



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Claudia Ciribelli Rodrigues Silva

**Velhos métodos para novos exóticos: Justiça e Psiquiatria no controle do
uso de droga**

Rio de Janeiro

2013

Claudia Ciribelli Rodrigues Silva

Velhos métodos para novos exóticos: Justiça e Psiquiatria no controle do uso de droga

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Joel Birman

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S586 Silva, Cláudia Ciribelli Rodrigues.

Velhos métodos para novos exóticos: Justiça e Psiquiatria no controle do uso de droga / Cláudia Ciribelli Rodrigues Silva. – 2013. 141 f.

Orientador: Joel Birman.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Uso de drogas – Teses. 2. Drogas e crime – Teses. 3. Tóxicos – Legislação – Teses. 4. Psiquiatria – Teses. 5. Justiça – Teses. 6. Medicalização. I. Birman, Joel. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.89-008.441.3

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Claudia Ciribelli Rodrigues Silva

Velhos métodos para novos exóticos: Justiça e Psiquiatria no controle do uso de droga

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 03 de maio de 2013.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Joel Birman (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Jane Araújo Russo
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Vera Malaguti de Souza Weglinski Batista
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

Aos meus amores – pai, mãe e Fred – por acreditarem que eu podia chegar até aqui, e muito além.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Joel Birman, pela valiosa oportunidade de aprendizado, e sobretudo pela sensibilidade com a qual exerce seu papel de orientador, com sua escuta cuidadosa e intervenções precisas, ensinando-me que ser analista é, acima de tudo, uma postura ética na vida.

Aos professores Salette Ferreira e Benilton Bezerra Jr, pela participação na banca de qualificação e importante contribuição para o prosseguimento do trabalho.

Aos professores Vera Malaguti Batista, Jane Russo e Martinho Silva, pela disponibilidade de participar da banca examinadora e, principalmente, pela inspiração proporcionada por seus trabalhos.

Aos professores, funcionários e colegas do IMS, pelo acolhimento tipicamente carioca.

Aos professores Antenor Salzer Rodrigues e Jubel Barreto, os primeiros a me mostrarem a preciosidade do “jeito IMS” de produzir e compartilhar saberes.

A Sara, pelo carinho e cuidado na revisão desse trabalho.

Ao Fred e Ana Cecília, incansáveis revisores e debatedores desse trabalho.

Aos meus pais, pelo investimento financeiro e amoroso, fundamentais para a realização dessa conquista.

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

SILVA, Claudia Ciribelli Rodrigues. *Velhos métodos para novos exóticos: Justiça e Psiquiatria no controle do uso de droga*. 2013. 141f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

O presente trabalho visa a investigar historicamente o uso de droga enquanto objeto de intervenção da Medicina e da Psiquiatria, a partir do início do século XX até os dias atuais, refletindo sobre a articulação e a cooperação entre essas duas instituições, inserindo o problema no panorama geral da questão no Brasil e no mundo. Para atingir esse objetivo, far-se-á a análise de documentos produzidos ao longo do período referido nos dois âmbitos: documentos legais e as principais referências da bibliografia psiquiátrica. 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. Após a análise documental, far-se-á um contraponto das informações colhidas na pesquisa com alguns trabalhos genealógicos de Michel Foucault, pensando como este teórico pode ajudar a compreender o surgimento, a evolução e a configuração atual da questão da droga no Brasil.

Palavras-chave: Uso de droga. Justiça. Psiquiatria. Medicalização. Criminalização.

ABSTRACT

SILVA, Claudia Ciribelli Rodrigues. *Old methods to new exotics: Justice and Psychiatry in the control of drug use*. 2013. 141f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

The present study aims to investigate drug use historically 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 in the Brazilian panorama and worldwide. To achieve this goal, the analysis of documents produced in these two areas during the referred period will be carried out: legal documents and major psychiatric literature references. 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. After documentary analysis, the information collected in the research will be analyzed in the light of some of Michel Foucault's genealogical work, reflecting on how his theory can help us understand the emergence, evolution and current configuration of the drug issue in Brazil.

Keywords: Drug use. Justice. Psychiatry. Medicalization. Criminalization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychiatric Association
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNFE	Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes
COMAD	Conselho Municipal Antidrogas/Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas/ Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
FUNCAB	Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PANAD	Programa de Ação Nacional Antidrogas
PNAD	Política Nacional Antidrogas/Política Nacional sobre Drogas
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	12
1	A LEGISLAÇÃO SOBRE O USO DE DROGA NO BRASIL.....	19
1.1	O alvorecer do século XX e do uso de droga como questão médico-jurídica.....	19
1.2	O contexto liberal das décadas de 40 e 50.....	22
1.3	A década de 60: o Brasil na contra-mão do mundo.....	24
1.4	A década de 70: a radicalização do processo de medicalização do uso de droga.....	25
1.5	Os efeitos da “guerra contra as drogas” no Brasil da década de 80.....	31
1.6	O início do século XXI: o uso de droga como problema de saúde pública.....	34
1.6.1	<u>A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas</u>	37
1.6.2	<u>A Lei 11.343/06: a “Nova” Lei de Drogas.....</u>	40
1.6.3	<u>A justiça terapêutica: uma terapêutica justa?.....</u>	43
1.7	Tendências atuais: o crack e a criminalização na berlinda.....	45
1.7.1	<u>A “epidemia” do crack e seus desdobramentos.....</u>	45
1.7.2	<u>O debate em torno da descriminalização.....</u>	49
2	O USO DE DROGA NA MIRA DA PSIQUIATRIA.....	52
2.1	A emergência da psiquiatria no Brasil e a construção do uso de droga como questão médica.....	52
2.1.1	<u>A psiquiatria brasileira do início do século XX e o alcoolismo.....</u>	55
2.1.2	<u>Os Arquivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins.....</u>	58
2.1.3	<u>A psicopatologia forense de Afrânio Peixoto.....</u>	61
2.1.4	<u>A psiquiatria de Henrique Roxo.....</u>	63
2.2	O desenvolvimento psiquiátrico na segunda metade do século XX e a expansão do processo de medicalização do uso de droga.....	66
2.2.1	<u>As décadas de 50, 60 e 70 e os primeiros Manuais Diagnósticos e Estatísticos</u>	67

2.2.2	<u>O DSM III e a “revolução terminológica”: o novo paradigma psiquiátrico</u>	79
2.2.3	<u>Horizontes da Psiquiatria do século XXI e a questão da droga.....</u>	89
3	ARTICULAÇÕES ENTRE A MEDICALIZAÇÃO E A CRIMINALIZAÇÃO DO USO DE DROGA NO BRASIL	91
3.1	A criminalização e a medicalização da esfera íntima.....	96
3.2	O continuum punição-tratamento.....	97
3.3	A renovação do discurso higienista.....	98
4	O USO DE DROGA, A NORMA E O ANORMAL: CONTRIBUIÇÕES FOUCAULTIANAS.....	100
4.1	A emergência do anormal e da Psiquiatria como tecnologia da anomalia.	100
4.1.1	<u>A psiquiatria entre a medicina científica e a higiene pública: loucura - doença - perigo.....</u>	100
4.1.2	<u>A economia dos instintos e a reorganização epistemológica da psiquiatria: o fim do alienismo e o início da psiquiatria.....</u>	102
4.1.3	<u>A expansão do campo psiquiátrico.....</u>	104
4.1.4	<u>A Psiquiatria como tecnologia da anomalia e a defesa social.....</u>	106
4.2	A norma, o indivíduo e a população.....	109
4.2.1	<u>O poder disciplinar e seus resíduos.....</u>	109
4.2.2	<u>A lei e a norma.....</u>	114
4.2.3	<u>Do controle do indivíduo ao gerenciamento da população.....</u>	115
	CONCLUSÃO.....	121
	REFERÊNCIAS.....	123
	BIBLIOGRAFIA.....	132
	ANEXO A - O uso de droga nos DSM	133

INTRODUÇÃO

Enquanto o uso de substâncias é amplamente relatado ao longo da história da humanidade¹, a tomada desse hábito como uma “questão” remonta a pouco mais de um século e parece ser uma construção própria do modelo social ocidental. Por “questão” aqui tomamos duas definições cabíveis: 1) matéria a examinar; ponto que suscita ou se presta à discussão; assunto, ponto, tema, tese; 2) coisa a ser resolvida; problema.² A “questão” da droga se apresenta, desde o final do século XIX, simultaneamente como uma “matéria a ser discutida” bem como um “problema a ser resolvido”.

A emergência de tal questão se localiza no cenário norte-americano da segunda metade do século XIX. Seria tarefa quase impossível esgotar os fatores que possibilitaram o surgimento desse fenômeno naquele contexto específico. Contudo, apenas a título de ilustração, tomemos alguns dos fatores enumerados por Fiore (2006):

[...] a profunda antipatia cristã por algumas substâncias antigas e estados alterados de consciência, agravada diretamente pela prática asceta do puritanismo; a preocupação das elites econômicas e políticas com os ‘excessos’ das classes e/ou raças vistas como inferiores e potencialmente ‘perigosas’; o estímulo a determinados psicoativos, em detrimento de outros, motivado por grandes interesses econômicos (p. 23).

A influência do combate ao uso de droga nos Estados Unidos chegou ao Brasil na virada do século XIX para o século XX. A emergência da questão não está dissociada do contexto histórico daquela época e não está relacionada apenas ao aumento do consumo de algumas substâncias. A concentração populacional nas cidades aumentava, e as cidades passavam a ser vistas como “um caos fecundo para todo tipo de doença, loucura e desordem” (FIORE, 2005, p. 262). Este ambiente era entendido como um espaço propício para o desregramento, a doença e o vício. Pensava-se que problemas tais como a vadiagem, a prostituição, o alcoolismo e as doenças venéreas, os quais, por sua vez, eram sempre associados às classes populares, constituíam obstáculos ao progresso da sociedade brasileira (FIORE, 2006). E como estratégia de intervenção sobre a desordem da cidade, a Medicina social se investia de poder e legitimidade para intervir sobre a população.³

¹ A obra de Escotado (1998) fornece uma historiografia bastante completa sobre o assunto: ESCOTADO, Antonio. *Historia general de las drogas*. 7. ed. rev. ampl. Madrid: Alianza, 1998.

² DICIONÁRIO Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa. (v.1.0) Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

³ Nesse momento, a intervenção se exercia basicamente sobre o alcoolismo, já que o uso de outras drogas ainda era bastante irrelevante do ponto de vista epidemiológico.

Se esse era o contexto no qual a questão emergiu, nas primeiras décadas do século XX, ao longo do tempo ele se transformou, bem como a relação da sociedade com a droga. Assim, assistimos nas décadas de sessenta e setenta, à construção de uma visão positiva acerca do uso de substâncias, dentre as quais se pode destacar os alucinógenos, principalmente entre os jovens dos movimentos de vanguarda e contracultura. Naquele cenário, tinha-se a droga como “a via de acesso para um mundo novo a ser descoberto e construído” (BIRMAN, 1999, p. 238). O uso de droga estava intimamente relacionado com a possibilidade de novas experimentações. Para Birman (1999), “o que estava em pauta era uma crítica cerrada e radical à mesmice do mundo instituído e a gana em constituir um outro universo humanamente habitável” (p. 239).

Contudo, o autor identifica a perda do potencial simbólico do uso de droga no final dos anos setenta, época em que ela foi tomada pelo narcotráfico e que a questão se transformou em um problema político internacional. A partir de então, o uso de droga deixou de ter uma positividade, uma possibilidade construtiva, perdendo seu potencial metafórico para funcionar apenas como a supressão do crescente mal-estar gerado pela queda dos sistemas simbólicos que lhe garantiam amparo, conforto e sentido. Talvez aí se possa pensar na Medicina como “a crença dos descrentes”, tal como suposto por Szasz (1974), considerando os rituais e valores médicos como substitutos dos valores e rituais religiosos.

A proporção do consumo de substâncias aumentou consideravelmente, englobando novas camadas da população; novas drogas surgiram, como efeito do próprio desenvolvimento científico. O progresso psicofarmacológico, que vinha se intensificando desde a década de cinquenta, possibilitou à Psiquiatria fundamentar seu conhecimento e prática segundo pressupostos biológicos, e a terapêutica medicamentosa foi substituindo as psicoterapias centradas na palavra e na historicidade do sujeito. Assim, reconfigurou-se também a própria relação humana com o sofrimento psíquico. Com o medicamento como instrumento de alívio desse sofrimento, “o limiar suportável para aquelas paixões foi baixando progressivamente nas individualidades, que passaram também a demandar tais químicas diante de toda e qualquer transformação negativa de humor” (BIRMAN, 1999, p. 242). Pensar a questão da droga na atualidade, então, implica pensar também sua relação com o processo de medicalização da sociedade. Fiore (2008), fazendo uso do trabalho de Clavreul (1983), ressalta como esse processo não se restringe a uma simples dominação, na qual o poder médico exerceria seu poder sobre a sociedade, mas da construção de uma existência pautada na linguagem, nos valores, nos princípios e normas produzidos pelo discurso médico.

[...] uma sociedade medicalizada, na falta de um outro termo melhor, não é necessariamente aquela em que os médicos e suas prescrições impõem seu poder, na condição de sujeitos, sobre cidadãos leigos sujeitados; trata-se de uma sociabilidade em que os dilemas colocados pelos saberes médicos são compartilhados enquanto valores fundamentais e perseguidos continuamente (FIORE, 2008, p. 143).

Se por um lado nunca se buscou tanto uma solução para o problema da droga como nos dias atuais, por outro, também nunca se prescreveu tanta droga. Esse paradoxo é comentado por Vargas (1998):

De fato, encontramos-nos diante de uma situação singular, posto que paradoxal: à crescente e, em muitos sentidos, inédita repressão ao uso de drogas ilegais adiciona-se a insidiosa incitação ao consumo de drogas legais, quer sob a forma de remédios prescritos pela ordem médica com vistas à produção de corpos saudáveis, quer sob a forma de drogas autoprescritas em virtude dos ideais de beleza (os anoréticos produzindo corpos esbeltos), de habilidade (os esteroides e anabolizantes produzindo corpos de superatletas) ou de ‘estado de espírito’ (os ansiolíticos e os antidepressivos produzindo corpos serenos, mansos), e, mais ainda, quer do indefectível hábito, tão comum entre nós, de ingerir bebidas alcoólicas, tabaco e café (p. 123).

A diferenciação entre o que é prescrito e incentivado e o que é reprimido, seja pela via da patologização ou da criminalização, é feita pela incompatibilidade creditada ao uso de determinadas substâncias com a preservação da saúde e do bem-estar “que a Medicina nos **impõe** buscar” (VARGAS, 1998, p. 124).⁴ Assim, é a mesma norma médica que funciona tanto de maneira positiva – levando ao consumo de algumas drogas – quanto negativa – reprimindo o uso de outras: “O fato a destacar é que, se é em nome da saúde dos corpos que o consumo não medicamentoso de drogas é combatido, é também pelo mesmo motivo, em nome dos mesmos corpos, que o consumo medicamentoso de drogas é incitado” (VARGAS, 1998, p. 124). Para Birman (1999), há uma complementaridade entre o narcotráfico e o complexo industrial farmacêutico, pois o que faz ambos funcionarem é “o esforço da pós-modernidade de erigir uma cultura centrada no evitamento da dor e do sofrimento psíquicos” (p. 243). Vargas (1998) chama esse fenômeno de consumo generalizado de drogas lícitas e ilícitas de “analgesia coletiva”, característica de uma sociedade que não tolera a dor, pois ela “se não personifica o mal, ao menos anuncia a sua presença” (p. 129). Nessa perspectiva, a saúde nos dias atuais pode ser pensada como a inconsciência do próprio corpo, tal como disse Leriche (apud CANGUILHEM, 1943): “a vida no silêncio dos órgãos” (p. 57).

Descrição do trabalho e considerações metodológicas

⁴ Grifo meu.

Tecido esse breve panorama geral do consumo de droga no último século, pano de fundo das questões debatidas no presente trabalho, podemos passar ao foco específico do mesmo.

