeiras décadas do século XX, quando o uso de droga começou a ser abordado como um problema, estabeleceu-se uma parceria entre Justiça e Psiquiatria, com o objetivo comum de controle sobre os toxicômanos e, ao longo do século, a Psiquiatria foi ganhando cada vez mais legitimidade para atuar sobre esse objeto. Contudo, o deslocamento do uso de droga do âmbito jurídico para o âmbito médico indica não uma ruptura, mas uma convergência e sofisticação desse aparato de controle. Acima de tudo, não se trata de pensar em relações unidirecionais de causa e efeito, mas de pensar as condições de possibilidade desses dois processos. Assim, espera-se investigar as convergências e divergências dos processos de **criminalização** e de **medicalização** do uso de droga ao longo do século e suas tendências atuais.

A construção da aliança entre Psiquiatria e Justiça no controle do uso de droga nas primeiras décadas do século XX

Até o final do século XIX, no Brasil, não é possível encontrar uma coerência definida na política criminal sobre droga. A única menção sobre a matéria no Código Penal de 1890 está em seu art. 396, que prevê sanção de prisão de quinze a trinta dias para o indivíduo que "embriagar-se por habito, ou apresentar-se em publico em estado de embriaguez manifesta".[1]

Já no início do século XX, impulsionado pela campanha norte-americana, o Brasil firmou sua adesão às primeiras convenções internacionais que tinham por intuito incentivar o controle sobre o uso de substâncias, especialmente o ópio.[2] De maneira geral, é consenso na literatura a delimitação do início do século XX como o momento do alvorecer do uso de droga como alvo de regulação no cenário internacional e também o início do delineamento de uma política sobre droga no Brasil (CARVALHO, 2007; SZASZ, 1974; BATISTA, 1997; MACHADO e MIRANDA, 2007).

Os decretos das décadas de 1920 e 1930 deixam clara a emergência da Psiquiatria como instância incumbida da regulação da desordem provocada pelo uso de droga na sociedade.[3] Na década de 1920, fez-se a diferenciação da "embriaguez escandalosa", que continuava a ser punida com prisão, da "embriaguez habitual", isto é: "embriagar-se por habito, de tal modo que por actos inequivocos se torne nocivo ou perigoso a si proprio, a outrem, ou á ordem publica". Nesse caso, a pena passava a ser "pena de internação" de três meses a um ano. Para tal medida, previa-se a criação de estabelecimentos especiais, os Sanatórios de Toxicômanos. A pena de internação congregava, fundia em uma mesma medida a proposta de um "tratamento medico e correcional", associando objetivos terapêuticos e punitivos. Na década de 1930, a toxicomania se tornou doença de notificação compulsória. Além de proibir o tratamento de toxicômanos em domicílio, previa-se também a internação de caráter compulsório, julgada a necessidade de tratamento adequado ou a bem da "ordem pública". Para viabilizar a concretização dessas medidas, a legislação ampliou os estabelecimentos autorizados a promover a internação. Enquanto os Sanatórios de Toxicômanos não eram construídos, dada a urgência e crescente número de internações, permitia-se a internação em alas especiais de sanatórios comuns. As autoridades sanitárias e policiais também deviam prestar auxílio recíproco "para efeito de vigilância".

Fica evidente que o objetivo naquele momento era a manutenção da ordem, mais do que a cura de uma enfermidade. A intervenção se dava sobre aqueles que, em virtude da intoxicação, perturbavam a ordem e a moral instituída. A internação a pedido da família, por exemplo, acontecia nos casos em que fosse "evidente a urgência da internação, para evitar a pratica de atos criminosos ou a completa perdição moral". Assim, com a convocação da Psiquiatria para mediar essa questão, o médico psiquiatra passava a ocupar função central, ainda que compartilhada com os juízes. Era o parecer do médico especialista (psiquiatra) que determinava a admissão de um paciente em um hospital, bem como a cessação de sua morbidade, a qual era condição para a concessão da alta. Aí estava colocado também o problema da cura, que assombra o campo das afecções mentais e acompanha a história da Psiquiatria. Na impossibilidade de resolver esse problema, o paciente ficava

sujeito à interpretação do perito e a internação poderia se estender por tempo indeterminado.

É também nas primeiras décadas do século XX que se pode identificar a efetiva tomada do assunto como objeto de interesse pela Psiquiatria brasileira. Naquele momento, o foco maior era o alcoolismo, o que se explica pelo fato de que o consumo de álcool era muito maior do que das demais substâncias naquele período. Esse movimento de tomada do uso de droga pela Psiquiatria concorre temporalmente com seu próprio estabelecimento e ascensão na higiene pública no Brasil, enquanto saber capaz de tratar das enfermidades que desorganizavam o espaço social, que traziam transtornos à ordem pública. A Psiquiatria brasileira, principalmente a partir de Juliano Moreira, rompera com a influência francesa e passou a se sustentar nas teorias produzidas pelos psiquiatras alemães, em especial Emil Kraepelin, o qual, por sua vez, buscava diminuir a distância entre a Psiquiatria e a Medicina científica (BIRMAN, 2010; PORTOCARRERO, 2002), tentando transpor para a primeira os mesmos princípios e métodos que garantiam o status científico da outra. Com isso, o modelo teórico e de intervenção psiquiátrico estava revertido pelo verniz positivista e cientificista, marcado pelo organicismo, fortemente amparado por ideais eugênicos de prevenção e combate à doença mental. A suposição de uma herança familiar da enfermidade apontava para a perpetuação da antiga teoria da degenerescência de Morel. A relação entre a enfermidade e o ambiente, seja pela investigação do papel do meio na deflagração da doença ou pela ideia de que o consumo de álcool tinha consequências importantes no entorno do indivíduo – visto quase sempre como uma ameaça aos pares – sustentava a expansão da atuação da Psiquiatria para além do plano terapêutico individual, penetrando cada vez mais no tecido social (SANTOS e VERANI, 2010).

O que estava em questão no combate ao alcoolismo não era necessariamente a perturbação mental e o esforço por sua terapêutica, mas uma população estratégica e um conjunto de hábitos sobre os quais se buscava impor a moral e o modelo de conduta vigente na época. O intolerável do alcoolismo e da toxicomania era sua associação às classes populares, à vadiagem, à ociosidade, à prostituição e todo tipo de escória da sociedade. A análise de estatísticas que detectavam a maior incidência dessas enfermidades

nessas classes, principalmente entre os negros, desconsiderava a reflexão sobre as condições de vida dessa parcela da população e era utilizada para inferir a existência de um fator hereditário na transmissão dessas condições, reforçando e justificando os ideais eugênicos. O principal objetivo das intervenções, longe de ser o alívio de um sofrimento, de uma patologia, era a ação "ortopédica" sobre uma parcela da sociedade que se negava – ou não podia – aderir aos padrões de normalidade burgueses da época. Para Costa (1974), "as campanhas de higiene mental, em particular as campanhas antialcoólicas, eram em última essência cruzadas moralizadoras que visavam extirpar os vícios e a devassidão, que os psiquiatras supunham existir na sociedade brasileira" (p. 94-95).