Atualmente, encontramos-nos tão embebidos nas concepções compartilhadas sobre a alarmante “questão da droga”, que exige grande esforço a tentativa de distanciarmo-nos de uma série de discursos (social, midiático, jurídico, científico, médico, etc.) para desnaturalizar essa questão e conseguir enxergá-la atrás desta “cortina de fumaça”.⁵ Assim, o primeiro pressuposto metodológico deste trabalho é o esforço em realizar tal operação. De acordo com Fiore (2005), as ciências humanas devem procurar romper com a naturalização da questão encontrada no senso comum e buscar entender os mecanismos de sua instituição. Porém, isso não é o mesmo que discutir a existência ou a veracidade da questão, pois como ressalta o autor, “visto que como problema reconhecido socialmente é um fato social” (p. 258-259). Seguindo essa mesma lógica, a discussão sobre a pertinência da toxicomania enquanto patologia, ou seja, se é ou não é uma doença, não será problematizada aqui, pois se entende que sua afirmação como enfermidade tem efeito de verdade, já que se produz dentro de um regime de verdade médico. A Medicina, enquanto saber-poder, “constrói o mundo ao mesmo tempo em que o explica” (FIORE, 2008, p. 143). Dessa maneira, sem entrar no mérito das verdades ou inverdades na questão da droga, o objetivo do trabalho é investigar as condições de possibilidade de sua emergência e sua configuração ao longo do tempo.

Para 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 (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).

Assim, em consonância com estes autores, o presente trabalho buscou analisar a constituição da questão da droga como objeto de intervenção da Justiça e da Psiquiatria. No

⁵ Referência ao filme: CORTINA DE FUMAÇA. Direção e produção de Rodrigo Mac Niven. Brasil: J. R. Mac Niven Produções e TVa2 Produções, 2010. (88 min)

primeiro capítulo focou-se o ponto de vista jurídico, e no segundo capítulo o ponto de vista médico-psiquiátrico, respectivamente através de documentos legislativos e da produção literária de cada época. Procurou-se, assim, investigar os processos de medicalização e de criminalização do uso de droga, separadamente analisados, e os fatores envolvidos nesse processo, realizando, sempre que possível e preciso, a articulação com o contexto histórico no qual esses processos estão inseridos. No terceiro capítulo, buscou-se resumir e relacionar os principais pontos apresentados nos dois primeiros capítulos, de forma a tecer uma “linha do tempo” da questão desde o início do século XX até os dias atuais, pensando as continuidades e rupturas dos dois processos estudados. Finalmente, no quarto e último capítulo, buscaram-se, no trabalho de Michel Foucault, elementos que ajudam a esclarecer e a aprofundar a reflexão sobre o que foi estudado nos primeiros capítulos.

A hipótese aqui investigada é a de que, nas primeiras décadas do século XX, quando o uso de droga começou a ser abordado como um problema, estabeleceu-se uma aliança entre Justiça e Psiquiatria, com o objetivo compartilhado de controle sobre os toxicômanos e, ao longo do século, a Psiquiatria foi ganhando legitimidade para atuar sobre esse objeto. Contudo, o deslocamento do uso de droga do âmbito jurídico para o âmbito médico indica, na verdade, uma convergência e a sofisticação de métodos e objetivos já estabelecidos pela prática jurídica.

Não se trata aqui, absolutamente, de propor uma gênese, a partir da Medicina e do Direito, mas de investigar como essas instituições contribuíram para a construção da questão, como elas se articularam, conduziram e ainda sustentam a questão até o início do século XXI.

O intervalo temporal estudado compreende do o início do século XX até os dias de hoje, com foco especial para a configuração atual da questão. A delimitação do período a ser estudado se deu pela verificação de certo consenso em diversas bibliografias consultadas (CARVALHO, 2007, SZASZ, 1974 BATISTA, 1997, MACHADO e MIRANDA, 2007) que apontam o início do século XX como o momento do alvorecer do uso de droga enquanto alvo de regulação.

Importante ressaltar que o foco da análise documental restringiu-se à questão do **uso** de droga, excluindo-se a abordagem de outros comportamentos relacionados, tais como o tráfico, o plantio, etc. Não se ocupou aqui, também, da associação do uso de drogas a outros delitos e a questão da imputabilidade/inimputabilidade do agente. Como se verá ao longo do texto, em vários momentos, a problemática aqui discutida faz interface com a discussão sobre o louco infrator. Muitas aproximações podem ser percebidas, principalmente no que toca a relação entre Justiça e Psiquiatria e na associação entre loucura e periculosidade. Porém, há

uma distinção fundamental entre elas: o louco infrator sofre de uma enfermidade mental e pratica um delito, enquanto o uso de droga constitui em si crime e delito. Ou seja, no primeiro caso, enfermidade e loucura são duas coisas diferentes, enquanto o uso de droga é ora crime, ora doença, dependendo da matriz discursiva. Com isso, pelo limite do presente trabalho, focaremos nas particularidades da questão da droga, em sua alternância como objeto da Justiça e da Psiquiatria, mas reconhecendo que o estudo se beneficiaria do aprofundamento nessa aproximação.⁶

Não se buscou efetuar uma distinção *a priori* entre as substâncias lícitas e ilícitas e escolher umas ou outras como objeto do trabalho. Todavia, por focar na interlocução da Psiquiatria com a Justiça no controle do uso de droga, é possível que as substâncias ilícitas sejam mais enfatizadas em alguns momentos, pois elas se encontram na interseção desses dois campos. Contudo, há um esforço para abranger os dois espaços – das drogas legais e ilegais – tratando-as indistintamente, e fazendo diferenciações quando for relevante. Cabe informar, também, que os termos que se referem ao uso de droga (uso, abuso, dependência, entre outros) não foram sistematicamente operacionalizados, pela compreensão de que essa diferenciação não é evidente, nem na literatura, nem na aplicação prática dos termos, e por entender-se que essa indefinição retrata a própria dificuldade em estabelecer as fronteiras entre esses termos, que será problematizada ao longo do trabalho.

O termo escolhido para ser utilizado no presente trabalho foi “droga”, no singular. Como extensivamente discutido por Fiore (2006), uma ampla variedade de termos foi usada ao longo da história, por diferentes discursos: entorpecentes, drogas, narcóticos, substâncias psicoativas, tóxicos, dentre outros. Apesar da prevalência de alguns termos em contextos específicos, como entorpecentes no meio policial e substâncias psicoativas entre a comunidade médica, muitas vezes eles se substituem uns aos outros sem uma diferenciação precisa. Porém, a escolha pelo termo “droga” não se deve à existência de uma operacionalização eficiente do termo. Às vezes ele se refere às substâncias ilícitas, excluindo o tabaco e o álcool; às vezes ele exclui somente o álcool, como no termo “álcool e drogas” ou simplesmente AD, amplamente utilizado nas instituições no Brasil; ou pode também incluir substâncias ilícitas, tabaco, álcool e remédios, formando um enorme conjunto – cuja abrangência é possível por uma definição igualmente abrangente como a da OMS: “toda

6 Para aprofundamento no estudo sobre o louco infrator, conferir: Carrara, Sérgio. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. São Paulo: EdUSP, 1998; Delgado, Pedro Gabriel Godinho. *As razões da tutela*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992; Mattos, Virgílio de. *Trem de doído: o direito penal e a psiquiatria de mãos dadas*. Belo Horizonte: UMA Editoria, 1999; Mattos, Virgílio de. *Crime e psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança*. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

substância que, introduzida em um organismo vivo, pode modificar uma ou mais funções deste” (KRAMER e CAMERON, 1975 *apud* DEL OLMO, 1990, p. 21).⁷

Se a opção pelo termo “droga” não resolve o problema de sua definição, ela se justifica por dois motivos. Em primeiro lugar, esse parece ser um significante compartilhado por pessoas de diferentes setores da sociedade, ou seja, através dele é possível tramitar por um campo semântico comum (FIORE, 2006).⁸ Em segundo lugar, utiliza-se aqui o termo no singular, “droga”, ao invés de “drogas” no plural. Essa opção se fundamenta na percepção de que sob o significante “droga” há mais que um conjunto de substâncias, há um fenômeno, há um discurso, indecomponível. Segundo Del Olmo (1990):

O importante, portanto, não parece ser nem a substância nem sua definição, e muito menos sua capacidade ou não de alterar de algum modo o ser humano, mas muito mais o discurso que se constrói em torno dela. Daí o fato de se falar da *droga*, e não das *drogas*. (p. 22)

Também Fiore (2006) afirma que “o singular parece indicar que o peso do significado ‘droga’ é superior à especificidade da substância em questão” (p.70). Assim, pela escolha do singular, colocamos previamente o que nos interessa nesse trabalho: a droga como fenômeno discursivo.

⁷ Del Olmo (1990) considera essa definição malfeita, imprecisa e excessivamente geral, e afirma que “na linguagem cotidiana, trata-se de ‘toda substância capaz de alterar as condições psíquicas, e às vezes, físicas, do ser humano, do qual portanto pode-se esperar qualquer coisa” (p. 21).

⁸ O uso do termo “droga” no meio médico, por exemplo, ao invés de substância psicoativa ou substância psicotrópica, que remetem à compreensão farmacológica, mostra como o trabalho produzido pela Medicina não está desarticulado de um debate mais amplo, “já bastante consolidado e com seus termos muito bem definidos” (FIORE, 2006, p. 71). Em resumo, é em torno do significante “droga” que se encontram as substâncias psicoativas dos médicos, os entorpecentes dos policiais, e tantos outros quanto a linguagem der conta para criar “eufemismos” para esse termo que se tornou um palavrão contemporâneo.

1 A LEGISLAÇÃO SOBRE O USO DE DROGA NO BRASIL

O desejo da droga não pode ser eliminado pela legislação.

Helena Claudio Fragoso (1965)

1.1 O alvorecer do século XX e do uso de droga como questão médico-jurídica

Até o final do século XIX, no Brasil, não é possível encontrar uma coerência definida na política sobre droga. A única menção sobre a matéria no Código Penal de 1890 está em seu art. 396, que previa 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”.

Já no início do século XX, em 1911, aconteceu em Haia a Primeira Conferência Internacional do Ópio e, no ano seguinte, a Primeira Convenção Internacional do Ópio, impulsionadas pela pressão internacional, especialmente dos Estados Unidos, para o controle do comércio e do consumo de substâncias psicoativas, particularmente do ópio. O Brasil firmou sua adesão às medidas, respectivamente, através do Dec. 2.861 de 08/07/1914 e do Dec. 11.481 de 10/02/1915. Carvalho (2007) relaciona essa inovação ao aumento do consumo de ópio e haxixe, “sobretudo nos círculos intelectuais e na aristocracia urbana” (p. 12). Porém, Szasz (1974) apresenta argumento diferente para explicar o surgimento das medidas contra o ópio pelos Estados Unidos, para além da preocupação epidemiológica: a tentativa de enfraquecer os chineses residentes na América, tradicionais usuários de ópio, já que esses se mostravam mais resistentes às jornadas de trabalho que os nativos, ameaçando os postos de trabalho ocupados pelos americanos. Como ressaltado anteriormente⁹, as motivações são diversas e nenhuma, separadamente, é capaz de esgotar uma explicação para a emergência do fenômeno.

Começava-se, dessa forma, a delinear-se uma política criminal brasileira sobre droga, ou, nas palavras de Batista (1997) “é nesta ocasião que a política criminal brasileira para droga começa a adquirir uma configuração definida, na direção de um modelo que chamaremos ‘sanitário’, e que prevalecerá por meio século” (p. 131).

⁹ Ver seção Introdução.

Na década de vinte, o Dec. 4.294 de 06/07/1921, diferenciou em seus art. 2 e art. 3, a embriaguez escandalosa – “apresentar-se publicamente em estado de embriaguez que cause escândalo, desordem ou ponha em risco a segurança própria ou alheia” (art. 2) – da embriaguez habitual - “embriagar-se por habito, de tal modo que por actos inequívocos se torne nocivo ou perigoso a si próprio, a outrem, ou á ordem publica” (art. 3). À primeira caberia o pagamento de uma multa, enquanto, no segundo caso o decreto previa pena de internação de três meses a um ano – revogando-se o art. 396 anteriormente citado do Código Penal vigente, que estipulava a mesma pena de prisão para ambos os casos.

Para o cumprimento das “penas de internação” o documento previa a criação de “um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substancias venenosas”. Essa instituição seria composta de duas seções: a judiciária e a de internados voluntários (art. 6). Para a seção judiciária seriam direcionados os condenados por embriaguez habitual, além dos impronunciados ou absolvidos segundo o art. 27, § 4º, do Código Penal¹⁰. Já a seção de internados voluntários era destinada a intoxicados que solicitavam espontaneamente o tratamento, comprovada a necessidade do mesmo, ou por solicitação de um familiar, “sendo evidente a urgência da internação, para evitar a pratica de actos criminosos ou a completa perdição moral”.

Assim, como veremos mais adiante, muitas das questões ainda hoje presentes na política de tratamento do uso de droga já são evidentes no começo do século XX. O primeiro ponto a se destacar é o início do compartilhamento das providências em relação ao uso de droga com as instâncias médicas. A “pena de internação” já surge na legislação brasileira inserida nesse duplo punição-tratamento, com o objetivo claro de preservação da ordem e da moralidade. Ainda, a criação de um estabelecimento especial para esse público não traz na legislação nenhuma justificativa para tal, ou seja, uma evidência do motivo pelo qual toxicômanos não poderiam ser tratados juntamente com os demais alienados.

Ainda no mesmo ano de 1921, o Dec. 14.969 de 03/09/1921 dispôs sobre a criação, no Distrito Federal, do Sanatório para Toxicômanos, com o objetivo de oferecer “tratamento medico e correccional” (art. 9). Até a criação do mesmo, as colônias de alienados deveriam oferecer seções próprias para o acolhimento desse contingente (art. 9, § 5º). Mais uma vez, garantia-se a separação espacial de toxicômanos em relação aos demais internos, sem qualquer argumento que o justificasse.

¹⁰ Isto é, “os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commetter o crime”. Esses indivíduos se encontravam no conjunto dos que foram depois denominados irresponsáveis e, posteriormente, inimputáveis.

Esse decreto anunciava também a crescente importância do papel do médico especialista. Segundo os art. 12 e 13, seu parecer era condição necessária não somente para atestar a necessidade de tratamento que justificava a admissão no estabelecimento, mas também a cessação do estado mórbido necessária à alta. Ou seja, o especialista que deveria embasar a decisão do juiz sobre a entrada e a saída do indivíduo no estabelecimento, esta última, ainda condicionada à arbitrária noção de cura, sempre tão polêmica no terreno das afecções mentais. Era garantido também, ao juiz, o direito de decretar a internação simplesmente pela necessidade de observação, se os peritos achassem necessário (art. 12).

Estava formada, desde então, e amparada pelos registros legais, a aliança entre o saber e a prática médica e o aparelho judiciário no tratamento da questão do uso de droga. Como veremos, nas próximas décadas, essa relação entre Medicina – especialmente a Psiquiatria – e a Justiça se tornou progressivamente mais estreita.

Na década de trinta, alguns decretos foram produzidos no país por influência de convenções internacionais.¹¹ O Dec. 20.930 de 11/01/1932 deu certo tom de epidemia à questão da droga, transformando-a em doença de notificação compulsória e aumentando o poder de sequestração sobre toxicômanos. O art. 45 previa a internação compulsória, julgada a necessidade de tratamento adequado ou a bem da “ordem pública”, além dos demais casos já previstos em lei.

Permaneceram no Dec. 20.930 a possibilidade de internação facultativa, a requerimento do próprio indivíduo ou família, bem como a possibilidade de internação para observação, determinada pelo juiz, com base em julgamento de médicos especialistas. Acresça-se a esses casos a autorização dada pelo decreto à polícia para promover a internação prévia e imediata em casos de “urgência notória ou evidente”, baseada em laudo médico, com o prazo de cinco dias para instauração do processo judicial. Outra novidade era a garantia dada ao diretor do estabelecimento onde a medida de internação se executava de, ao não concordar com a solicitação de alta por um paciente – ou representante legal, familiar – cuja internação tinha caráter extrajudicial, mantê-lo interno pelo prazo de cinco dias, comunicando o fato ao Ministério Público. A alta, que continuava condicionada à perícia médica, exigia também “garantias de não voltar a intoxicar-se o doente, podendo para esse fim estabelecer um regime de liberdade vigiada” (art. 46 § 6º).

Outro dado relevante, que evidencia o tom alarmante que a questão da droga foi assumindo, é a ampliação dos estabelecimentos autorizados a promoverem a internação.

¹¹ Trata-se das convenções de Genebra, realizadas em 1925, 1931 e 1936, todas subscritas e promulgadas no Brasil pelos decretos 22.950 de 18/07/33, 113 de 13/10/34 e 2.994 de 17/08/38.

Segundo o art. 45 § 6º, na falta dos estabelecimentos adequados, definidos pelo Dec. 4.294/21, a internação será feita em qualquer estabelecimento hospitalar, seja ele público ou privado, desde que submetido à fiscalização oficial. A duração do tratamento poderá ser determinada pelo juiz, sendo facultado ao mesmo estabelecer tempo indeterminado para a medida (art. 46). Garantiu-se, assim, a execução da medida de internação, através de sua previsão legal, sua viabilização prática, e o controle desse processo pelo Estado.

A preocupação com o controle sobre as internações se tornou ainda mais patente no Dec.-Lei 891 de 25/11/1938, elaborado pela Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), que havia sido fundada em 1936. Ele manteve as principais medidas do Dec. 20.930, tais como a notificação e a internação compulsória e a indeterminação do tempo de tratamento. Contudo, esse documento explicita algumas medidas que promoviam um controle ainda maior sobre a execução desses procedimentos.

Em primeiro lugar, o art. 28 é claro ao proibir o tratamento de toxicômanos em domicílio, não especificando o regime de tratamento. A manutenção desses indivíduos dentro das instituições certamente tornava mais fácil obedecer às demais exigências estabelecidas por esse decreto-lei. Exigia-se a comunicação da entrada de pacientes toxicômanos à autoridade sanitária competente. A autoridade sanitária ficava incumbida de comunicar a internação à autoridade policial e ao Ministério Público. Da mesma forma, a autoridade sanitária deveria ser comunicada sobre as altas concedidas, repassando a informação à autoridade policial “para efeito de vigilância” (art. 29 § 10º). O duplo caráter sanitário-policial das estratégias de combate ao uso de droga fica evidente no art. 63, que enuncia: “As autoridades sanitárias e policiais prestarão auxílio recíproco nas diligências que se tornarem necessárias ao bom cumprimento dos dispositivos desta lei, atendendo prontamente às solicitações que nesse sentido forem feitas”.

Outra interessante observação é o fato de que, se na década de vinte a legislação colocava a serviço da Justiça os chamados “especialistas”, sem aprofundar em sua qualificação, os documentos da década de trinta já explicitavam sua preferência por peritos psiquiatras, configurando a estreita parceria Psiquiatria-Justiça.

1.2 O contexto liberal das décadas de 40 e 50

O Código Penal de 1940 foi promulgado pelo Dec.-Lei 2.848 de 7/12/1940 e, em seu art. 281, caracterizava como crime contra a saúde pública o ato de trazer consigo substância entorpecente, punível com reclusão. Na compreensão de Bittencourt (1986), isso provocava uma ambiguidade, pois não ficava claro se incluía também o porte para uso próprio ou apenas para comércio. Contudo, apesar de não ser consenso, o ato se encontrava na seção “comércio clandestino ou facilitação de uso de entorpecentes”, e boa parte dos extratos de julgamentos e comentários ao código penal analisados pela autora decidia pela não criminalização da posse destinada ao uso. Tal observação tende para a compreensão de Batista (1997), segundo o qual, de maneira geral, o código tendia para a descriminalização do uso de droga. A esse respeito, ele explica que:

O usuário de drogas, dependente ou experimentador, não era criminalizado, e Hungria, que transplantou o princípio para o CP 1940, explicava porque: ‘o viciado atual (já toxicômano ou simples intoxicado habitual) é um doente que precisa de tratamento, e não de punição (...) o ainda não viciado não deixa de ser uma vítima do perigo de ser empolgado pelo vício, e não um criminoso’” (BATISTA, 1997, p. 134-135).

Pela caracterização do período acima descrito, corroborada pela análise dos documentos das primeiras décadas do século XX, Batista (1997) denomina esse modelo de intervenção sobre a matéria das drogas como modelo sanitário, com ênfase maior nas providências médicas sobre o uso de droga, em detrimento das estratégias jurídicas. Esse modelo foi predominante, segundo o autor, até a década de 60. 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.

A legislação posterior ao Código Penal de 1940 não trouxe modificações significativas acerca do tratamento dado ao uso de droga no Brasil até a década de sessenta. Batista (1997) relaciona esse “silêncio” ao contexto liberalizante da redemocratização após o término da ditadura Vargas. O autor afirma que:

[...] após 1946, o tema das drogas cai para um segundo plano. O eixo mítico repressivo ainda repousa – e assim permanecerá até os anos sessenta – na completa “perdição moral” ou na predisposição para “a prática de actos criminosos” do decreto de 1921, porém a irrelevância estatístico-criminal do tráfico e do abuso de drogas não atrai a atenção dos juristas, dos criminólogos e mesmo dos legisladores (BATISTA, 1997, p. 137).

Segundo Del Olmo (1990), na América Latina, até os anos cinquenta “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 e sendo considerado prática de “subcultura”. O fenômeno era percebido “em termos de periculosidade, patologia e vício pelo qual o consumidor era visto como um ‘degenerado’” (DEL OLMO, 2003, p. 123). Para a autora, 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). Com a fundação da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde na década de quarenta, incumbidas da regulação internacional do fenômeno da droga, começou-se a difundir mundialmente as primeiras tentativas de transformar a droga em problema de saúde pública (DEL OLMO, 1990, 2003).

1.3 A década de 60: o Brasil na contramão do mundo

Naquele momento no Brasil, 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 sessenta como o momento de profunda difusão do modelo médico-sanitário. Com o aumento do consumo na população, especialmente entre as classes média e alta, tornou-se necessário diferenciar usuário de 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 contrariavam a tendência internacional da época, adiando em uma década a instalação efetiva do modelo médico-jurídico. Para justificar essa afirmação, tem-se o Dec. Lei 385 de 26/12/1968 que dava nova redação ao artigo 281 do Código Penal. Este, ao invés de diferenciar consumidor e traficante, equiparava a pena para o traficante à pena para aquele que “traz consigo, para uso próprio, substância entorpecente ou

que determine dependência física ou psíquica”, 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.

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, afirmava o estatuto de criminoso do usuário. Essa oscilação entre a compreensão do usuário como dependente e como criminoso reflete a dificuldade em decidir sobre a posição do mesmo em relação à saúde pública.

[...] seria ele sujeito passivo ou sujeito ativo do delito? Vítima do crime de terceiros, no qual os traficantes e intermediários seriam os responsáveis pela disseminação do vício; ou ele próprio agente do crime, na medida que, o porte pessoal de entorpecentes, já importaria em facilitação de seu uso? (BITTENCOURT, 1986, p. 18).

Naquele momento, 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).

1.4 A década de 70: a radicalização do processo de medicalização do uso de droga

Os documentos legislativos da década de setenta mostram claramente o aumento da preocupação com o controle sobre a questão da droga e a grande proporção que o discurso sobre o problema assumiu na sociedade brasileira. Esse discurso era fortemente marcado pela influência do saber médico, especialmente da Psiquiatria, e sua concepção do uso de droga como comportamento patológico, e não criminoso. Del Olmo (2003) afirma a predominância

de um modelo jurídico-político-médico, no qual se enfatiza o tratamento, mas que ainda incorpora ingredientes políticos e jurídicos.

No Rio de Janeiro, por exemplo, Batista (2003) localiza um corte na referida década, na qual identificavam-se novas características, como o aumento do uso de cocaína, principalmente pela classe média e, como contrapartida, a especialização da mão-de-obra da periferia que garante sua distribuição na cidade. Para a autora, “aos jovens de classe média, que a consumiam, aplicava-se o estereótipo médico, e aos jovens pobres, que a comercializavam, o estereótipo criminal” (p. 84).

A Lei 5.726 de 29/10/1971, já em seu art. 1º, determinava que: “É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar no combate ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.” Como ressalta Batista (1997):

Para além do compromisso bélico que a *vox* “combate” contém, utiliza-se da estrutura normativa da imposição do dever jurídico, fundamento dos ilícitos omissivos, para converter qualquer opinião dissidente da política repressiva numa espécie de cumplicidade moral com as drogas (p. 139).

Bittencourt (1986), analisando a referida lei, afirma ser 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 colaboração entre a Medicina psiquiátrica e a Justiça na abordagem do uso de droga já vinha se constituindo desde as primeiras décadas do século XX.

Além de manter a mesma penalidade para consumidores e traficantes, a Lei 5.726/71 elevou o tempo máximo de reclusão para seis anos. Porém, há uma diferenciação importante: se o porte de droga para consumo próprio tinha a penalidade referida, quando constatado o vício, a penalidade imposta poderia ser atenuada ou poderia ser determinada a “internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação” (art. 10). Dessa forma, observa-se que:

Apesar do uso de substância entorpecente ser um ato antijurídico, pois é previamente considerado crime pela lei que assim o define (“traz consigo para uso próprio”) a nova lei vai conceder a categoria dos viciados uma atenção diferente – eles são antes de tudo doentes (BITTENCOURT, 1986, p. 23).

Uma ressalva deve ser feita: a atenuação da pena privativa de liberdade ou sua conversão em internação se justificavam pela irresponsabilidade do indivíduo. Ou seja, é pelo efeito de comprometimento da razão que a patologia acarreta que se “desresponsabilizava” o autor do delito, algo próximo ao que já era praticado em relação aos demais transtornos

mentais. Apesar disso, Bittencourt (1986) afirma a progressiva intenção de diferenciar o vício dos demais, pois, segundo ela:

O que se vai querer cada vez mais, daqui para a frente, será fundar a subjetividade do viciado em um estado patológico particular que não o confunda com o doente mental, porém não deixando de considerar o uso de droga como uma dentre outras manifestações de desequilíbrio mental (p. 38-39).

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 o destino de sua “carreira moral”¹². No caso dos viciados, a trajetória poderia ter 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, cujo impasse para as afecções mentais já fora colocado anteriormente. O que se pode concluir é que nem todo caso de uso de droga era considerado vício, e cabia ao perito psiquiatra a decisão sobre o grau de imputabilidade e o destino desses casos.

Como bem pontua Carvalho (2007), “o fato de não mais considerar o dependente como criminoso escondia a faceta perversa da Lei, pois continuava a identificar o usuário ao traficante” (p. 18). Ainda, a aplicação dos diferentes estereótipos – doente e delinquente – não era feita de maneira semelhante nas diferentes camadas sociais, beneficiando mais os usuários de classe média, que estavam se tornando mais numerosos. A pesquisa de Batista (2003) revela como os processos criminais relativos a adolescentes usuários das classes superiores no Rio de Janeiro tinham consequências – quando as tinham – bem mais brandas do que as encontradas nos casos de jovens oriundos das classes populares. Dessa forma, a autora conclui que os fatores que determinavam a institucionalização, seja a prisão ou internação, eram “as condições materiais de existência e a etnia dos adolescentes envolvidos” (p. 111).

De maneira geral, o que se garantia era a exclusão do usuário de droga do meio social pelo encarceramento, se não mais na prisão, no hospital psiquiátrico, não mais pela finalidade de correção, mas pela cura. De toda forma, a dificuldade no estabelecimento de fronteiras precisas entre esses dois objetivos, isto é, prisão-correção e hospital-cura, colocava à Psiquiatria a tarefa de deslizar entre essas duas funções, garantindo sempre a exclusão e o controle dos “indesejáveis”.

Outros aspectos da legislação mostram como a questão da droga ia ganhando espaço no imaginário social e ocupando espaços estratégicos para seu combate. A escola passou a ter papel fundamental nesse cenário. O decreto impunha que ela instrísse educadores para o

¹² 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.

combate ao tráfico e uso de droga (art. 5); oferecesse conferências para pais e alunos, com o intuito de apresentar-lhes os malefícios causados pela droga (art. 6); os diretores passavam a ser obrigados a notificar os casos de uso e tráfico acontecidos na instituição (art. 7), devendo usar todas as medidas necessárias para prevenir a ocorrência de tais atos no ambiente escolar; e, ainda, os alunos que portassem qualquer substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica deveriam ser punidos com o trancamento da matrícula do ano letivo corrente (art. 8).

A utilização da instituição escolar denuncia a preocupação com o uso de droga entre os jovens, fato que não era evidente na legislação anterior à década de setenta. O documento ratificava essa preocupação ao prever, pela primeira vez na legislação brasileira, medidas a serem tomadas no caso de menores infratores consumidores de droga: “Os menores de 18 (dezoito) anos, infratores viciados, poderão ser internados em estabelecimento hospitalar, pelo tempo necessário à sua recuperação.” (art. 12).

A esse respeito, Batista (1997) constata que:

[...] a produção jurídico-penal daquela conjuntura absorveu a ideia de que a generalização do contato de jovens com drogas devia ser compreendida, no quadro da guerra fria, como uma estratégia do bloco comunista, para solapar as bases morais da civilização cristã ocidental, e que o enfrentamento da questão devia valer-se de métodos e dispositivos militares (p. 140).

Ainda segundo o autor, a metáfora da “guerra santa” elucida bem a presença do caráter bélico e religioso-moral do discurso que foi se construindo sobre a droga naquele período, cujo preceito de que os fins justificam os meios servia bem à legitimação da ação das agências policiais.

Cinco anos depois, a Lei 6.368 de 21/10/1976 aprimorou o documento acima apresentado. Bittencourt (1986) fala em uma radicalização “no processo de medicalização da Justiça Penal no que tange à resolução do uso de droga no Brasil” (p. 49), e aponta características fundamentais desse momento:

A produção de uma nova subjetividade em relação aos indivíduos que usam drogas, (fruto da associação progressivamente inalienável entre “drogado” e “doente”), e por outro lado, a constituição de uma nova estrutura institucional para recebê-lo (o hospital psiquiátrico em detrimento ao cárcere) e a instauração de competências especializadas para seu cuidado diferenciado (o corpo médico em detrimento ao aparelho judiciário) (p. 47-48).

A palavra “combate”, trazida no primeiro artigo da lei 5.726, foi substituída por “prevenção e repressão” ao tráfico ilícito e uso indevido de droga, continuando a ser esse papel de toda pessoa física ou jurídica.

Foi feita a distinção, para fins de penalidade, entre o tráfico e o consumo de droga. O primeiro passou a ser punível com reclusão de até 15 anos, enquanto o segundo teve o tempo máximo de detenção reduzido para dois anos, e mínimo para seis meses (art. 12 e art. 16)¹³. Sobre esse aspecto, Carvalho (2007) afirma que “na realidade operativa do sistema repressivo, criam-se dois estatutos proibitivos diferenciados, moldados conforme a lógica médico-psiquiátrica ou jurídico-política, disciplinando sanções e medidas autônomas aos sujeitos criminalizados” (p. 26). Porém, vários dos atos relacionados ao uso de droga – tais como preparar, guardar, trazer consigo, etc. – foram previstos com outras sanções, mais severas, por outros artigos do decreto. Dessa forma, nesses casos, abria-se a possibilidade de uma variação na interpretação do fato, e conseqüentemente na severidade da aplicação das sanções, variação esta que era determinada por fatores, muitas vezes, não objetivos.¹⁴ 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).

As disposições sobre tratamento e recuperação receberam inovações importantes. Sustentava-se a necessidade de tratamento em estabelecimentos específicos a essa população, podendo o mesmo ser realizado, na falta de estabelecimento próprio, em unidade diferenciada de outros estabelecimentos (art. 9). O quadro clínico do usuário passava a ser determinante na modalidade de tratamento que lhe seria aplicada, internação ou extra-hospitalar. Era a primeira vez que a legislação previa outra medida de tratamento além da internação (art. 10). Bittencourt (1986) ressalta que o tratamento é que se tornou compulsório, e não mais a internação.