É interessante a análise do surgimento da figura do bêbado, no final do século XIX, através da perspectiva do público *versus* privado. Para Santos e Verani (2010), naquele momento, a burguesia já efetuava uma clara demarcação entre os espaços públicos e privados e o que se era aceitável em cada um. Nessa circunscrição, o alcoolismo – na imagem do bêbado vagabundo ou bêbado público – seria a transgressão desse limite, a impossibilidade de "privatizar sua prática etílica" (CORBAIN, 1991 apud SANTOS e VERANI, 2010, p. 413). Uma evidência interessante desse apontamento é a diferença de tratamento do alcoolismo em relação à dipsomania. A dipsomania referia-se a episódios de compulsão na ingestão de bebidas alcoólicas, e era descrita principalmente pela dificuldade no controle do impulso de beber. Essa doença, apesar de classificada pela Psiquiatria da época, não tinha dela a mesma atenção que o alcoolismo.

> A psiquiatria estabeleceu, então, uma distinção entre o 'alcoolista' e o 'dipsômano'. No primeiro caso, tratava-se de um indivíduo viciado, que sempre procurava companhia para beber, pois o problema dizia respeito à sua cultura, ao meio social em que vivia e à força dos exemplos. Já o dipsômano bebia sozinho, isolado, procurando, inclusive, esconder o seu ato. Para este, a incapacidade de manter o controle e a disciplina da vontade estavam no cerne da questão (SANTOS e VERANI, 2010, p. 404-405).

Pode-se supor que essa diferenciação se deva ao fato de que a dipsomania não extrapolava os limites do privado, enquanto o alcoolismo contaminava, afetava todo o meio com sua transgressão. Aparentemente, naquele momento, a intervenção tanto da Justiça quanto da Psiquiatria se

direcionava ao que extrapolava a intimidade, o âmbito privado, e provocava ruídos no meio.[4]

A análise de importantes publicações no campo da Psiquiatria nesse mesmo período – tais como as obras de Afrânio Peixoto, Henrique Roxo, e o primeiro periódico especializado, os *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins* – confirma como, desde as primeiras décadas do século XX, o uso de droga – seja o álcool ou as demais substâncias, que foram gradativamente crescendo em número – consolidou-se como uma questão médica, especificamente psiquiátrica, e que deveria ser tratada como uma doença, segundo os ditames da Medicina. O discurso psiquiátrico defendia que o lugar do alcoolista e do toxicômano não era mais o cárcere, visto que essa questão não pertencia mais às autoridades judiciárias e policiais – o que foi ratificado pela legislação que fez a diferenciação entre a embriaguez escandalosa e habitual – mas tampouco à sociedade. Os pretextos médicos justificavam, ou ainda mais, exigiam a segregação em hospitais psiquiátricos. Defendia-se a internação como estratégia indispensável para o tratamento desses indivíduos. O volume de internações decorrente desses quadros crescia tanto, e o lugar do uso de droga ia se tornando tão importante dentro da Psiquiatria, que os psiquiatras clamavam pela criação de estabelecimentos especiais para essa população. E, como vimos, a legislação brasileira confirmou essa necessidade e regulamentou sua execução.

Tanto a associação do uso de droga com a periculosidade quanto a aproximação do indivíduo alcoolista ou toxicômano do louco – que, de certa forma, também era tido como perigoso – justificavam a necessidade de proteger a sociedade e promover a internação. O fato de o alvo principal dessas ações ser preferencialmente as classes trabalhadora, negra e pobre revela o principal intento da Psiquiatria brasileira naquele contexto: a afirmação do código moral burguês. Ao mesmo tempo que a Psiquiatria legitimava seu discurso, escrevendo-o segundo a gramática do cientificismo e do positivismo, ela ampliava seu campo de intervenção no espaço social. Aos poucos, todo o terreno social passava a ser alvo de atenção e intervenção em busca do ideal de uma sociedade livre do “mal” presentificado pelo uso de tóxicos.

Assim, o panorama geral ao final da década de 1930 se caracterizava pelo tom epidêmico e alarmante no discurso construído sobre a questão da

droga, tanto pelo discurso médico quanto pelo discurso jurídico. A sequestração dos toxicômanos era amparada simultaneamente por duas colunas: legalmente – pela Justiça, que a autorizava, formalizava e regulamentava; e cientificamente – pela Psiquiatria, que defendia seu propósito terapêutico. O toxicômano era identificado como um ser perigoso, incapaz de viver conforme os parâmetros de civilidade e, por isso, um risco constante para si e para o meio ao seu redor.

As décadas de 1940 e 1950, no plano da política criminal, são entendidas de forma geral como um momento de contexto liberalizante. O Código Penal de 1940 criminalizava o ato de "trazer consigo" substância entorpecente.[5] Isso gerava uma ambiguidade, pois não esclarecia se incluía o porte para consumo próprio ou apenas para comercialização (BITTENCOURT, 1986). Contudo, de maneira geral, o que se observa é uma tendência para a descriminalização (BITTENCOURT, 1986; BATISTA, 1997). Para Batista (1997), a questão da droga era prioritariamente tratada como um problema médico, e por isso chama esse modelo de intervenção de "modelo sanitário", o qual teria vigorado até a década de 1960. Já Bittencourt (1986) relaciona essa opção pela descriminalização ao fato de, nessa época, ainda não estar constituído um "status" social marginal definitivo, seja ele de delinquente ou de doente, que possibilitava o deslizamento entre as duas categorias, e não à efetiva compreensão do uso de droga como uma doença.

Rosa Del Olmo (1990), analisando esse momento na América Latina, isto é, o final da primeira metade do século XX, afirma que "a droga não era vista como 'problema' porque não tinha a mesma importância econômico-política da atualidade, nem seu consumo havia atingido proporções tão elevadas" (p. 29). O uso de substâncias limitava-se a grupos ou classes bem delimitados, não atingindo a população de maneira geral. Predominava, até então, o discurso ético-jurídico e o estereótipo moral, o qual "considerava a droga fundamentalmente sinônimo de periculosidade, apesar de começar a se impor o modelo médico-sanitário com as opiniões dos especialistas internacionais" (p. 30), principalmente após a criação da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde, ambas na década de 1940.