A intervenção pelas instâncias de tratamento médico evidenciam a visão do usuário de droga como um “perigo potencial”. Carvalho (2007) identifica três importantes características

¹³ A diferença entre reclusão e detenção está no regime a ser cumprido. Na reclusão há a possibilidade de a pena ser cumprida em regime fechado, semiaberto ou aberto, enquanto na pena de detenção o regime fechado é excluído, executando-se apenas em regime semiaberto ou aberto.

¹⁴ Toron (apud Carvalho, 2007) afirma que: “dizer que o uso de drogas não é punido soa, quando menos, estranho porque todas as condutas que possibilitam esta prática (adquirir, guardar ou trazer consigo) são incriminadas. Com efeito, se o usuário para consumir o entorpecente deve, em algum momento detê-lo e essa detenção constitui crime, é evidente que o uso, ainda que por via oblíqua, é punido. Afirmar o contrário é sofismar” (p. 30).

dessa política: a associação dependência-delito, a desconsideração da voluntariedade no tratamento e a ampliação das possibilidades de identificação do usuário como dependente (p. 27). Assim, no limite o que se verifica é a criminalização da adicção, e a intervenção no usuário se faz necessária “como forma de impedir conduta criminosa futura [...] Em decorrência, olvida a importância da adesão (voluntariedade) do dependente ao programa de recuperação, transformando o tratamento em medida policlesca” (CARVALHO, 2007, p. 27). Também Bittencourt (1986) reconhece a expansão da intervenção no campo da dependência ao dizer que “o alcance da ação médica não se restringe à doença (o vício) que já se manifestou, mas à periculosidade virtual intrínseca daquele que consome drogas” (p. 30).

De certo modo, esse aparente “relaxamento” proposto pela diminuição da pena e da possibilidade de tratamento extra-hospitalar concorria com a crescente relevância dada às estratégias de vigilância e controle, e a centralização dessas ações no aparelho do Estado, que permaneciam previstas por essa lei.¹⁵ A produção de dados epidemiológicos também integrava a base das estratégias de combate à droga. O art. 10 § 2º, por exemplo, solicitava às instituições de tratamento um “mapa estatístico dos casos atendidos durante o mês anterior, com a indicação do código da doença, segundo a classificação aprovada pela Organização Mundial de Saúde, dispensada a menção do nome do paciente.”

O Dec. 78.992 de 21/12/76 não modificou substancialmente a Lei que regulamentava (Lei 6.368), porém detalhes sobre o tratamento dado à assistência extra-hospitalar de usuários de droga mostram como a questão ia se tornando mais complexa. Trata-se do art. 6, que diz:

A assistência social aos dependentes que forem submetidos a tratamento em regime extra-hospitalar, na forma do artigo 10, § 1º da Lei número 6.368, de 21 de outubro de 1976, terá por objetivo a avaliação da influência dos fatores sociais na situação do paciente, permitindo visão ampla do quadro clínico apresentado e tornando possível melhor planejamento terapêutico. Sua atuação se fará junto ao paciente, à família, ao seu trabalho e à sua comunidade, para aproveitamento do tratamento instituído, objetivando sua recuperação.

Apesar de conter especificidades próprias do contexto brasileiro, o aumento da preocupação com a “questão da droga” e as estratégias para lidar com ela faziam parte de uma tendência internacional, congregando esforços de mesma natureza para lidar com esse

¹⁵ A citar como exemplos: a criação de um Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão, para articular todas as autoridades que atuavam nessas atividades, nas três esferas do governo (município, estado e união) (art. 3); a responsabilização administrativa e penal dos dirigentes de estabelecimentos – de ensino ou hospitalares, ou de entidades sociais, culturais, recreativas, esportivas ou beneficentes – sobre as medidas de prevenção do tráfico e uso de drogas em tais estabelecimentos (art. 4); a inclusão nos programas dos cursos de formação de professores de conteúdos referentes a substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, ressaltada a necessidade da “observância dos seus princípios científicos” (art. 5); a competência exclusiva do Ministério da Saúde em “baixar instruções de caráter geral ou especial sobre proibição, limitação, fiscalização e controle da produção, do comércio e do uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e de especialidades farmacêuticas que as contenham” (art. 6).

impasse. Dessa forma, os documentos produzidos no Brasil aqui referenciados foram fortemente influenciados por convenções internacionais.¹⁶ Del Olmo (1990) aponta a importância dos meios de comunicação na propagação do “pânico” em torno da droga nesse período, produzindo um discurso homogêneo sobre o problema, importado dos Estados Unidos, “que não levavam em conta nem a diferença entre a droga, nem entre os grupos sociais” (p. 46). Nesse mesmo sentido, Bittencourt (1986) relaciona essa preocupação em seguir as recomendações internacionais com a inadequação da legislação à realidade do Brasil na época: “[...] a repentina mudança de atitude da lei em relação ao viciado surpreendeu a rede hospitalar do país despreparada para tornar viável o mandato legal” (MENNA BARRETO, 1972 apud BITTENCOURT, 1986, p. 44).

1.5 Os efeitos da “guerra contra as drogas” no Brasil da década de 80

Todo esse processo de construção das políticas criminais sobre droga no cenário internacional levou ao que se convencionou chamar de “guerra às drogas”, no governo do presidente americano Ronald Reagan, em meados da década de oitenta, cujos efeitos foram e ainda são sentidos até os dias atuais nas políticas nacionais e internacionais sobre droga. Nesse contexto, “as políticas propostas giraram em torno da militarização da política criminal” (DEL OLMO, 2003, p. 132).¹⁷ Del Olmo (2003) chamou o discurso construído na década de político-jurídico-transnacional, posto que a principal diferenciação feita neste momento era entre países vítimas e países vitimários, e não mais entre doente-consumidor e delinquente-traficante.

Como dito anteriormente, a influência de documentos e tendências internacionais na criação das leis e decretos brasileiros teve como consequência seu descompasso em relação à realidade nacional. Assim, foi na década de oitenta que as novas medidas começaram a ser

¹⁶ A adesão do Brasil a esses 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).

¹⁷ Tradução nossa. No original: “Las políticas propuestas giraron em torno a militarizar la política criminal”.

efetivamente implantadas no país, com a criação de um aparato institucional para sua viabilização. Nas palavras de Bittencourt (1986), especificamente sobre o tratamento do usuário:

[...] as repercussões da nova orientação legislativa só terão efeitos práticos a partir do final do ano de 1985, quando se verifica a proliferação de vários estabelecimentos especializados de inspiração médico-psicológica (e também religiosa) ligados direta ou indiretamente ao Poder Público, distribuídos em pontos diversos no país (p. 61).

O Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, cuja criação havia sido prevista pela Lei 6.368/76, efetivou-se em 1980, através do Dec. 85.110 de 02/09/1980. Era composto por diferentes órgãos, a fim de garantir a articulação e maior efetividade das ações.¹⁸ O financiamento dessas ações ficava assegurado pela Lei 7.560 de 19/12/1986, através do Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB), gerido pelo Conselho Federal de Entorpecentes, no âmbito do Ministério da Justiça.¹⁹

A década de oitenta, que no Brasil foi contextualizada pelos movimentos democráticos e o fim da ditadura militar, não teve o mesmo efeito nas políticas sobre droga. O que se verificou através do principal documento legislativo da época, a Constituição Federal de 1988, foi a manutenção da política repressiva, principalmente ao tráfico de droga, que foi agrupado à categoria de crimes hediondos. Carvalho (2007) ressalta a convergência entre a Constituição brasileira de 1988 e as propostas da Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas, ocorrida no mesmo ano e aprovada e promulgada no Brasil, respectivamente, pelo Dec. Leg. 162 de 1991 e Dec. 154 de 26/06/91. Esse tratamento ainda mais rígido para o tráfico de droga é consonante com o fato observado por Del Olmo (1990), isto é, a responsabilização do tráfico e da oferta, e não da demanda, pelo consumo de droga, o que leva à perseguição tanto de pessoas quanto de países

¹⁸ O sistema integrava os seguintes órgãos: o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), ocupando papel central nesse cenário e organizado nos moldes do antigo CNFE; o órgão de vigilância sanitária do Ministério da Saúde; o órgão de repressão a entorpecentes, do Departamento de Polícia Federal; o Conselho Federal de Educação; o órgão de fiscalização da Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, a Fundação Legião Brasileira de Assistência e a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, vinculados ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Machado e Miranda (2007) ressaltam que, inicialmente, o CONFEN se ocupou somente das questões relacionadas às drogas ilícitas, contudo, ainda na década de oitenta, passou a englobar as drogas lícitas no seu campo de intervenção.

¹⁹ Segundo a regulamentação do FUNCAB, os bens recolhidos como consequência de tráfico ilícito de drogas, passariam a compor o fundo: “Todo e qualquer bem de valor econômico, apreendido em decorrência do tráfico de drogas de abuso ou utilizado de qualquer forma em atividades ilícitas de produção ou comercialização de drogas abusivas, ou ainda, que haja sido adquirido com recursos provenientes do referido tráfico, e perdido em favor da União constituirá recurso do FUNCAB, ressalvados os direitos do lesado ou de terceiros de boa-fé e após decisão judicial ou administrativa tomada em caráter definitivo” (art. 4).

supostamente fornecedores. Carvalho (2007) refere-se à exorbitante taxa de encarceramento encontrada na atualidade como reflexo desse tratamento punitivo rigoroso ao comércio de droga.

A década seguinte não apresentou grandes novidades além da acentuação da tendência que vinha se configurando desde as décadas de sessenta e setenta: a intensificação da repressão, da cooperação internacional e da militarização do combate à droga. Em 1993, pela Lei 8.764 de 20/12/1993, deu-se a criação da Secretaria Nacional de Entorpecentes, vinculada ao Ministério da Justiça, que passava a gerir o FUNCAB e tinha entre suas funções supervisionar, acompanhar e fiscalizar a execução das normas estabelecidas pelo CONFEN.

O Programa de Ação Nacional Antidrogas (PANAD), desenvolvido e publicado pelo CONFEN no ano de 1996, previa ações de prevenção, repressão, recuperação e reinserção de dependentes de droga. Apesar de não haver predileção declaradamente manifesta por um desses aspectos, a repressão, notadamente, é a estratégia que recebe maior ênfase no programa. Essa constatação pode ser mensurada pelo número de páginas dedicado a cada: enquanto as ações preventivas e de recuperação não preenchem três páginas, quase doze são dedicadas às ações repressivas. As chamadas ações recuperativas têm por propósito a “redução da prevalência dos casos de dependências químicas [...] visando a recuperação dos dependentes e reinserção social” (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1996, p. 23). Assim, fica claro que o objetivo era a erradicação da demanda como forma indireta de coibir o comércio, através da intervenção no usuário. Além disso, mesmo contendo propostas de cunho sanitário, não havia ainda no Programa qualquer tentativa de articulação com as esferas da saúde. Machado e Miranda (2007) lembram que “as ações sanitárias foram propostas no âmbito da Justiça, mantendo uma tendência, observada desde o início do século XX, de indefinição e sobreposição de atribuições e responsabilidades” (p. 807).

Cinco anos mais tarde, a estrutura do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão foi alterada pelo Dec. 2.632 de 19/06/1998, que instituiu o Sistema Nacional Antidrogas, tendo em sua composição dois novos órgãos: a Secretaria Nacional Antidrogas e o Conselho Nacional Antidrogas. Esses novos órgãos – o primeiro, executivo, e o segundo, normativo – não estavam vinculados ao Ministério da Justiça, tal qual o extinto CONFEN, mas à Casa Militar da Presidência da República, confirmando a prevalência do modelo bélico então vigente no enfrentamento da questão da droga.

No plano internacional, o que Del Olmo (2003) identifica na década de noventa é a preocupação com o aspecto econômico envolvido na circulação e no consumo de droga no mundo, razão pela qual ela denomina o discurso prevalente de econômico-transnacional, ao

mesmo tempo em que o discurso científico se concentrava na “saúde mundial”, mesmo que identificando o consumidor como “cúmplice do delinquente” (p. 134).

1.6 O início do século XXI: o uso de droga como problema de saúde pública

A transição do século XX para o século XXI tinha, então, como panorama geral da política criminal sobre droga a punição do usuário, ainda que de forma diferenciada e menos rigorosa que o tráfico, e a prevalência de estratégias repressivas. Essa configuração inseria-se, ainda, no crescimento vertiginoso da mobilização estatal e social no enfrentamento da questão da droga, cujo significante “guerra” ia tomando lugar central no desenrolar dos anos.

O Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), anteriormente apresentado, passou a ocupar papel importante na definição e integração das políticas que dizem respeito à droga.²⁰ As atribuições foram compartilhadas entre o Ministério da Justiça, incumbido das atividades de prevenção do uso indevido, tratamento, recuperação e reinserção social, e o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, encarregado da repressão ao uso indevido, prevenção e repressão do tráfico e da produção.

No ano de 2002, a Lei 10.409 de 11/01/2002 reforçava vários aspectos já previstos pela legislação precedente. No capítulo que se refere ao tratamento de usuários e dependentes, contudo, pela primeira vez faz-se menção às competências do Ministério da Saúde, que ficava responsável por “regulamentar as ações que visem à redução dos danos sociais e à saúde”.

A Política Nacional Antidrogas (PNAD), publicada em 2002 pelo Dec. 4.345 de 26/08/2002, promoveu verdadeira transformação no discurso construído até aquele momento. Enquanto o período anterior, especialmente após as décadas de sessenta e setenta, tinha como foco explícito a repressão e a configuração da guerra, a partir desse documento ficou evidente o processo que se chamará aqui de “cientifização” da política sobre droga. Isso não significa, contudo, que as características bélicas foram elididas completamente do cenário nacional; elas continuam presentes, como demonstram algumas partes do texto que institui a política. O tom alarmante e o discurso epidemiológico marcam profundamente o texto, evidentes desde suas primeiras linhas:

²⁰ Ele tem sua estrutura redefinida através de diversos documentos. A citar: Dec. 3.696, de 21/12/2000; Medida provisória 2.225-45, de 04/09/2001; Dec. 4.513, de 13/12/2002; Dec. n° 5.912, de 27/09/2006.

O uso indevido de drogas constitui, na atualidade, séria e persistente ameaça à humanidade e à estabilidade das estruturas e valores políticos, econômicos, sociais e culturais de todos os Estados e sociedades.

Suas consequências infligem considerável prejuízo às nações do mundo inteiro, e não são detidas por fronteiras: avançam por todos os cantos da sociedade e por todos os espaços geográficos, afetando homens e mulheres de diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social e econômica ou mesmo de idade.

Uma questão importante, tratada de maneira objetiva pelo decreto ainda em sua introdução, é a tendência pela penetração capilar das estratégias propostas, que pode ser concretizada pela municipalização das ações, ou seja, deixando-as a cargo da esfera do Estado mais próxima do indivíduo que se pretende atingir. Afirma-se que:

Sem dúvida, a melhor forma de levar a mensagem antidrogas ao jovem é municipalizando as ações de prevenção contra as drogas. Isso significa levar ao município a ação de conversa face a face, de aconselhamento olho no olho, onde avulta de importância a organização de um Conselho Municipal Antidrogas.

Com a municipalização, viabiliza-se a necessária capilaridade do Sistema dentro do território nacional e se potencializam as possibilidades de participação da sociedade civil organizada nas ações antidrogas desenvolvidas no País.

A crença na maior eficácia da atuação “in lócus” já permeava as esferas da saúde, sendo esta uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro, existente desde o ano de 1988, e passava agora a nortear também a PNAD. Nesse sentido, a criação dos Conselhos Municipais Antidrogas (COMAD) foi fortemente estimulada para assumir papel central no gerenciamento dessas ações em nível municipal.