A ambivalência da década de 1960: a ditadura militar e a criminalização do usuário

A partir da década de 1960, o consumo de droga foi tornando-se mais popular, atingindo diferentes parcelas da população, muito associado aos movimentos de contracultura. Carvalho (2007) lembra que: "associado às posturas reivindicatórias e libertárias, o uso de drogas ilícitas compõe, junto com outros inúmeros elementos (música, literatura, vestuário, alimentação), o quadro de manifestações estéticas das políticas de ruptura" (p. 15).

Del Olmo (1990), analisando o contexto americano, define a década de 1960 como o momento de profunda difusão do modelo médico-sanitário. Com o aumento do consumo na população, especialmente entre as classes médias e altas, tornou-se necessário diferenciar usuário e traficante. O primeiro, doente, identificado com os consumidores das camadas altas (estereótipo do dependente), e o último, delinquente (também denominado *pusher*), oriundo das camadas baixas (estereótipo do criminoso). A esse modelo híbrido no qual concorrem essas duas figuras, do doente e do delinquente, a autora deu o nome de "discurso médico-sanitário-jurídico", condensando as duas compreensões simultaneamente presentes.

Entretanto, no Brasil, a situação apresentava nuances que tornavam sua configuração particular em relação à descrição de Del Olmo, e contrariava a tendência internacional da época, adiando em uma década a instalação efetiva do modelo médico-jurídico. Ao invés de diferenciar consumidor e traficante, equiparou-se a pena dada ao traficante à pena para aquele que "traz consigo, para uso próprio, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica",[6] retrocedendo no percurso de descriminalização e priorização do tratamento médico. Se nas primeiras décadas do século XX a intervenção jurídica e médica visava àqueles que, de alguma forma, prejudicavam a manutenção da ordem e da moralidade, nesse novo momento o simples porte de droga já era indicativo de periculosidade e suscitava resposta penal rigorosa. A intervenção passava a acontecer sobre a conduta pessoal, e não mais sobre a desordem social causada pelo uso de droga como acontecia nas décadas de 1920 e 1930.

Cabe lembrar que o Brasil, naquela época, encontrava-se em ditadura militar, o que permite localizar o direcionamento repressivo dado à questão da

droga nesse período. Como aponta Bittencourt (1986), “[...] a norma penal em causa traz a marca indelével do seu tempo” (p. 19-20). A mudança do artigo que, como já foi ressaltado, possibilitava uma interpretação dúbia no código penal de 1940, afirmava o estatuto de criminoso do usuário. Assim, decidiu-se pela criminalização tanto do consumo como da comercialização, na mesma proporção, seguindo a tendência repressiva e punitiva que marcou o contexto da ditadura militar brasileira. Batista (1997) fala do nascimento de um modelo que nomeia “modelo bélico”, especialmente após o golpe de 1964. O autor explica que “a escolha de 1964 se prende obviamente ao golpe de estado que criou as condições para a implantação do modelo bélico, o que não significa que motivos do modelo sanitário [...] não continuassem a operar residualmente” (BATISTA, 1997, p. 138). Isso significa que as medidas sanitárias não deixaram de existir, elas apenas passaram a figurar em segundo plano.

Sobre a produção psiquiátrica nesse mesmo período, de forma geral, a Psiquiatria brasileira nas décadas de 1950, 1960 e meados da década de 1970 havia absorvido influências diversas da alemã, principalmente as orientações psicodinâmicas das correntes psicanalítica, fenomenológica e existencial (BIRMAN, 2010), as quais por sua vez, traziam uma abordagem diferente do uso de droga, tomando-o como sintoma de uma disfunção, e não como causa. Essas vertentes tratavam o assunto de forma bem mais moderada que a tradição alemã, tirando o foco do consumo da substância e voltando-o para a relação estabelecida pelo sujeito com ela. Essa abordagem mais liberal parece ir na contramão da tendência repressiva que acabamos de constatar naquela época. Entretanto, é relevante o fato de que a Psiquiatria forense da época, esse fragmento da Psiquiatria que precisa “servir a dois senhores”, a Justiça e a Medicina, permaneceu naquele momento prioritariamente vinculada ao discurso higienista e à tradição alemã (e sua respectiva abordagem do uso de droga), com a associação entre o uso de droga e a periculosidade, elementos os quais parecem servir melhor ao propósito repressivo que se buscava atingir naquele período. Com isso, as duas abordagens radicalmente diversas coexistiram até a década de 1970, quando o discurso psiquiátrico passou por um processo de profunda transformação.

A radicalização do processo de medicalização do uso de droga na década de 1970

A partir da década de 1970, tanto no âmbito da política criminal como no âmbito do saber psiquiátrico, pode-se perceber rupturas fundamentais com o momento precedente. Assim, a questão da droga passou por um processo de reconfiguração que, contudo, certamente foi determinado por alguns movimentos que vinham sendo realizados já nas décadas anteriores. A mobilização em torno do enfrentamento da questão assumiu proporções muito maiores, penetrando no tecido social e fazendo emergir uma série de novas concepções, estratégias e mecanismos de controle, repressão e prevenção. Toda a sociedade passou a se envolver direta ou indiretamente com o assunto: as famílias, as escolas, os espaços de lazer, a mídia etc. As estratégias de vigilância e prevenção ganharam mais atenção e investimento. Formou-se uma verdadeira força-tarefa no combate ao uso de droga no cenário nacional e internacional.

Bittencourt afirma que esse foi o momento em que "ganha corpo a tendência médica no interior do discurso criminológico" (p. 24). Segundo a mesma autora, "a Justiça, num esforço de modernização, vai passar a ter como objetivo primordial salvar, restaurar, garantir e regenerar esses indivíduos, e não simplesmente puni-los" (p. 23). Contudo, é importante ressaltar que se trata de um processo, e que a relação entre a Medicina Psiquiátrica e a Justiça no controle do uso de droga já vinha se constituindo desde as primeiras décadas do século XX.

Verificava-se naquele momento um aumento considerável do número de usuários, sendo que a jovem classe média passou a compor boa parte dessa população. A legislação, que permanecia prevendo a mesma penalidade para usuários e traficantes, construiu uma "brecha" para acompanhar as tendências internacionais da época: o estereótipo do doente aplicado ao usuário de droga. Dessa forma, quando constatada a dependência, o usuário de droga deveria ser direcionado ao tratamento médico e a pena convertida em internação, seguindo a mesma lógica aplicada ao louco infrator (inimputável).[7] Com certo atraso em relação à tendência internacional, chegava ao Brasil o modelo médico-jurídico, com a concorrência do estereótipo do criminoso com o estereótipo da dependência.

O papel do perito psiquiatra era, então, fundamental para a decisão sobre a medida cabível em cada caso. Cabia ao psiquiatra dizer se era um doente que precisava ser tratado ou de um criminoso que deveria ser punido e afastado do meio pelo perigo que representava. Esse acordo, que já havia sido estabelecido no início do século XX, voltou a vigorar. Essa medida possibilitava principalmente que os usuários de classe média tivessem a chance de fugir ao destino penitenciário, enquanto os usuários pobres continuavam sendo recolhidos às prisões. Segundo Del Olmo (1990):

> [...] tudo dependia na América Latina de quem a consumia. Se eram os habitantes das favelas, seguramente haviam cometido um delito, porque a maconha os tornava agressivos. Se eram os "meninos de bem", a droga os tornava apáticos. Daí que aos habitantes das favelas fosse aplicado o estereótipo criminoso e fossem condenados a severas penas de prisão por traficância, apesar de só levarem consigo um par de cigarros; em troca, os "meninos de bem", que cultivavam a planta em sua própria casa, como aconteceu em inúmeras ocasiões, eram mandados a alguma clínica particular para em seguida serem enviados aos Estados Unidos porque eram "doentes" e seriam sujeitos a tratamento, de acordo com o discurso médico tão em moda na época nos Estados Unidos. A eles corresponderia o estereótipo da dependência" (p. 47).

Com isso, era o parecer especializado sobre a presença ou não de uma patologia que dizia se se tratava de um delinquente ou de um doente, para onde ele seria encaminhado e qual seria sua "carreira moral".[8] Carreira de duração imprevisível, dada a abstração da legislação ao determinar que o tratamento fosse realizado "pelo tempo necessário à sua recuperação", mais uma vez remetendo à condição de cura.

Ainda na mesma década ocorreu a diferenciação da penalidade para usuário e traficante.[9] Entretanto, apesar de parecer um esforço para diferenciar e amenizar a punição do usuário que não era considerado dependente, o que de fato aconteceu foi a aplicação de penas ainda maiores para os traficantes. Não foi a pena dos usuários que diminuiu consideravelmente, mas a dos traficantes que aumentou em proporções exorbitantes.

Os documentos legislativos produzidos no país na década de 1970 foram fortemente influenciados por convenções internacionais, demonstrando o processo de internacionalização da questão.[10] Os Estados Unidos lideravam a mobilização dos demais países e exportavam seu discurso e sua política antidroga. A droga havia se transformado em um problema transnacional e a discussão sobre seu enfrentamento também. O discurso construído naquele

momento tratava do problema do uso de droga numa perspectiva global, dividindo não somente os indivíduos entre usuários e traficantes, doentes ou delinquentes, mas também os países segundo sua função de consumidor ou fornecedor de droga (DEL OLMO, 1990). Propagava-se um clima de pânico em torno do assunto, com ampla participação da mídia nesse processo.

A formação desse discurso transnacional refletiu-se, inclusive, na produção psiquiátrica do Brasil e de outros países, com a profunda difusão de ideias e diretrizes compartilhadas pela OMS, tomando a questão da droga como algo que afetava todos os países, ainda que em diferentes proporções e com particularidades, subtraindo os esforços de compreender e tratar a questão segundo suas especificidades locais. Extrapolava-se a discussão moral, ética, sanitária e passava-se para o terreno político internacional.

Se a ruptura da referida década foi importante na esfera penal, no campo da Psiquiatria não foi menor. A terceira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) foi publicada em 1980.[11] Porém, como sua elaboração se deu ao longo da década de 1970, podemos afirmar que ele traduz tendências e correntes que já estavam atuando desde então. O terceiro *Manual* é, certamente, um documento que marca uma virada nos rumos da Psiquiatria mundial, que foi se aproximando cada vez mais da vertente fisicalista e dos ideais de cientificidade que dominavam a Psiquiatria norte-americana. Rompia-se com a tradição psicanalítica que havia marcado as décadas e os manuais anteriores e passava-se a privilegiar uma abordagem que reduzia o transtorno mental a uma disfunção orgânica (RUSSO e VENÂNCIO, 2006). E a Psiquiatria brasileira, que até então tinha suas principais influências em outras origens, principalmente alemã e francesa, abriu-se para a influência do pensamento norte-americano e foi aos poucos se aproximando desse novo modelo epistemológico.

Nesta terceira edição do *Manual*, o uso de droga aparece denominado “transtorno de uso de substância” e deixa de fazer parte do conjunto de transtornos de personalidade, tal como se apresentava nas duas primeiras edições, para se tornar um conjunto próprio. O transtorno de uso de substância se tornava autônomo, independente dos transtornos de personalidade. Além de classificar as dependências, houve a introdução da categoria “abuso”. Dessa forma, caracterizava-se como patológicos padrões cada vez menores de

consumo. Por outro lado, o número de substâncias inseridas nos subitens do transtorno era cada vez maior. Com o crescimento do número de substâncias e a diminuição do padrão de consumo na descrição do transtorno, o número de indivíduos abarcados nesse conjunto ia se expandindo. Ainda na revisão da terceira edição (que data de 1987),[12] aparece a dimensão da perda do controle sobre o impulso de beber como característica fundamental da dependência, mais importante inclusive que a presença de sintomas de abstinência e tolerância. Assim, com esse "afrouxamento" nos critérios diagnósticos, permitia-se o considerável alargamento da ingerência da Psiquiatria sobre o uso de droga.[13]

As décadas seguintes, até a virada do século, não apresentaram rupturas significativas em relação ao que estava instituído na década de 1970. A Psiquiatria biológica ganhava cada vez mais força, principalmente pelo profundo desenvolvimento das neurociências na década de 1990, conhecida como "a década do cérebro". As enfermidades mentais, que já eram descritas segundo predicados biológicos, passavam a serem descritas segundo predicados estritamente cerebrais, e os enfermos, vítimas de sua predisposição genética.[14] No campo jurídico-legislativo no Brasil, verificou-se a acentuação e o aprimoramento das estratégias de combate ao uso de droga. Tratava-se de operacionalizar, viabilizar e aprimorar o que havia sido firmado, como, por exemplo, a criação de um fundo para financiar a execução das medidas propostas na política.[15] As ações sanitárias, direcionadas principalmente aos indivíduos considerados dependentes – cabe lembrar a coexistência dos estereótipos do criminoso e do doente – eram vinculadas ao Ministério da Justiça e não às esferas da saúde. Como ressaltam Machado e Miranda (2007), esta constatação reforça a tendência "observada desde o início do século XX, de indefinição e sobreposição de atribuições e responsabilidades" (p. 807).