Nos pressupostos da PNAD ficou objetivamente reforçado o “ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas”. Diferenciou-se o uso, o uso indevido, a dependência e o tráfico, com a finalidade de tratá-los de forma diferenciada. O direito a tratamento adequado para o usuário e dependente de droga ficou garantido, e priorizava-se a prevenção do uso indevido, “por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade”. Assim, na sequência uso-uso indevido-dependência, procurava-se promover uma interrupção logo nos primeiros sinais de prejuízo causado pelo uso de droga. Buscava-se “desencorajar o uso inicial, promover a interrupção do consumo dos usuários ocasionais e reduzir as perniciosas consequências sociais e de saúde.” Ainda, no que concerne ao tratamento, a política objetivava implantar uma rede de assistência a usuários, “fundamentada em conhecimento validado”. Outra inovação é a consideração dos

“determinantes de saúde”, exemplificados por diversos aspectos no documento.²¹ Segundo a PNAD, as ações direcionadas às populações “em risco” receberiam esforço especial.²²

Esses pressupostos e objetivos foram detalhados nas estratégias de prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico, estudos, pesquisas e avaliações. Em contraponto com a PANAD de 1996, na qual se identificava a prevalência das estratégias repressivas, a PNAD inovou ao dar maior relevância às demais ações para usuários, apontando no sentido de uma opção por estratégias de “cuidado”, especialmente em saúde, em detrimento das estratégias penais repressivas, predominantes até aquele momento.

De toda forma, uma característica evidente em todas as partes do plano de ação da PNAD, repetidamente reafirmada, é a busca pela sistematização, prezando pelo “rigor metodológico”²³ e pelo conhecimento científico tanto no planejamento, como na aplicação e avaliação das ações promovidas. Convocavam-se, dessa forma, os especialistas das mais diversas áreas de conhecimento para cooperar no combate à “praga” que se espalhava pelo país.²⁴ Num misto de discurso científico e humanitário, o “cuidado especializado” era convidado a construir um novo cenário de atuação sobre o uso de droga.

No ano de 2005, a Política Nacional Antidrogas transformou-se em Política Nacional sobre Drogas, através da Resolução nº 03 GSIPR/CH/CONAD de 27/10/2005, em uma tentativa de superar a interpretação opositiva colocada pelo prefixo “anti” e romper com o tom repressivo que historicamente marcou as políticas precedentes. Contudo, além do nome, ela não apresentou grandes modificações em relação à política anterior. A notória modificação se fez no uso dos verbos: expressões como “incentivar”, “reconhecer a necessidade de”, “orientar” foram substituídas por ações mais concretas como “elaborar”, “garantir”, “propor”, “promover”, etc. Essa mudança parece indicar um maior comprometimento com a efetivação e atribuição de responsabilidades na execução das medidas propostas.

Voltando ao ano de 2003, o CONAD apresentou a Resolução nº 1 de 06/10/2003, fornecendo as orientações para o Sistema Nacional Antidrogas. O texto segue em

²¹ Os determinantes foram exemplificados pelos seguintes aspectos: renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico; funcionamento orgânico (biológico); herança genética; habilidades sociais; práticas de saúde pessoal; desenvolvimento infantil saudável e acesso ao sistema de saúde.

²² O texto da política cita como exemplos de grupos em risco: crianças e adolescentes, população em situação de rua, indígenas, gestantes e pessoas infectadas pelo vírus HIV.

²³ Esta expressão foi repetida várias vezes ao longo do documento.

²⁴ Como evidenciado em um dos propósitos da política: Estimular a participação dos profissionais das áreas das ciências humanas e da saúde, visando atingir todos os membros do corpo social, bem como os estreitos contatos entre instituições e entre setores dos diversos órgãos de atuação nessas áreas, de forma a garantir o desenvolvimento integrado de programas.

conformidade com as características já sublinhadas dos documentos anteriores, prezando pela condição humana do usuário de droga e pela promoção de “cuidado” adequado direcionado a esta parcela da população. Apesar da aparente reprodução de orientações anteriormente estabelecidas, alguns pontos fazem esse documento merecedor de atenção: a afirmação do poder de “liberdade de escolha sobre o tratamento ou não da dependência química ou do uso prejudicial de álcool e outras drogas”; o apelo à revisão legislativa que contemplates efetivamente a diferenciação entre usuário/dependente e traficante; a garantia de “igualdade de atenção à abordagem das drogas lícitas e das ilícitas”; e a consideração da abstinência como uma das alternativas – e não a única – em uma variedade de possibilidades.

1.6.1 A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas

Em continuidade às tendências observadas nos documentos anteriores – principalmente a Resolução nº 1 de 06/10/2003 – em 2003 o Ministério da Saúde, que tinha sua atuação restrita no que concerne à política sobre droga, divulgou a primeira Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.²⁵ A partir de então, oficialmente, a questão do usuário de droga deixou de ser exclusivamente jurídica para ser compartilhada entre as instâncias da Justiça e da Saúde.²⁶

Para entender a relação das esferas da saúde com a política de droga no país, cabe efetuar uma digressão e analisar um pouco de seus antecedentes. Como afirmado anteriormente, foi a partir da década de oitenta que se começou a instalar de fato uma rede institucional para lidar com a questão da droga no país, especialmente para atender ao “viciado”, cujo status e destino já haviam sido diferenciados do traficante. Para atender esses indivíduos, nessa mesma década, foram criados vários centros de tratamento, muitos deles vinculados às universidades públicas. Segundo Machado e Miranda (2007), “esses centros contribuíram para a produção técnico-científica relacionada ao tema e inauguraram no país a possibilidade de realização de práticas não moralistas nem repressivas” (p. 808). Já na década

²⁵ A primeira versão da política publicada em 2003 foi revista e ampliada e publicou-se a nova versão já no ano seguinte.

²⁶ A celebração da parceria entre Ministério da Saúde, o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e o CONAD é mais uma vez reafirmada na responsabilização do Ministério da Saúde pelas Câmaras Técnicas Temáticas de Tratamento e Redução de Danos pela Portaria Interministerial nº 10, de 31/03/2004.

de noventa, a expansão dos serviços de atenção ao usuário de droga não acompanhou a crescente demanda. Esse período coincide com o crescimento do número de comunidades terapêuticas²⁷, as quais, apesar de irem se expandindo e se configurando como um dos principais dispositivos para tratamento do uso de droga naquele período, só tiveram sua regulamentação em 2001. Até aquele ano, elas funcionavam sem qualquer regulação do Estado. Por outro lado,

[...] o processo de normatização desses espaços de tratamento, embora necessário para o estabelecimento de condições mais dignas para as pessoas que lá se tratam, favoreceu a organização da demanda das comunidades terapêuticas por financiamento público, reforçando uma tendência histórica de manutenção dessa atenção fora do âmbito do setor público de saúde. (MACHADO e MIRANDA, 2007, p. 815).

Machado e Miranda (2007) advertem também sobre o sentido mais amplo dessa busca por financiamento: na realidade, ela apontava para o conflito político-ideológico que marcava a cena naquela época, entre aqueles que queriam manter uma política antidrogas de caráter repressivo e segregante e os que desejavam inaugurar outro modelo, centrado nas propostas de redução de danos. Segundo os autores, o último prevaleceu no âmbito do Ministério da Saúde, enquanto a SENAD “centrou seus esforços na melhoria e na busca de financiamento para as comunidades terapêuticas, serviços que possuem práticas mais afinadas com o ideal de repressão ao uso de drogas, e mais distantes dos propósitos e diretrizes do SUS” (p. 817).

Analisando o texto da Política, fica evidente a influência do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira²⁸ – que teve a reformulação da assistência em saúde mental amparada pela Lei 10.216 de 06/04/01 – principalmente após a III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001, na qual se deu a reafirmação do compromisso dos setores envolvidos nesse movimento com a elaboração de uma política de atenção aos usuários de droga. Vê-se

²⁷ “Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas” (ANVISA, 2001).

²⁸ O processo conhecido como Reforma Psiquiátrica brasileira, cujos primeiros movimentos convencionou-se localizar na década de setenta, tem sua inspiração no movimento italiano e em seu líder mais conhecido, o psiquiatra Franco Basaglia. Trata-se de uma proposta de transformação do modelo de atenção em saúde mental, que busca romper com a lógica hospitalocêntrica, isto é, centrada no hospital psiquiátrico, até então dominante no cenário nacional. Além da modificação no modelo de atenção, busca-se fundar uma nova forma de perceber e lidar com a loucura, um novo estatuto para o louco, que deixa de ser excluído pelos muros do manicômio – ou qualquer outra prática segregativa – para transitar pelos caminhos da sociedade. Como extrapolaria os objetivos do presente trabalho descrever extensivamente o processo, para maior aprofundamento histórico, recomenda-se a leitura de “Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil”, de Paulo Amarante.

também o reconhecimento da omissão, de um “vácuo de propostas” por parte dos setores da saúde, cujo efeito teria sido a proliferação de “‘alternativas de atenção’ de caráter total, fechado e tendo como o único objetivo a ser alcançado a abstinência” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 5). Assim, o trecho a seguir evidencia as influências das propostas reformistas e o rompimento com o modelo segregativo que era constituído, no caso do uso de droga, pelos hospitais psiquiátricos e pelas comunidades terapêuticas:

Assim sendo, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.7).

Repete-se várias vezes ao longo do documento que a questão da droga configura um grave problema de saúde pública, apoiando a afirmação em dados epidemiológicos que comprovam a elevada taxa de uso e de prejuízos oriundos do mesmo – colocando, inclusive, o alcoolismo como “o maior problema de saúde pública” (p. 16). Como o próprio nome da Política indica, apesar de se diferenciar “álcool” e “outras drogas”, ambos são alvo de atenção do Estado.²⁹ Contudo, apesar da inclusão do álcool como foco de intervenção, a Política esclarece que não se trata de perseguir o uso, mas os danos causados pelo mesmo, diferentemente da política criminal proibicionista direcionada às substâncias ilícitas, que não contempla qualquer possibilidade de uso permitido. De maneira geral, adota-se uma postura liberal em relação ao uso de droga, como se pode perceber no trecho:

O consumo de bebidas alcoólicas, bem como de outros tipos de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, faz parte da cultura humana desde as épocas mais remotas. Do ponto de vista da saúde pública, o que importa é desenvolver ações intersetoriais que sejam eficazes no sentido de reduzir os danos à saúde causados pelo consumo prejudicial do álcool e outras drogas, incluídos os psicofármacos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 38-39).

Assim, do ponto de vista da saúde pública, o proibicionismo é visto como uma barreira ao acesso, à participação e à organização dos usuários à saúde, da mesma forma como a separação das substâncias entre lícitas e ilícitas incorre “na concentração de perigo e pânico

²⁹ O aumento da preocupação e intervenção em relação ao álcool efetivou-se em 2007, através do Dec. 6.117, de 22/05/2007, que institui a Política Nacional sobre o Álcool, articulada e coordenada pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Mesmo não contando com a regulação da criminalização, várias outras estratégias para coibir seu uso são descritas, tais como limitação dos lugares de venda, propaganda, dentre outras.

diante daquelas substâncias qualificadas de ilícitas, havendo inclusive incentivo às aquelas qualificadas de lícitas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 23).

1.6.2 A Lei 11.343/06: a “Nova” Lei de Drogas

A revisão legislativa, que já vinha sendo proposta por alguns dos documentos anteriores, cujo objetivo principal seria a diferenciação efetiva entre usuário e traficante, aconteceu no ano de 2006 com a Lei 11.343 de 23/08/2006, que revoga as leis 6.368/76 e 10.409/02.

Primeiramente, é importante ressaltar a garantia do respeito às diretrizes do Ministério da Saúde nas atividades de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de droga, mostrando mais uma vez a entrada efetiva do setor da saúde como agente regulador das medidas direcionadas a essa população. Ainda, é interessante notar que, ao tratar daqueles que consomem droga, o documento usa a expressão “usuário e dependente”, fazendo uma diferenciação entre os dois casos, mas sem explicitar qual seria a definição precisa de um e de outro.

Porém, a “grande novidade” desse documento é a modificação das penas para quem “adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar” (art. 28). Essas pessoas passaram a ser punidas com: advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. Ainda segundo o referido artigo, §7º, “o juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado”.

Segundo a lei, essas penas podem ser aplicadas isoladas ou cumulativamente, o que levou Carvalho (2007) a supor algo como a reedição do antigo sistema do duplo binário. Nesse sistema era possível a aplicação de penas juntamente com medidas de segurança, com a finalidade de complementar as primeiras no caso dos imputáveis ou substituí-las no caso dos inimputáveis. O duplo binário foi extinto em 1984, passando as medidas de segurança a serem destinadas aos inimputáveis e semi-imputáveis, enquanto as penas só poderiam ser aplicadas aos imputáveis – o chamado sistema vicariante. Contudo, o que Carvalho (2007) questiona é a

acumulação da medida educativa – que é uma espécie atípica de medida, situada entre a medida de segurança e a medida sócioeducativa – com as demais penas. Segundo o autor:

A retomada à estrutura do duplo binário às modalidades de porte para consumo pessoal de drogas demonstra à exaustão os efeitos da perigosa associação, na esfera legislativa ou no plano discursivo (dogmático), entre consumidor e dependente. Em realidade, opera-se com dúplici pressuposição de periculosidade do usuário, mesmo que eventual: (a) periculosidade social em face da possibilidade de expansão do consumo de droga para terceiros, afetando o bem jurídico saúde pública; (b) periculosidade individual decorrente da leitura do consumidor como potencial dependente. Apenas nesse quadro retórico é possível entender os excessos da dobra punitiva: pena retributiva à ofensa à saúde pública; medida educativa preventiva à autolesão (CARVALHO, 2007, p. 267).

Não mais sobre a aproximação entre usuário e dependente, mas sobre a diferenciação entre usuário e traficante, Carvalho (2007) afirma que:

[...] a Lei 11.343/06 nivela a importância dos tratamentos penais entre usuários e traficantes, criando dois estatutos autônomos com respostas punitivas de natureza distinta: alta repressão ao traficante de drogas, com imposição de severo regime de punibilidade (penas privativas de liberdade fixadas entre 05 e 15 anos); e patologização do usuário e do dependente com aplicação de penas e medidas (p. 72).

Assim, apesar de manter a criminalização do consumo de droga, procura-se delinear uma fronteira entre o consumidor e o traficante – levando em consideração 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. A partir da análise dos fatores enumerados, o juiz deve concluir se se trata de uso próprio ou tráfico e, em seguida, prescrever a medida adequada. O risco decorrente desse processo é a maior propensão a criminalizar aqueles indivíduos oriundos de camadas sociais menos abastadas, já que o imaginário social opera com grande facilidade a transposição entre pobreza e criminalidade.

Contudo, em alguns aspectos, a “nova” lei de tóxicos é “nova apenas no tempo, não trazendo qualquer alteração substancial” (KARAM, 2008, p. 105). Em primeiro lugar pela manutenção do viés proibicionista, já que “penas, como a própria Constituição Federal explícita, não são apenas as privativas da liberdade, mas também as restritivas da liberdade, a perda de bens, a multa, a prestação social alternativa, as suspensões ou interdições de direitos” (KARAM, 2008, p. 116). Em segundo lugar, Karam (2008) e Carvalho (2007) lembram que como a lei anterior – a Lei 6.368/76 – estipulava pena de detenção de seis meses a dois anos, o uso de droga já era considerado infração penal de menor potencial ofensivo, e por isso sendo encaminhado para os Juizados Especiais – Lei 9.099/95, os quais trabalham exclusivamente com penas não privativas de liberdade. Sendo assim, afirma Carvalho (2007) que:

[...] a base ideológica da Lei 11.343/06 mantém inalterado o sistema proibicionista inaugurado com a Lei 6.368/76, reforçando-o. Neste sentido, a lógica discursiva diferenciada iniciada na década de 70 é consolidada no novo estatuto, em detrimento de projetos políticos alternativos (descriminalizadores) moldados a partir das políticas públicas de redução de danos (p. 71).