Início do século XX: o uso de droga como questão de saúde pública

Foi somente no começo do século XXI que o campo da saúde, especificamente da saúde mental, passou a se ocupar da questão do uso de droga no Brasil. Invertia-se a prioridade estabelecida até aquele momento: passava-se a privilegiar as estratégias de prevenção e cuidado em detrimento

das medidas repressivas. Além disso, o saber científico passou a ser convidado para embasar as ações propostas pelo Estado, de forma a garantir que as mesmas estivessem de acordo com as recomendações mais avançadas.[16]

Confirmando a entrada do Ministério da Saúde como agência competente para tratar da questão da droga, em 2003 foi lançada a "Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas",[17] na qual podemos verificar a forte influência do movimento de Reforma Psiquiátrica. Após a lei que reformula a assistência em saúde mental no Brasil ser promulgada em 2001,[18] e especialmente após a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental[19] naquele mesmo ano, os setores reformistas passaram a propor um modelo de atenção para o uso de droga em conformidade com os pressupostos da luta antimanicomial. Até a proposição dessa política, as ações eram propostas quase exclusivamente pelo Ministério da Justiça, cuja articulação com as comunidades terapêuticas configurava um modelo de atenção criticado pelos atores da saúde comprometidos com as propostas da Reforma Psiquiátrica por apresentarem "caráter total, fechado e tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência" (BRASIL, 2003, p. 5).

O que parece consenso nos documentos da época é o tom alarmante e epidêmico que o discurso sobre a droga assumia no âmbito da saúde pública. Afirmava-se a questão como *um grave problema de saúde pública.* No direcionamento das políticas, o que se observa é a presença de tendências liberais, tais como: a defesa pela liberdade de escolha sobre o tratamento; o apelo à revisão legislativa que contemplasse, efetivamente, a diferenciação entre usuário e traficante; a garantia de igualdade na abordagem das drogas lícitas e das ilícitas; e a consideração da abstinência como uma das alternativas, e não a única. A renomeação da "Política Nacional Antidrogas" de 2002, que passou a se chamar "Política Nacional sobre Drogas" em 2005, é mais um indício da tentativa de minimizar o viés repressivo que o prefixo "anti" poderia supor. Fica clara, dessa maneira, a opção por estratégias de cuidado, especialmente cuidados em saúde, em detrimento das estratégias penais repressivas, predominantes até aquele momento. Num misto de discurso

científico e humanitário, o cuidado especializado era convidado a construir um novo cenário de atuação sobre o uso de droga.

Nessa mesma direção, a chamada "Nova Lei de Tóxicos"[20] de 2006 pode ser pensada como um passo – pequeno, mas significativo – na direção da retirada do uso de droga do rol de problemas a serem resolvidos pelo dispositivo penal. Apesar de não descriminalizar o porte de droga para consumo próprio, ela retira a possibilidade de aplicação de penas privativas de liberdade.[21] A partir da análise do fato e do indivíduo,[22] o juiz deve concluir se se trata de uso próprio ou tráfico e, em seguida, prescrever a medida adequada. Caso se constate ser um usuário, as medidas possíveis são: advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. Porém, caso se conclua ser o indivíduo traficante, a penalidade é privação de liberdade por período mínimo de 5 e máximo de 15 anos. É mais um esforço para diferenciar usuário e traficante e submetê-los a discursos diferenciados, já que se tornou consenso tomar o primeiro como caso de saúde e o segundo, de polícia. O principal risco decorrente desse processo é a maior propensão a tomar como usuários pessoas de classes mais altas e como traficantes aqueles oriundos de camadas menos abastadas, já que o imaginário social opera com grande facilidade a transposição entre pobreza e criminalidade. De toda forma, apesar de ser um pequeno passo no sentido da descriminalização, são dois no sentido da medicalização, já que a lei prevê que os usuários sejam encaminhados para tratamento em estabelecimentos especializados. Assim, a Justiça parece recuar, mas garantindo que a Psiquiatria continue avançando.

Tendências atuais: "a volta dos que não foram"

Nos últimos anos, podemos verificar que o discurso construído no Brasil em torno do uso de droga, especialmente do crack, promove uma ruptura com as propostas oriundas dos ideais da Reforma Psiquiátrica e o aumento vertiginoso das estratégias segregativas. O crack é tratado como uma epidemia, cuja gravidade e urgência justificam medidas extremas. O usuário, por sua vez, é visto como perigoso, uma verdadeira ameaça. A imagem do usuário difundida no imaginário social é a de um ser capaz de cometer delitos e atos violentos em nome de seu vício, sem autocontrole e incapaz de gerir sua

própria vida. É assim que a internação – seja ela voluntária, involuntária ou compulsória – é colocada como a principal estratégia para lidar com essa situação: ao mesmo tempo que ela se situa dentro da saúde pública e tem por argumento o tratamento desses indivíduos, ela responde bem à demanda de segregação desse perigo que circula nas ruas das cidades. Os exemplos são inúmeros e estão presentes nas mais diversas partes do país, e as evidências mais claras são as políticas de internação compulsória e a proliferação de comunidades terapêuticas, as quais continuam sendo importantes aliadas do Estado. Além disso, pode-se perceber o baixo investimento na instalação de dispositivos de atenção territorial, o sucateamento e "manicomialização" dos poucos já instalados. O significante "recolhimento", que é amplamente utilizado quando se refere às políticas de internação, faz emergir a real intenção dessas ações: a exclusão desses "indesejáveis" do espaço público.

No campo jurídico e legislativo, é intenso o debate em torno da criminalização e descriminalização do uso de droga, com propostas antagônicas. Por um lado, alguns projetos de lei procuram manter o viés repressivo, através da manutenção da sanção penal e da defesa da internação compulsória.[23] Por outro, a mobilização a favor da descriminalização do uso de droga vem ganhando força, com o apoio de instituições e figuras públicas,[24] constando inclusive na proposta de reforma do código penal que tramita no Senado Federal.[25] Esse movimento pela descriminalização vai de acordo com o que Batista (1974) já afirmava na década de 1970. Segundo o autor, o uso de droga, ao lado do aborto, "não está a merecer qualquer sanção" (p. 38). Diz o autor:

> É esta a situação não só mais delicada, como mais polêmica, porque se imagina ordinariamente – numa franzina chave positivista – que a consideração de política criminal que recomendou a incriminação desta ou daquela conduta se inspirou em apurados julgamentos morais do espírito do tempo (BATISTA, 1974, p. 38).