Os trabalhos de Karam (2008) e de Carvalho (2007) mostram como são muitos os direitos fundamentais violados pela Lei 11.343/06. Particularmente, de interesse para este trabalho, ressalta-se que no caso do consumo de droga trata-se de uma conduta autolesiva e, assim, não há atentado a nenhum bem jurídico. A Saúde Pública, supostamente o bem a ser protegido nesse caso, não é colocada em perigo pelo consumo pessoal. Consequentemente, não haveria justificativa para a intervenção do Estado.³⁰ Segundo a autora,

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).

Carvalho (2007) coloca o impasse que esse aspecto da Nova Lei de Drogas coloca à necessária separação entre moral e direito, reforçando que “a secularização do direito e do processo penal, fruto da recepção constitucional dos valores do pluralismo e da tolerância à diversidade, blinda o indivíduo de intervenções indevidas na esfera da interioridade” (p. 256). Com isso, não cabe à esfera penal decidir sobre o “bem” individual, aproximando-se de uma reflexão no campo da Ética, mas evitar ou reparar o “mal” de terceiros. Somente nesses casos, ultrapassada essa linha divisória entre o privado e o público, pode o Estado intervir.

Karam (2008) destaca ainda duas consequências observadas pela falta de respeito aos direitos fundamentais. A primeira é a aproximação entre o Estado democrático e o Estado totalitário; e a segunda, é o prejuízo causado para a saúde pública por medidas que, em tese, visam protegê-la:

Mas, além de ocultar os riscos e danos à democracia, o proibicionismo oculta também o fato de que a proteção da saúde pública, que estaria a formalmente fundamentar a criminalização das condutas relacionadas às drogas qualificadas de ilícitas, é afetada por esta mesma criminalização, que impede um controle de qualidade das substâncias entregues ao consumo, impõe obstáculos a seu uso medicinal, dificulta a informação e a assistência, cria a necessidade de aproveitamento de circunstâncias que permitam um consumo que não seja

³⁰ Ainda que ao Estado fosse dada legitimidade para intervir sobre o foro privado da vida individual, alegando-se o risco que o indivíduo coloca a si próprio, nesse caso, a separação entre drogas lícitas e ilícitas é que constituiria um contrassenso, já que todas as substâncias de ambos os grupos apresentam potencial de lesividade (Carvalho, 2007).

descoberto, incentivando o consumo descuidado ou anti-higiênico propagador de doenças como a aids e a hepatite (KARAM, 2008, p. 118).

Para Karam (2008), somente a legalização e a regulação poderiam sanar os prejuízos causados pelo proibicionismo, já que seria ele, e não as substâncias, que causariam danos à sociedade. Carvalho (2007) também afirma que a manutenção do sistema proibicionista afasta a política de droga das propostas de redução de danos e “conserva mecanismos penais de controle [...], com similar efeito moralizador e normalizador, obstruindo a implementação de políticas públicas saudáveis” (p. 73).

O Dec. n° 5.912 de 27/09/2006, que regulamenta a Lei 11.343/06, responsabiliza o Ministério da Saúde por disciplinar a política de atenção aos usuários e dependentes de droga, as atividades de redução de danos e os serviços públicos e privados que desenvolvam ações de atenção para essas pessoas. Mais uma vez, reforça-se o papel do Ministério da Saúde como peça fundamental na regulação do tratamento de usuários e dependentes.

1.6.3 A Justiça Terapêutica: uma terapêutica justa?

O programa de Justiça Terapêutica que começou a ser implantado no Brasil a partir de 2000 é descrito como “um conjunto de medidas que visam aumentar a possibilidade de que infratores usuários e dependentes de drogas entrem e permaneçam em tratamento, modificando seus anteriores comportamentos delituosos para comportamentos socialmente adequados” (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE JUSTIÇA TERAPÊUTICA, 200-? apud CARVALHO, 2007, p. 275) . É um modelo de intervenção baseado nas *Drug Courts* americanas, que propõem a substituição das penas por medidas de tratamento. Como lembra Carvalho (2007), o tratamento adquire efeito de medida – socioeducativa ou de segurança – e “reedita a perspectiva sanitária na qual o usuário de drogas é visto como doente crônico, dotado do atributo periculosidade” (p. 277).

O que se verifica, nesse projeto, é a aproximação entre os discursos penais e a lógica médico-psiquiátrica e, sob o pretexto de auxiliar e recuperar o indivíduo, “deixa aberto o espaço para o aniquilamento do sujeito, transformando em objeto de intervenção pelo laboratório criminológico-sanitário” (CARVALHO, 2007, p. 278).

Batista (2001) lembra que, no início do século XX, como descrito no início do presente capítulo, os usuários de droga não eram criminalizados, mas ficavam sujeitos a

internações compulsórias através de pareceres médicos conjugados com decisões judiciais, e assim a autora interroga: “estaríamos caminhando a passos largos para o passado?” (p. 5). Ela aponta uma série de fatores que colocam essa proposta no sentido inverso das políticas de descriminalização:

O programa coopera com a criminalização exigindo testagens de abstinência obrigatórias, exigência de comparecimento regular às “terapias”, pontualidade, “vestir-se apropriadamente para as sessões de tratamento”, colaboração com a realização dos testes de drogas, “comparecer e demonstrar desempenho satisfatório na escola, estágios profissionalizantes e laborativos”; enfim todo um ritual de medidas autoritárias descartadas em quaisquer pesquisas envolvendo resultados positivos em relação à dependência química: dos Vigilantes do Peso aos Narcóticos Anônimos, não há um só programa sério que não indique como primeiro passo o desejo do sujeito dependente (BATISTA, 2001, p. 7).

Carvalho (2007) situa o programa de Justiça Terapêutica em lado radicalmente oposto à lógica da Redução de Danos, não somente pela exigência de abstinência, mas principalmente pelos diferentes estatutos que são conferidos aos sujeitos em cada uma dessas abordagens:

Assim, se nos sistemas de reconhecimento da autonomia o usuário e o dependente são percebidos como sujeitos de diálogo, portadores de fala e escuta, tendo sua alteridade preservada; nos de coercitibilidade o sujeito é reduzido a mero objeto de intervenção, decorrência inclusive da inexistência de distinção entre consumidores e toxicômanos (p. 49).

Além de se colocar na direção oposta aos movimentos de descriminalização e redução de danos, o principal impasse que o programa de Justiça Terapêutica instaura se situa no campo da clínica. Tedesco e Mattos (2005) apontam alguns dos problemas encontrados nessa esfera. Em primeiro lugar, tem-se o caráter compulsório do tratamento, que desconsidera a demanda do sujeito como premissa básica para o estabelecimento de uma relação terapêutica e aproxima a clínica das práticas punitivas. Em segundo lugar, a demanda por tratamento não advém do sujeito, mas do sistema jurídico e da sociedade, “que se sente desrespeitada pela quebra do contrato social que o delito efetiva” (p. 140).

Como bem ressaltam os autores, uma consequência importante desse processo é a “exclusão do sujeito de seu próprio processo terapêutico” (p. 140). O sujeito não é considerado nem na identificação de uma demanda de tratamento, nem na condução do mesmo, cuja padronização e impregnação por imperativos impedem a construção de uma direção baseada na singularidade de cada caso, e tampouco em seu objetivo, que é sempre a interrupção do uso de droga. Se considerarmos ainda que no início do século XXI, quando esses programas começaram a ser inseridos no Brasil, o país tinha sua política de saúde mental fortemente marcada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica – que tem como preceitos básicos o respeito à singularidade e o trabalho segundo projetos terapêuticos

individualizados – fica ainda mais evidente a discrepância entre o modelo de atenção que se buscava construir e a implantação desses projetos.

Por toda essa distância entre a prática proposta pelo programa de Justiça Terapêutica e as premissas básicas de uma clínica centrada no sujeito, pode-se concluir que esse programa se configura, na verdade, como um simulacro para a perpetuação de práticas punitivas e normatizadoras:

A produção da aliança entre vários domínios de saberes, na ausência de uma efetiva integralidade destes na prática clínica evidenciada na escolha do próprio nome para o projeto. O termo “Justiça Terapêutica”, conduz à conceituação imprecisa. Ao conferir prioridade à ação da justiça sobre a problemática psicopatológica permite à lógica penal determinar a função terapêutica, pervertendo a natureza desta atividade (TEDESCO e MATTOS, 2005, p. 143).

Supõe-se aqui que o papel central conferido aos saberes médico-psicológicos nessa proposta não é aleatório, e denuncia a convergência de estratégias e objetivos entre esses saberes e a prática jurídica.

1.7 Tendências atuais: o crack e a criminalização na berlinda

1.7.1 A “epidemia do crack” e seus desdobramentos

O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas foi instituído pelo Dec. 7.179 de 20/05/2010. Inicialmente, a coordenação desse plano coube ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Contudo, através do Dec. 7.426 de 07/01/2011, foram transferidos para o Ministério da Justiça a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (antiga Secretaria Nacional Antidrogas), o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD e a gestão do Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD (antigo FUNCAB). Com isso, também a gestão do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas foi transferida para o Ministério da Justiça pelo Dec. 7.637 de 08/12/2011.

Esse documento, que reflete bem o momento atual da questão da droga no Brasil, não traz modificações na abordagem sobre o assunto, mas procura garantir a execução imediata de ações já previstas nas políticas anteriores, de prevenção, assistência, tratamento e reinserção social. No final do ano de 2011, o governo federal lançou o programa “Crack, é preciso vencer”, com investimento de 4 bilhões até 2014 para viabilizar a melhoria da rede de

assistência (em três eixos: autoridade, prevenção e cuidado). Trata-se, na verdade, de uma resposta à urgência que se coloca em propor medidas para conter o avanço do uso de droga no país, especialmente o crack, cujo caráter epidêmico é constantemente afirmado, principalmente pelos meios de comunicação, através da expressão “epidemia do crack”:

As questões ligadas ao crack mostraram-se crescentes neste período. Evidenciou-se uma nova configuração do consumo de crack no país, com aumento do consumo em diferentes regiões onde, até então, não havia sido registrado. Esta tendência foi observada por pesquisas epidemiológicas, pelo aumento da procura por tratamento, e também pela abordagem intensa, e por vezes alarmante e inadequada, da mídia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 44).

Uma das polêmicas, que esteve presente no momento do lançamento do Plano foi a previsão da internação compulsória através da colaboração das equipes dos Consultórios de Rua.³¹³² Curiosamente, naquele momento, o ministro da Saúde se mostrou favorável à medida, enquanto o ministro da Justiça se posicionou contrário, revelando uma possível transferência das estratégias repressivas, que historicamente marcaram o campo da Justiça, para o campo da Saúde.³³ A proposta gerou muitas manifestações e acabou por ser suprimida do texto da política. Porém, apesar de suprimida do texto legal, a proposta da internação, incluindo a internação compulsória, permanece nos discursos e práticas atuais sobre o tratamento do usuário de droga.

Em resposta a essa alarmante urgência debitada ao crack, facilmente percebida no acompanhamento das mídias, algumas estão se consolidando nesse momento recente, rompendo com as propostas construídas no início da primeira década do século XXI, as quais pareciam caminhar no sentido de uma abordagem mais liberal da matéria. 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 social. A imagem do usuário difundida no imaginário social é de um ser capaz de cometer delitos e atos violentos em nome de seu vício, sem autocontrole e incapaz de gerir sua própria vida. Porém, ao ser tratado como uma epidemia, deve-se procurar soluções para o problema do crack prioritariamente no

³¹ Segundo descrição do Ministério da Saúde: “Os Consultórios de Rua são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, tendo como público alvo prioritário crianças e adolescentes em situação de rua usuárias de álcool e outras drogas, oferecendo ações no espaço da rua. Constitui um importante componente da rede de atenção em saúde mental, buscando reduzir a lacuna assistencial histórica das políticas de saúde voltadas para o consumo prejudicial de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua, por meio da oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua, superando a abordagem única de exigência da abstinência” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 51).

³² MOURA, Rafael Moraes; MONTEIRO, Tânia. *Pacote do governo prevê internação involuntária de usuários de crack*. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,pacote-do-governo-preve-internacao-involuntaria-de-usuarios-de-crack,807926,0.htm>. Acesso em 20 jun. 2012.

³³ MARQUES, Luciana. *Programa contra crack prevê internação compulsória*. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/brasil/programa-contra-crack-preve-internacao-compulsoria>. Acesso em: 20 jun. 2012.

âmbito da saúde pública, o que implica tentativas de encontrar estratégias dentro dessa mesma esfera para lidar com esse problema. É assim que a internação é colocada como a principal estratégia para lidar com essa situação: ao mesmo tempo em 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.³⁴ A análise de alguns fatos recentes pode corroborar essa hipótese e, apesar de serem muitos os exemplos possíveis, limitar-me-ei a enumerar cinco deles:

1. O primeiro a ser comentado é o Projeto de Lei nº 111/10, que tramita no Senado Federal e que 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, Demóstenes Torres, a Lei 11.343/06 foi um “erro”, que deve ser corrigido.³⁵
2. Pesquisa publicada em jornal de circulação nacional em janeiro de 2012 revelou que 90% dos entrevistados aprovam a internação não consentida de usuários de crack.³⁶
3. O governo do estado de Minas Gerais lançou em 2011 o Cartão Aliança pela Vida, que disponibiliza uma bolsa no valor de 900 reais para custear internações – voluntárias – com duração de até nove meses, não sendo possível o financiamento de outra modalidade de tratamento pelo programa.³⁷
4. No início de 2012, em São Paulo, no episódio que ficou conhecido como “Operação Sufoco”, parte do programa Nova Luz de requalificação urbana, operações policiais tentaram promover a “dissolução da crackolândia” – uma região da cidade onde havia grande concentração de pessoas que faziam uso de droga, principalmente de crack. Muitas pessoas foram presas por tráfico, outras encaminhadas para tratamento – internações e outras modalidades (não há

³⁴ Atualmente, são três os tipos de internação: voluntária (com o consentimento do paciente); involuntária (sem o consentimento do paciente, a pedido de terceiros); e compulsória (sem o consentimento do paciente, determinada por um juiz). Em todos os casos, contudo, é necessária a avaliação de um médico.

³⁵ BRASIL. Projeto de Lei do Senado nº 111, de 2010. Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Lei de Drogas), para prever pena de detenção para condutas relacionadas ao consumo pessoal de droga e a sua substituição por tratamento especializado, e dá outras providências.

³⁶ MARINHEIRO, Vaguinaldo. 90% aprovam internação involuntária. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 25 jan. 2012. Cotidiano, p. 1.

³⁷ MINAS GERAIS. Decreto nº 45.739, de 22 de setembro de 2011. Regulamenta a ação governamental “Cartão Aliança pela Vida” e estabelece os critérios para a concessão de benefício no âmbito do Programa Social Rede Complementar de Suporte Social e Atenção ao usuário de álcool ou outras drogas, de que trata o inciso VI do Anexo da Lei nº 18.692, de 30 de dezembro de 2009, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 23 de setembro de 2011, p.1-2.

consenso nos noticiários sobre números), mas o principal efeito imediato parece ter sido apenas a dispersão desse aglomerado na região em torno do local, e, pouco tempo depois, o tráfico e o consumo já haviam retornado.³⁸³⁹ Um ano depois, mais uma polêmica na condução da questão em São Paulo: o governo do Estado, em parceria com o Tribunal de Justiça, anunciou um “mutirão” para atender a demanda de tratamento de usuários de droga, espontânea ou a pedido de seus familiares. Uma equipe médica ficaria responsável por avaliar cada caso e determinar a medida cabível, podendo recorrer à internação involuntária ou compulsória conforme julgasse necessário – a presença dos operadores da justiça pretende justamente a facilitação dessas medidas.⁴⁰ Como se trata de acontecimento recente, os efeitos dessa medida ainda não podem ser avaliados. Contudo, a proposição da medida já representa bem as tendências atuais que aqui apontamos. Ainda sobre o estado de São Paulo, o aumento do número de internações involuntárias dá a dimensão da questão: enquanto no ano de 2003 foram registrados 763 casos, em 2012 foram 5.335 casos registrados (sendo que o ápice até agora foi em 2010, com mais de 6.000 casos).⁴¹

5. *Last but not least*, a situação do Rio de Janeiro. No ano de 2011 a Resolução SMAS n°20 de 27 de maio de 2011, passou a prever a internação compulsória de crianças e adolescentes que fazem uso de drogas.⁴² Recentemente, entretanto, passou-se a discutir a extensão dessa medida para adultos.⁴³ A internação para usuários de droga passa a ser importante estratégia de

³⁸ FERRAZ, Adriana. COSTA, Nataly. *PM ocupa crackolândia, mas só afasta usuários de droga por alguns metros*. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/impreso.pm-ocupa-cracolandia-mas-so-afasta-usuarios-de-droga-por-alguns-metros-,818256,0.htm>. Acesso em 10 jan. 2012.

³⁹ CARDOSO, William. *Cracolândia resiste após 1 ano de operação*. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/cidades.cracolandia-resiste-apos-1-ano-de-operacao,980136,0.htm>. Acesso em: 10 fev. 2013.

⁴⁰ BOGHOSSIAN, Bruno. *São Paulo autoriza internações involuntárias de dependentes de crack*. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/cidades.sao-paulo-autoriza-internacoes-involuntarias-de-dependentes-de-crack,980187,0.htm>. Acesso em 10 fev. 2013.

⁴¹ MACIEL, Camila. *São Paulo teve mais de 5.300 internações involuntárias de dependentes químicos em 2012*. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/01/24/sao-paulo-teve-mais-de-5300-internacoes-involuntarias-de-dependentes-quimicos-em-2012.htm>. Acesso em 10 fev. 2013.

⁴² SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Cria e regulamenta o protocolo do serviço especializado em abordagem social, no âmbito das ações da proteção social especial de média complexidade da Secretaria Municipal de Assistência Social, assim como institui os instrumentos a serem utilizados no processo de trabalho*. Resolução n° 20, de 27 de maio de 2011. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 30 de maio de 2011.

⁴³ *Paes quer internar compulsoriamente adultos viciados em crack no Rio*. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/10/paes-quer-internar-compulsoriamente-adultos-viciados-em-crack-no-rio.html>. Acesso em: 23out. 2012.

“reestabelecimento da ordem” na cidade do Rio de Janeiro, ao lado da implantação das polícias pacificadoras nas favelas da região⁴⁴.

Certamente a internação não é a única estratégia utilizada, e não se deve desconsiderar a existência de outros dispositivos, tais como os consultórios de rua e os centros de atenção psicossociais (CAPS ad), propostos pela política de atenção territorial tal como descrito anteriormente. Contudo, não há como negar o lugar privilegiado dado à internação (seja em hospitais ou comunidades terapêuticas; seja voluntária, involuntária ou compulsória), que chega a colocá-la como sinônimo de tratamento. Como veremos adiante, não se trata de uma escolha ao acaso. De maneira geral, o que se percebe é a expansão progressiva dessas medidas, com amplo consentimento popular, apesar de críticas e resistências oriundas principalmente de alguns atores e setores da área jurídica, da saúde e dos direitos humanos, que denunciam a ilegalidade e o caráter higienista dessas políticas⁴⁵. O significante “recolhimento”, que é amplamente utilizado quando se refere a essas medidas, faz emergir a real intenção dessas ações: a exclusão desses “indesejáveis” do espaço público, reeditando antigas práticas segregativas que, de tempos em tempos, alternam a população de “exóticos” para a qual se dirige.

1.7.2 O debate em torno da descriminalização

Por outro lado, dois exemplos de movimentos no sentido inverso do observado pelos exemplos anteriores tiveram repercussão nos últimos meses: trata-se da reforma do código penal e a campanha “Lei de Drogas: é preciso mudar”.

A reforma do código penal pelo Projeto de Lei n.º 236/2012 vem discutindo a descriminalização do porte de droga. Se integralmente aprovado, não haverá mais qualquer providência no âmbito do Direito Penal para o usuário de droga, nem mesmo medidas alternativas como é o caso da lei em vigor atualmente, desde que o uso não se realize em “locais públicos, nas imediações de escolas ou outros locais de concentração de crianças ou adolescentes, ou na presença destes” (art. 221). Para avaliar se se trata de porte para consumo

⁴⁴ Sobre a política de pacificação do Rio de Janeiro conferir: BATISTA, Vera Malaguti. *O Alemão é mais complexo*. Disponível em: <http://www.fazendomedia.com/o-alemao-e-mais-complexo/>. Acesso em 20 abr. 2012.

⁴⁵ JACOB, Paulo. *Crack: internação compulsória de adultos divide opiniões*. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/rio/crack-internacao-compulsoria-de-adultos-divide-opinioes-6487379>. Acesso em: 23 out 2012.

próprio, o juiz analisará “a natureza e a quantidade da substância apreendida, a conduta, ao local e as condições em que se desenvolveu a ação, bem como as circunstâncias sociais e pessoais do agente” (art. 212, §4º). A autoridade de saúde deverá, então, estipular a quantidade máxima de consumo para um período de cinco dias, a qual não poderá ser excedida para caracterização de porte para consumo próprio. Entretanto, as demais condutas relacionadas à droga continuam severamente penalizadas, o que remete novamente à demonização da figura do traficante paralela à vitimização da figura do usuário.

Já a campanha “Lei de Drogas: é preciso mudar”, realizada pela Comissão Brasileira sobre Drogas e Democracia⁴⁶ com apoio de diversas entidades governamentais e não governamentais, apesar de também buscar a mudança na política para o uso de droga e compartilhar algumas ideias da proposta anterior – tais como o estabelecimento objetivo de uma quantidade máxima que caracterize o porte para consumo próprio – apresenta particularidades importantes. Ela propõe transformar as penalidades da atual Lei de Drogas – advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade; medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo – em sanções administrativas, que passariam a ser gerenciadas por uma Comissão Administrativa Interdisciplinar. Assim, as medidas continuariam existindo, mas deixariam de ser sanções penais para se tornarem sanções administrativas. A relevância de tal campanha se dá pela grande repercussão midiática que ela vem alcançando, deixando de ser um debate político-acadêmico restrito a juristas e profissionais especializados para atingir a população de maneira geral, a qual inclusive é convidada a manifestar seu apoio assinando uma petição em um sítio eletrônico.

A proposta de reforma do Código Penal – ainda mais que a campanha da modificação da Lei de Drogas – vai de acordo com o que Batista (1974) já afirmava na década de setenta. Segundo o autor, o uso de droga, ao lado do aborto, teria como justificativa para sua retirada da lista de comportamentos punidos com sanções penais o fato de que “tal comportamento não está a merecer qualquer sanção” (p. 38), nem mesmo as administrativas como é a proposta da campanha previamente apresentada. 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).

⁴⁶ Segundo descrição do próprio sítio eletrônico: “a Comissão Brasileira sobre Drogas e Democracia é composta de 26 personalidades de diversos setores da sociedade brasileira que se propõem a refletir sobre a política de drogas no país. É objetivo da Comissão ouvir especialistas das diversas áreas relacionadas ao tema e transmitir suas conclusões ao Governo, ao Congresso Nacional e à opinião pública. Busca políticas e práticas que sejam mais humanas e eficazes no enfrentamento deste grave problema.” Fonte: <http://cbdd.org.br/pt/a-comissao/>.

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

Contudo, se o apelo à descriminalização do uso de droga parece bem embasado e está 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 variam os sujeitos sobre os quais 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”. Assim, a simples descriminalização do uso, não atingindo o outro polo, isto é, o dos envolvidos no comércio, não garante uma política justa para toda a população. O que se pode observar é que não se trata de uma discriminação objetiva, tanto do uso em relação ao tráfico quanto da questão da droga em relação às demais questões entrelaçadas (sociais, culturais, econômicas, históricas, etc.). E, por isso, colocar a descriminalização como solução para os excessos da atual política sobre drogas seria demasiado simplista, reducionista, ocultando os demais fatores diretamente relacionados.

⁴⁷ BATISTA (1974) chega a afirmar que “se o Estado resolve propiciar o tratamento, por exemplo, de jovens viciados em drogas, o sistema penal está longe de ser o meio adequado para a realização dessa tarefa” (p. 39). Essa ideia defendida pelo autor contraria, por exemplo, o programa de Justiça Terapêutica apresentado e discutido anteriormente no presente capítulo.

2 O USO DE DROGA NA MIRA DA PSIQUIATRIA

Nada é menos ingênuo do que a formulação de qualquer sistema classificatório.

Joel Birman (2010)

2.1 A emergência da Psiquiatria no Brasil e a construção do uso de droga como questão médica

Antes de nos ocuparmos do tratamento dispensado pelo saber psiquiátrico ao uso de droga no Brasil, é de extrema relevância discorrer, ainda que de forma sucinta, sobre a emergência e evolução desse campo de saberes e práticas no país. Segundo Costa (1974), até a segunda metade do século XIX não existia no Brasil uma assistência própria para doentes mentais, e estes costumavam vagar pelas ruas, eram encaminhados a prisões em virtude de vagabundagem ou perturbação da ordem pública, ou eram dirigidos para celas especiais dos hospitais. As primeiras mobilizações para a construção de um asilo especial se iniciaram após 1830, e foram atendidas somente em 1852, quando o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro foi inaugurado – o D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Contudo, foi com a influência de Juliano Moreira, já no início do século XX, que a Psiquiatria começou a demarcar seu espaço – como fica evidente pelo surgimento dos primeiros periódicos, a determinação da Psiquiatria como especialidade médica autônoma em 1912, e o aumento no número de estabelecimentos para doentes mentais entre essa data e 1920.⁴⁸ Porém, a Psiquiatria naquele momento era marcada pelo atraso, e Costa (1974) aponta como uma de suas principais fragilidades a dificuldade em delimitar seu campo específico:

Esses psiquiatras tinham todos tendência a confundir ou, pelo menos, a associar indevidamente os problemas psiquiátricos aos problemas culturais em geral. Para eles, os fenômenos psíquicos e culturais explicavam-se, unicamente, pela hipótese de uma causalidade biológica que, por sua vez, justificava a intervenção médica em todos os níveis da sociedade (p. 42).

Assim, segundo o autor, a Biologia era utilizada da maneira que fosse conveniente para corroborar os dogmas e os preconceitos psiquiátricos, indiscerníveis das ideias e dos

⁴⁸ De acordo com Santos e Verani (2010) o Hospício D. Pedro II, inicialmente, não se caracterizava como um espaço marcado pela presença da Medicina, permanecendo subordinado à Santa Casa de Misericórdia – espaço onde prevalecia a caridade e a assistência – até o início da República, quando se transformou no Hospício Nacional de Alienados.

valores que permeavam a sociedade naquela época, e o princípio da eugenia – que não era exclusivo da Psiquiatria, mas que teve nela importantes reflexos – fornecia uma racionalidade para aquela prática psiquiátrica. Segundo Costa (1974), “a eugenia foi o artefato conceitual que permitiu aos psiquiatras dilatar as fronteiras da Psiquiatria e abranger, desta maneira, o terreno social” (p. 47).

Analisando a história da Liga Brasileira de Higiene Mental – instituição fundada no Rio de Janeiro no ano de 1923 e que, de maneira geral, representava as tendências nacionais – Costa (1974) percebe dois momentos distintos. No primeiro momento, a Psiquiatria, sob a égide do organicismo, limitava a eugenia à prevenção da doença mental, isto é, “as noções de melhoria e aperfeiçoamento da raça não englobavam os indivíduos sadios psiquicamente” (p. 57-58). A raça que se buscava preservar e purificar era a “raça dos indivíduos normais”, não fazendo distinções de etnia. Já a partir da década de trinta foram os próprios atributos psíquicos dos não brancos, negros e amarelos que passaram a ser considerados como patológicos, “e o único remédio neste nível era o saneamento racial proposto pela eugenia” (COSTA, 1974, p. 58). Alguns dados relevantes ajudam a entender a passagem de um momento ao outro. Após a Revolução de 1930 e com a criação do Departamento Nacional de Saúde, os psiquiatras da Liga passaram a receber amplo apoio do Estado, o que pode os ter levado a ambicionar a ampliação de seu espaço de intervenção. Ainda, a Psiquiatria brasileira era, em certa medida, dependente teoricamente da Psiquiatria alemã, que, por sua vez, propagava sua nova concepção de eugenia. Apesar de conter inúmeras inconsistências em seus fundamentos, a formulação alemã foi absorvida no Brasil e gerou profundas transformações. A partir daquele momento, “o médico encarregado de assistir os doentes mentais devia ser eugenista antes de ser psiquiatra. Sua preocupação maior deveria ser a saúde da raça e não a do indivíduo” (COSTA, 1974, p. 62).

Birman (2010) fala da mudança de paradigma ocorrida na Psiquiatria brasileira nas duas primeiras décadas, cujo principal indício estaria na ascensão de Juliano Moreira à direção do Hospício Nacional de Alienados ocorrida no ano de 1905 e que se estendeu até os anos trinta. Para o autor, esse fato pode ser interpretado como um “divisor de águas”, marcando o rompimento com a tradicional influência da Psiquiatria francesa e inscrevendo a influência alemã no Brasil, principalmente de Emil Kraepelin. Sobre esse deslocamento no referencial teórico, afirma o autor:

Com efeito, se a tradição psiquiátrica francesa foi crucial no tempo inicial do alienismo no Brasil, foi a tradição alemã que passou a dar as cartas do jogo da verdade com a virada em questão. Além disso, a partir de então, ela tornou-se hegemônica, durante décadas, na direção das linhas de força da psiquiatria brasileira (p. 347).

Para Birman (2010), o principal efeito dessa transformação consistiu na “‘medicalização’ da loucura de maneira ao mesmo tempo sistemática e infinita” (p. 347). Para o autor, a medicalização da loucura era problemática pela dificuldade na aproximação da loucura com a concepção de enfermidade segundo o modelo epistemológico da medicina somática da época, e o esforço de Kraepelin se dava no sentido de modelar a Psiquiatria segundo os princípios da medicina científica da segunda metade do século XIX. Assim, com a incorporação do discurso kraepeliano no Brasil através do trabalho de Juliano Moreira, “o cientificismo e o positivismo médicos marcaram a leitura das perturbações mentais de forma inequívoca” (p. 348). Os efeitos desse novo cenário estavam presentes em todo o tecido discursivo da Psiquiatria da época:

Nessa perspectiva, o discurso psiquiátrico passou a caracterizar-se pela presença obrigatória de um conjunto de enunciados que, além da descrição sintomática das diferentes perturbações mentais, deveria igualmente incluir aqueles oriundos da anatomia, da bioquímica, da fisiologia e da então recente teoria da hereditariedade. Foi a constituição desses novos registros enunciativos no campo do discurso psiquiátrico que marcou a diferença efetiva entre este e o discurso teórico que o antecederia historicamente. Enfim, a medicalização da experiência da loucura assumiu outras direções diante das novas coordenadas teóricas inscritas no discurso psiquiátrico (BIRMAN, 2010, p. 348).

Portocarrero (2002) também defende o importante papel exercido por Juliano Moreira como o principal catalisador de uma ruptura com a tradição francesa e instaurador de uma nova direção no campo psiquiátrico. A autora afirma que:

Com Juliano Moreira, inaugura-se no Brasil um novo momento do saber psiquiátrico. Ao se introduzir um modelo teórico que tenta atribuir lesões específicas aos diversos tipos de doença mental e refere-se não só ao louco mas a outros tipos de desviantes, os anormais, estabelece-se uma descontinuidade em relação à generalidade causal das teorias morais do século XIX e em relação ao seu objeto. A psiquiatria não é mais o discurso científico sobre a loucura e suas causas somente: ela é o saber médico sobre todo desvio da normalidade - criminalidade, degeneração, doença mental (p. 91).