Se seguirmos os critérios de descriminalização propostos por Hulsman (1973, apud BATISTA, 1974), torna-se tarefa fácil reconhecer os argumentos para sua efetivação sobre o uso de droga. Segundo esses critérios, à criminalização é vetado: 1) fundar-se no desejo de tornar dominante alguma concepção moral sobre determinado comportamento; 2) visar ajudar ou tratar um delinquente no seu próprio interesse, por um tipo de "terapêutica social"; 3)

sobrecarregar a capacidade do sistema; 4) buscar encobrir aparente solução do problema (p. 39).

Karam (2008) reforça como a intervenção do Estado sobre o uso de droga fere princípios básicos do Direito e confronta os pressupostos de uma organização social democrática:

> A simples posse para uso pessoal das drogas qualificadas de ilícitas, ou seu consumo em circunstâncias que não envolvam um perigo concreto, direto e imediato para terceiros, são condutas que não afetam nenhum bem jurídico alheio, dizendo respeito unicamente ao indivíduo, à sua intimidade e às suas opções pessoais. Em uma democracia, o Estado não está autorizado a penetrar no âmbito da vida privada. Em uma democracia, o Estado não está autorizado a intervir sobre condutas de tal natureza, não podendo impor qualquer espécie de pena, nem sanções administrativas, nem tratamento médico obrigatório, nem qualquer outra restrição à liberdade do indivíduo. Em uma democracia, enquanto não afete concreta, direta e imediatamente direitos de terceiros, o indivíduo pode ser e fazer o que bem quiser (KARAM, 2008, p. 116).

Contudo, se o apelo à descriminalização do uso de droga parece bem embasado e estar se difundindo no discurso social, mesmo que lentamente, isso não necessariamente implica a esperança por uma transformação significativa da realidade que já hoje se presencia. Batista (2003), em estudo histórico já mostrava como os efeitos da criminalização do uso e do tráfico diferem à medida que se variam os sujeitos sobre o qual se aplicam. De forma geral, as classes pobres são mais duramente reprimidas pelo sistema, seja por serem elas mais impelidas ao envolvimento no tráfico, ou por se beneficiarem menos do “estereótipo do dependente”.

No cenário psiquiátrico nacional e internacional atual, aguarda-se o lançamento da quinta versão do *Manual*, prevista para este ano. Pela prévia que foi apresentada no site oficial,[26] a categoria de transtornos relacionados à substância sofrerá uma transformação radical. Ela passará a ser chamada “transtornos por uso de substância e adictivos”. Isso implica que ela conterá também adicções sem substância, tal como o jogo compulsivo, que antes estava no grupo de transtornos de controle do impulso. É a exportação do modelo de explicação da dependência de droga para as demais dependências, chegando-se inclusive a afirmar uma base neurofisiológica comum. A aproximação entre as dependências com e sem substâncias se reforça pela proliferação dos grupos de autoajuda que seguem os passos do pioneiro grupo

dos Alcoólicos Anônimos – Compradores Anônimos, Jogadores Anônimos etc. Quase tudo – se não tudo – pode ser uma droga.

Ainda, propõe-se como condições indicadas para estudo o transtorno associado à exposição fetal ao álcool, o transtorno de uso de cafeína (que até então só se reconhece a intoxicação, mas não o transtorno do uso) e o transtorno de uso de internet. Isto nos revela que, além da ampliação cada vez maior dos "capturáveis", o que passa a ser central na caracterização do uso de droga como comportamento patológico é a dimensão da compulsividade, colocando o objeto droga em segundo plano. O projeto da Psiquiatria, no limite, parece ir além do controle do comportamento humano e ambicionar o controle do desejo.

A criminalização e a medicalização do uso de droga na berlinda

Assim, após a análise histórica da abordagem jurídica e psiquiátrica sobre o uso de droga no Brasil ao longo do último século, três pontos podem ser levantados: a criminalização e a medicalização da esfera íntima; o *continuum* punição-tratamento; e a renovação do discurso higienista.

- **A criminalização e a medicalização da esfera íntima**

Pode-se perceber um evidente deslocamento no foco das intervenções jurídicas e médicas em relação ao começo do século XX. O alvo das medidas – pena ou internação –, quando o uso de droga emergia como um problema era a desordem social por ele causada, o escândalo. Isto significa que só se tratava de um problema que deveria receber uma intervenção, fosse ela por um juiz ou por um psiquiatra, se extrapolasse os limites da intimidade e causasse ruídos no espaço social. Basta lembrar como, no início do século, a dipsomania, ao contrário do alcoolismo, não representava um problema para a Psiquiatria.

Já o que se percebe ao longo do tempo é a penetração da Psiquiatria e da Justiça na vida íntima da população. A Justiça passou a punir o simples porte da droga e não mais a perturbação da ordem, e a Psiquiatria passou a intervir em padrões cada vez menores de consumo. A consideração de fatores como a perda do controle do impulso, da irresistibilidade do desejo, e o descolamento de critérios objetivos como os sintomas físicos e o padrão de

consumo mostram como o que se considera patológico não é o comportamento ou seus efeitos, mas o próprio desejo que antecipa o consumo. Assim, por um viés preventivista, busca-se agir cada vez mais cedo, antes do próprio uso e do possível perigo que possa irromper a partir dele. O porte já é crime, e o desejo já é doença. Pode-se, inclusive, a partir da observação dessa tendência de intervir sobre o perigo antes mesmo de sua emergência, na virtualidade do comportamento, conjecturar as consequências das tentativas de mapeamento genético e imageamento cerebral para descobrir as predisposições para a "dependência química" cada vez mais cedo.

- **O *continuum* punição-tratamento**

Apesar dos esforços para diferenciar o usuário do traficante e tratá-lo segundo medidas de saúde não repressivas, o momento atual evidencia outro problema: como as medidas sanitárias podem ser tão repressivas quanto as medidas punitivas do sistema penal.

O discurso construído sobre o crack toma o problema como uma epidemia e associado com a conduta violenta e criminosa. As "cracolândias" espalhadas pelo país são vistas como terras sem lei habitadas por pessoas sem qualquer resquício de humanidade: não têm nome, rosto, nem história. São seres capazes de qualquer coisa em nome de seu vício, e que por isso ameaçam a sociedade. São aglomerados de corpos que colocam suas mazelas para serem vistas a olhos nus. Diante do insuportável dessa questão, a resposta tem sido o retorno das práticas de segregação através da internação – seja ela voluntária, involuntária ou compulsória.

É curioso que esse deslocamento do usuário de droga da esfera jurídica para o âmbito da saúde pública, aqui analisado historicamente, permite, inclusive, uma retirada ainda maior da Justiça dessa questão, como se pode perceber pela tomada de força dos debates recentes sobre a descriminalização do uso de droga. Se isso ocorrer, nenhuma medida caberá ao sistema judiciário, pois não se tratará mais de um crime. Mas as medidas repressivas parecem perpetuar pela "máscara" do tratamento.

Se hoje entendemos como um paradoxo os termos utilizados no início do século XX para se referir às "*penas de internação*" e os "*tratamentos médicos e correcionais*", é pelo esforço que se fez ao longo do tempo para

tentar dissociar o tratamento médico do tratamento penal, o louco do criminoso. Contudo, apesar do esforço discursivo para construir um limite entre esses dois campos, na prática o que se percebe é que suas fronteiras permanecem muito mal estabelecidas.

- **A renovação do discurso higienista**

A situação atual parece reatualizar, no contexto dos dias atuais, alguns dos aspectos identificados no início do século XX. Essa aproximação se baseia, basicamente, em quatro aspectos.

Primeiramente, temos novamente a visão do ébrio como perturbador da ordem pública e risco eminente para si e para a sociedade, justificando a intervenção sobre ele. A identificação do usuário com o perigo, que parece nunca ter sido completamente dissolvida, retorna com a impressionante força que pode ser medida através do discurso midiático. Segundo, tem-se o esforço por diferenciar o que é objeto da Justiça e o que deve ser tratado pela Psiquiatria, cabendo ao psiquiatra a determinação desse limite e a responsabilidade pela condução do tratamento.[27] Em terceiro lugar, a Psiquiatria, como saber investido de poder para gerenciar a questão do uso de droga, apoia-se em argumentos de cientificidade conquistados pelo status adquirido pela vertente biológica, a qual cada dia mais procura se aproximar da medicina científica, tal como se esforçava a Psiquiatria kraepeliana que orientava a brasileira no começo do século XX. Finalmente, tem-se a segregação através da internação para tratamento como resposta imediata à contenção desse perigo.

Obviamente, não se pode deixar de considerar as nuances entre o contexto do início do século XX e do século XXI. Contudo, o que impressiona é o retorno, após quase um século, de estratégias e mecanismos tão próximos, mostrando como esse intervalo temporal não foi suficiente para a construção de uma nova resposta à questão.

Conclusão

Após o conteúdo acima exposto, pode-se confirmar a hipótese de que no Brasil, já nas primeiras décadas do século XX – precisamente até a década de 1930 –, Justiça e Psiquiatria haviam firmado uma aliança no controle do uso de

droga, com atribuições diversas, mas objetivo comum: a repressão da desordem causada por ele. Nas décadas seguintes, principalmente após a década de 1970 e a gradual ascensão da vertente fisicalista, a Psiquiatria foi expandindo seu conhecimento e intervenção nesse campo, construindo critérios diagnósticos que permitiam capturar cada vez mais pessoas. Assim, aos poucos o uso de droga foi sendo compreendido como "questão médica", e não mais como "caso de polícia", devendo ser tratado e não punido. Esse entendimento foi amplamente defendido pelo discurso médico e ratificado pelo sistema jurídico.

Podemos admitir que esse recuo da criminalização e avanço da medicalização não significa uma ruptura entre os discursos, mas a negociação entre eles considerando a maior eficácia da intervenção médica, tanto pelo apelo ao "bem" que se supõe fazer ao indivíduo ao ofertar-lhe (ou impor-lhe) tratamento, quanto pela possibilidade de intervir preventivamente, mesmo quando o perigo que se supõe nos usuários de droga é apenas potencial. Não é preciso esperar que o perigo chegue a emergir e um crime seja cometido. É possível agir muito antes disso.

Já em 1965, o jurista Heleno Claudio Fragoso (apud BITTENCOURT, 1986) concluíra que "o desejo da droga não pode ser eliminado pela legislação" (p. 22). A pergunta que nos fazemos hoje é: Será pela Psiquiatria?

Referências bibliográficas

BATISTA, Nilo. Algumas palavras sobre descriminalização. *Revista de Direito Penal*, São Paulo, nº 13/14, p. 28-40, 1974.

_____. Política criminal com derramamento de sangue. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, ano 5, n. 5, p. 129-146, out./dez., 1997.

BATISTA, Vera. *Difíceis ganhos fáceis*: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

BIRMAN, Joel. A cena constituinte da psicose maníaco-depressiva no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 17, supl. 2, p. 345-371, 2010.

_____. *A Psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

BITTENCOURT, Ligia. *Do discurso jurídico à ordem médica*: os descaminhos do uso de drogas no Brasil. 1986. 121f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CARVALHO, Salo de. A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático. 4. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

COSTA, Jurandir Freire (1974). *História da Psiquiatria no Brasil*: um corte ideológico. 5. ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DEL OLMO, Rosa. *A face oculta da droga*. Trad. de Teresa Ottoni. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

FIORE, Maurício. Prazer e Risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre o uso de "drogas". In: LABATE, Beatriz Caiuby et al. (Orgs.). *Drogas e Cultura:* novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 141-153.

GOFFMAN, Erving (1961). *Manicômios, prisões e conventos.* 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.
KARAM, Maria Lucia. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique (Orgs.). *Álcool e drogas na história do Brasil*. São Paulo: Alameda, 2008, p. 105-120.
MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul./set. 2007.
PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da loucura*: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
RUSSO, Jane; VENANCIO, Ana Teresa. Classificando pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental,* v. 9, n.3, p. 460-485, 2006.
SANTOS, Fernando Sérgio Dumas dos; VERANI, Ana Carolina. Alcoolismo e Medicina psiquiátrica no Brasil no início do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 17, supl. 2, p. 401-420, 2010.
SZASZ, Thomas. (1974) *Ceremonial Chemistry:* The Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers. rev. ed. Syracuse: Syracuse University Press, 2003.
VARGAS, Eduardo Viana. Os Corpos Intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias, LEAL, Ondina Fachel (Orgs.). *Doença, Sofrimento, Perturbação:* perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p.121-136.

Notas

[1] BRASIL. Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890. Promulga o Código Penal.
[2] BRASIL. Decreto nº 2.861, de 08 de julho de 1914. Aprova as medidas tendentes a impedir o abuso crescente do ópio, da morfina e seus derivados, bem como da cocaína, constantes das resoluções aprovadas pela Conferencia Internacional de Ópio, realizada em 1 de dezembro de 1911 em Haia; BRASIL. Decreto n°11.481, de 10 de f evereiro de 1915. Promulga a Convenção Internacional do Ópio e o respectivo protocolo de encarceramento, assinados na Haia, a 23 de janeiro de 1912.
[3] BRASIL. Decreto nº 4.294, de 06 de julho de 1921. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substancias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários; BRASIL. Decreto nº 14.969, de 03 de setembro de 1921. Aprova o regulamento para a entrada no país das substancias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos; BRASIL. Decreto nº 20.930, de 11 de janeiro de 1932. Fiscaliza o emprego e o comércio das substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comitê Central Permanente do Ópio da Liga das Nações, e estabelece penas; BRASIL. Decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes.
[4] Birman (1978) encontrou características semelhantes analisando o contexto francês do final do século XVIII e início do século XIX. O autor constatou que "o impulso era considerado patológico por suas consequências, sendo designado como impulso de um alienado quando abalava o sistema normativo. A intensidade de algo que se dava no espaço interno era estabelecida em função de seus efeitos no espaço externo" (p. 310). Além dessa semelhança, Birman também verifica a associação entre o alcoolismo e as classes operárias e a conduta violenta e criminosa, levando à internação por tempo indeterminado.
[5] BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Promulga o Código Penal.
[6] BRASIL. Decreto-lei nº 385, de 26 de dezembro de 1968. Dá nova redação ao artigo 281 do Código Penal.
[7] BRASIL. Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências.
[8] O conceito de "carreira moral", segundo a teoria de Erving Goffman (1961), se refere à sequência de mudanças que refletem na identidade e no esquema de imagens através do qual se concebe os outros e a si próprio.

[9] BRASIL. Decreto nº 78.992, de 21 de dezembro de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão do tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

[10] A adesão do Brasil aos pactos internacionais se deu através dos seguintes documentos: Dec. 54.216, de 27/08/1964 (Promulga a Convenção Única sobre Entorpecentes); Dec. Leg. 5, de 1964 (Aprova a Convenção Única sobre entorpecentes, assinada em Nova York, a 30 de março de 1961); Dec. Leg. 88, de 1972 (Aprova o texto do protocolo de Emendas à Convenção Única e Entorpecentes, de 1961, firmado pelo Brasil e por outros países, em Genebra, a 25 de março de 1972, como resultado da Conferência de plenipotenciários, convocada pelo Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas); Dec. 76.248, de 12/09/1975 (Promulga o Protocolo de Emendas à Convenção Única sobre Entorpecentes, 1961); Dec. Leg. 90, de 1972 (Aprova o texto da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, assinada em 21 de fevereiro de 1971 pelo Brasil); Dec. 79.388, de 14/03/1977 (Promulga a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas).

[11] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3. ed. 1980.

[12] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3. ed. rev. 1987.

[13] Sobre o percurso do uso de droga em todas as edições do DSM, conferir: SILVA, Claudia Ciribelli Rodrigues. O uso de droga no dsm: uma revisão histórica. *Revista Clínica e Cultura,* v. 1, p. 47-67, 2012.

[14] A expansão do processo de medicalização do uso de droga está inserida no processo mais amplo de medicalização da sociedade, acelerado nas últimas décadas do século XX. A ampliação desse debate excederia os limites formais deste trabalho. A este respeito, conferir: CONRAD, Peter. *The medicalization of society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

[15] O FUNCAB foi criado pelo BRASIL. Lei n° 7.560, de 19 de dezembro de 1986. Cria o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso, dispõe sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas, e dá outras providências.

[16] Essa mudança de discurso pode ser percebida na Política Nacional Antidrogas (PNAD), de 2002, que passou a se chamar, em 2005, Política Nacional sobre Drogas, sem, contudo alterar fundamentalmente seu texto. As regulamentações dessas políticas se deram pelos documentos: BRASIL. Decreto n° 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências; BRASIL. Resolução n° 3 GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas.

[17] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

[18] BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

[19] BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

[20] BRASIL. Lei n° 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

[21] Na verdade, a lei não inova ao propor medidas não privativas de liberdade, pois a lei anterior (de 1976) estipulava pena de detenção de seis meses a dois anos, e por isso o uso de droga já era considerado infração penal de menor potencial ofensivo e encaminhado para os Juizados Especiais (regulamentados pela Lei 9.099/95), os quais, por sua vez, trabalham exclusivamente com penas não privativas de liberdade.

[22] Deve-se considerar a natureza e a quantidade da substância apreendida, o local e as condições em que aconteceu a apreensão, as circunstâncias sociais, pessoais, além da conduta e dos antecedentes do agente.

[23] Os projetos de maior repercussão são o PL 111/10 e o PL 7663/10. O PL 111/10, por exemplo, de autoria de Demóstenes Torres, pretende o retorno da pena de detenção para

usuários de droga, a qual seria convertida em tratamento especializado, além da viabilização da internação compulsória. Segundo o autor do projeto, a Lei 11.343/06 foi um "erro", que deve ser corrigido.

[24] O movimento conta, inclusive, com o apoio de antigos ministros da Justiça. Sobre esse assunto, conferir: OLIVEIRA, Mariana. 7 ex-ministros apoiam descriminalizar consumo de drogas, diz entidade. Disponível em: http://g1.globo.com/politica/noticia/2013/04/sete-ex-ministros-apoiam-legalizar-consumo-de-drogas-diz-entidade.html. Acesso em 17 abr. 2013.

[25] BRASIL. Projeto de Lei do Senado n° 236, de 2012. Reforma do Código Penal Brasileiro.

[26] Sítio desenvolvido pela APA para discussão sobre o DSM-5: www.dsm5.org.

[27] Se hoje temos outras áreas compartilhando essa função com a Psiquiatria, tais como a psicologia e a assistência social, trata-se muito mais de uma cooperação desses campos com a Psiquiatria do que da inserção de novas perspectivas. Mesmo as comunidades terapêuticas, que em sua maioria apoiam-se mais no discurso religioso do que no discurso médico-científico, utilizam de forma conveniente o discurso de patologização do uso de droga fabricado pela Psiquiatria.

Recebido em: 24/05/2013

Aceito para publicação em: 30/06/2013