A descrição sistemática das teorias desenvolvidas por Kraepelin excederia o foco do presente trabalho. Contudo, um ponto nos é importante para a compreensão da sustentação das teorias e medidas em relação ao alcoolismo e uso de droga naquela época. Trata-se das noções de causalidade endógenas e exógenas: as enfermidades causadas por fatores exógenos seriam curáveis, enquanto as endógenas estariam condenadas à cronicidade, já que teriam um fundo constitucional e degenerativo. Sobre esse “fatalismo constitucionalista” do pensamento de Kraepelin, Birman (2010) conclui que “nessa perspectiva, a concepção de endogeneidade de Kraepelin estaria em continuidade com a concepção de degeneração, forjada no campo da Psiquiatria francesa por Morel (1859) e Magnan e Legrain (1895)” (p. 351). Ainda segundo o

autor, seria através da teorização sobre a causalidade que a questão da periculosidade social seria tomada como alvo e objeto da Psiquiatria, cujas fronteiras iam se expandindo, afirmando que “as ameaças representadas por estes últimos [doentes mentais] para o espaço social receberam de Kraepelin um verniz supostamente positivo e científico, evidenciando, contudo, um pessimismo fundamental no que tange às possibilidades terapêuticas” (p. 353).

O que se pode concluir sobre o contexto geral do campo psiquiátrico no início do século XX é que a Psiquiatria encontrava-se em processo de institucionalização, consolidação como especialidade da Medicina e afirmação como um saber sobre a loucura: “o positivismo, a ciência e a modernidade podem ser considerados três símbolos da recém-nascida República, não importando muito, neste sentido, que as práticas não correspondessem aos ideais” (SANTOS e VERANI, 2010, p. 419).

2.1.1 A Psiquiatria brasileira do início do século XX e o alcoolismo

A Psiquiatria brasileira do início do século XX já se ocupava de maneira extensiva e sistemática da questão do alcoolismo. De maneira geral, sua compreensão oscilava entre o papel de causador e desencadeador de enfermidades mentais preexistentes e latentes, mantendo as explicações sobre a causalidade endógena e exógena. Para Santos e Verani (2010), apesar de não haver consenso sobre a relação de causa ou consequência do alcoolismo em relação às doenças mentais, compartilhava-se a afirmação da semelhança entre os sintomas produzidos pelo abuso da bebida e os sintomas verificados nos loucos.

De particular relevância para a discussão desse trabalho, tem-se a descrição feita por Costa (1974) sobre a “cruzada” pela erradicação do alcoolismo decretada pela Liga na década de trinta, através do apelo por medidas públicas e policiais para resolver esse que seria, a princípio, um problema psiquiátrico. O alcoolismo era compreendido como uma doença hereditária – o que, na interpretação de Santos e Verani (2010), mostra a perpetuação da teoria da degenerescência de Morel. Consequentemente, o número de casos deveria aumentar caso não se tomasse uma série de medidas eugênicas. Acerca desse assunto, diz o autor:

Essas exigências excessivas eram claramente desproporcionais ao alcance real dos fatos. O alcoolismo, embora fosse um problema efetivamente grave na época, estava longe de ser o flagelo em que os psiquiatras queriam transformá-lo. As medidas repressivas pedidas para o combate ao alcoolismo revelavam não a importância do problema, mas a crença que eles tinham na possibilidade de intervir eugenicamente no nível da sociedade (COSTA, 1974, p. 60).

Porém, apesar da insistência nessas campanhas antialcoólicas, os dados da época mostram a baixa efetividade dessas ações, não sendo possível relacionar essas medidas a uma diminuição nos casos de alcoolismo. Na verdade, não se buscava justificar e embasar essas ações em evidências, já que o real intento das mesmas “não era o de curar ou prevenir o alcoolismo, mas o de regenerar a sociedade conforme um código moral particular” (COSTA, 1974, p. 91). O alcoolismo, tanto quanto a sífilis, remetiam à ociosidade, à prostituição e aos vícios das classes populares. 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. Uma evidência da predominância de fatores morais nessas campanhas está na diferenciação entre o alcoolismo das pessoas respeitáveis – que seria aceitável – e das pessoas não respeitáveis.

Também Santos e Verani (2010) mostram os efeitos da tomada do alcoolismo como uma “doença social”. Entendia-se que o problema do alcoolismo não afetava somente o indivíduo, mas todo o seu círculo de convivência direta e indireta seria afetado por sua enfermidade por razões tais como sua inadaptabilidade ao trabalho, decadência moral, inclinação ao crime e todo tipo de conduta condenável. Além dos efeitos do alcoolismo no âmbito social, o movimento inverso também era alvo de investigação, isto é, como as variáveis sociais podiam atuar como causas do alcoolismo. Dessa forma, as desordens mentais “eram vistas não só como resultados de problemas orgânicos e hereditários, mas também como fruto da influência de certos meios e ambientes sociais, considerados inadequados, ou ainda, de uma educação corrompida” (SANTOS e VERANI, 2010, p. 410). Para os autores, “a problemática do alcoolismo expandiu-se, assim, cada vez mais para a esfera social” (p. 410). Se o determinismo biológico coexistia com o determinismo social, mesmo em um momento no qual predominavam as teorias organicistas e científicas, isso se dava por uma estratégia de conveniência na busca pela expansão do campo de atuação da Psiquiatria. Se os fatores sociais também estavam relacionados às enfermidades mentais, a Medicina e especialmente a Psiquiatria estavam autorizadas e legitimadas a intervir nessa esfera também. Obviamente, alguns “recortes” do espaço social eram mais visados que outros, e dentre estes, como dito anteriormente, estavam principalmente as classes populares. O controle sobre o uso de álcool dessa camada objetivava muito menos a manutenção de sua saúde que o enfraquecimento das práticas sociais e culturais a ela associada. Conforme afirmam Santos e

Verani (2010), “a sociedade consolidava uma tradição de uso das bebidas que formalizava e ritualizava uma busca de prazer localizada no limite das imposições ditadas pela normalidade burguesa” (p. 413).

As medidas tomadas para a prevenção do alcoolismo no país seguiam os princípios da eugenia, por meio de propaganda, educação e censura, enquanto o tratamento se realizava por internação em hospício (SANTOS e VERANI, 2010). 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 ética” (CORBAIN, 1991 apud SANTOS e VERANI, 2010, p. 413).

Mais uma vez, o tratamento se baseava no princípio da segregação em asilos. Paralelamente ao crescimento do número de internações – que, contudo, não era exclusividade do alcoolismo – iniciou-se uma movimentação para a criação de estabelecimentos especiais, tanto para resolver o problema da grande demanda quanto para promover um “tratamento mais direcionado e eficiente” (SANTOS e VERANI, 2010, p. 415). Tratava-se do redirecionamento da assistência ao ébrio, agora segundo os novos ditames da Psiquiatria:

O modelo institucional e o tempo de internação dos alcoólatras tornaram-se questões bastante discutidas entre os psiquiatras: qual era o tempo realmente necessário para tratar (ou curar) o alcoolismo? Qual a necessidade de criação de instituições especiais, separadas dos hospícios, que abrigassem e tratassem os alcoólatras? Para Maurício de Medeiros, era preciso “antes de tudo” criar colônias de alcoolistas, “instituindo-se um sistema de recolhimento com trabalhos e diversões, que minorem o delírio e extingam o vício” (Medeiros, 1906, p.162). Márcio Neri, por sua vez, defendia que o isolamento do “delirante alcoólico” trazia o benefício de privá-lo “imediatamente das bebidas que foram causa da desordem mental”, permitindo observar que, “após um lapso de tempo mais ou menos longo, segundo os casos, o delírio vai pouco a pouco desaparecendo até cessar completamente” (Neri, 1909, p.353) (SANTOS e VERANI, 2010, p. 415).

Por diferentes argumentos, o que se garantia era a sequestração desses pacientes a uma “instituição total”⁴⁹ submetida às diretrizes psiquiátricas, nessa época, de caráter marcadamente repressivo. O que Costa (1974) conclui sobre a escolha, inspirada na Psiquiatria alemã, por métodos repressivos de tratamento da doença mental, é:

⁴⁹ O conceito de instituição total de Goffman (1961) se refere a “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (p. 11).

Se a LBHM fez convergir sua atividade e a ação policial para um único objetivo, é porque, em realidade, não havia grande diferença entre seus objetivos e os objetivos da polícia.

Na verdade, o que a Liga procurava combater não era a doença mental, mas as qualidades morais dos indivíduos doentes mentais. 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).

E, para o alcance efetivo dos resultados esperados pelos psiquiatras da época, estes recorriam ao Estado para obter cooperação com as medidas de coerção, como comprova o texto do renomado psiquiatra paulista Franco da Rocha (1930, apud COSTA, 1974):

É um dever iniludível da classe medica chamar atenção dos legisladores, sejam municipais, estaduais, ou federais, para a questão do alcoolismo, e pedir leis que abrandem a ação deletéria dessa praga social. Muito se tem já escrito e batido sobre esse thema. O que nos leva a falar ainda sobre o assumpto é o pernicioso descaso com que os legisladores têm encarado, talvez de medo, da questão política que dahi possa surgir.

Sem a intervenção dos poderes públicos seria infantilidade pensar em combater o alcoolismo.

Que poderes públicos têm a obrigação de decretar medidas coercitivas para tal fim, é coisa que não se discute, visto tratar-se de salvação pública (p. 90).

Assim retratamos um pouco do contexto da Psiquiatria e sua relação com o alcoolismo no começo do século XX no Brasil. Passemos agora à análise direta de documentos da época para aprofundar na investigação da abordagem psiquiátrica sobre o uso de droga nesse mesmo período.

2.1.2 Os Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins

Para investigar o pensamento psiquiátrico do início do século XX e, especificamente, como a questão do uso de droga era abordado nessa época, realizou-se a análise de um periódico de estimada relevância naquele contexto histórico. Trata-se dos “Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins”, primeiro periódico brasileiro especializado na área, fundado por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto.⁵⁰ Esta revista foi criada em 1905, e sofreu duas alterações em seu nome: em 1908 passou a se chamar Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal, em virtude da criação, em 1907, de

⁵⁰ Analisou-se todos os volumes disponíveis na biblioteca do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Como este periódico é apenas uma das fontes para investigação das tendências gerais da Psiquiatria brasileira do começo do século XX e dada a dificuldade de acesso a material tão antigo, acredita-se que não houve prejuízo significativo sofrido pela impossibilidade de análise dos exemplares que não estavam disponíveis na referida biblioteca.

sociedade homônima; e em 1919 sofreu nova renomeação, passando a se chamar Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria. Segundo Facchinetti, Cupello e Evangelista (2010) esta última mudança reflete a tentativa de separação da Medicina da Psicologia. Segundo Neves (2008, apud FACCHINETTI; CUPELLO; EVANGELISTA, 2010), “*iatros* é um sufixo relativo a médico, e a neurologia adotou o termo neuropsiquiatria para reforçar a identificação com o campo médico, em especial a Psiquiatria” (p. 529). Entretanto, apesar de não constar mais no título, a medicina legal continuou presente no conteúdo da revista, e esta também continuou sendo a publicação oficial da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal.

Nos Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins, nenhum artigo sobre o assunto pesquisado foi encontrado nos anos de 1905 e 1906. Porém, apesar de não referir-se especificamente ao assunto aqui investigado, um artigo merece um pouco de atenção. Trata-se do artigo de Afrânio Peixoto e Juliano Moreira intitulado “Classificação de moléstias mentais do professor Emil Kraepelin”, publicado em 1905. No referido trabalho, os autores confirmavam a afinidade da Psiquiatria brasileira com a Psiquiatria alemã através do nome de Kraepelin, dizendo que “entre os mestres da psiquiatria moderna um dos de maior merecimento é o Prof. Emil Kraepelin, de Munich” (p. 204). Ainda, mesmo afirmando não seguirem “servilmente” a classificação de doenças mentais proposta por Kraepelin, apresentam-na e reconhecem-na como de grande valor. Nessa classificação, o uso de substâncias pertencia ao grupo das “intoxicações exógenas”, que trazia também intoxicações por outras substâncias além das reconhecidas como “droga”. A Psiquiatria brasileira seguiu essa direção, adotando a categoria “psicoses heterotóxicas” na classificação da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal⁵¹, e posteriormente, a categoria “psicoses exógenas” na Classificação Brasileira de Doenças Mentais⁵².

No ano de 1907 foi publicado o artigo “Que póde fazer o medico da familia contra a embriaguez?”, tradução de um artigo originalmente publicado no British Medical Journal naquele mesmo ano. Tal artigo iniciava-se com a afirmação: “Está hoje geralmente admittido que a embriaguez é uma moléstia, e das que não se curam facilmente” (p. 414). E esta era seguida de orientações sobre a condução do tratamento.

⁵¹ Essa classificação foi elaborada por uma comissão formada pelos psiquiatras: Juliano Moreira, Afrânio Peixoto, Antônio Austregésilo, Carlos Moreno e Henrique Roxo (UCHÔA, 1981).

⁵² A Classificação Brasileira de Doenças Mentais foi aprovada em 1948 no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal e foi proposta pela equipe composta pelos psiquiatras: Aduino Botelho, Fábio Sodrê, Anibal Silveira, Leme Lopes, Darcy Mendonça Uchôa e Jurandyr Manfredini (UCHÔA, 1981).

Em 1909, o artigo de outro alemão, Weber, iniciava-se com outra afirmação importante. Dizia: “[...] a embriaguez não é mais considerada como vício, mas como um estado morbido curavel com o auxilio do medico” (p. 189). Pouco depois, dizia que “pode-se curar até casos graves, mas só *applicando o tratamento num instituto apropriado*. Fóra disto, qualquer tratamento é pura perda de tempo e dinheiro” (p. 190). E detalhava: “Recommendase muitas vezes um hospicio de alienados” (p. 191). E concluía discorrendo sobre a importância fundamental da abstinência após o tratamento, pois “para bebedores curados não ha gozo moderado, cada gotta é um mal” (p. 194).

Já com a denominação de Arquivos Brasileiros de Neuiriatria e Psiquiatria, em 1924, foi publicado o artigo “As toxicomanias no Rio de Janeiro”, de autoria de Cunha Lopes. Trata-se de uma análise estatística sobre o uso de substâncias na capital do país. O tom alarmante e o discurso epidêmico podem ser claramente percebidos, como no trecho em que o autor diz:

De instante a instante, o inimigo bate á porta. Quer nas casas de tolerância, quer nos theatros ou nos cinemas, até nos proprios lares, um polvo insaciável vae extendendo seus multiformes tentaculos. As intoxicações de luxo, sob todas as apparencias, invadem, assustadoramente, em vertiginosa carreira, sem distincção de classe, de sexo, de idade, todas as camadas sociaes [...] Em summa: do “club chic” ao “cabaret”, da academia á officina, da prisão ao manicomio o mesmo monstro sinistro se conduz levando a degradação e a morte (p. 131-132).

A toxicomania era descrita como uma “doença mental constitucional, que a ocasião provoca; é um permanente estado d’alma sedento de euphoria, ávido de prazeres artificiaes” (p. 132). Ela era subdividida em: morphinomania, heroinomania, cocainomania, alcoolococainismo, morphino-cocainismo, cocaino-veronalismo, etheromania e opiomania. Segundo o autor, “sem a conveniente assistencia medico-social, essas toxicomanias se prolongam até a completa miseria orgânica, até o ultimo dia da existencia de suas victimas” (p. 133). Através da amostra analisada no trabalho, concluía-se pelo aumento no número de atendimentos de toxicômanos, dentre outras inferências, tais como a ausência de predominância da ocorrência em homens e mulheres e a maior predominância em indivíduos sem profissão, além de negar presunções de que os profissionais médicos estariam mais sujeitos à morphinomania.

Em 1929, outro artigo sobre o assunto foi publicado. Trata-se de um trabalho de Pernambuco Filho, intitulado “Contribuição ao estudo clínico da morphinomania”. O texto trás em sua introdução uma recapitulação da preocupação internacional com o controle sobre o uso de droga e as diversas questões políticas envolvidas nesse processo. Posicionando-se criticamente em relação à eficácia da política criminal, o autor diz: “De pouco têm valido as leis severas e as fiscalizações rigorosas, postas em execução pelos dirigentes de varios paizes,

afim de suffocar de vez o mal social oriundo dos venenos lentos ou impedir sua expansão” (p. 92). Segue-se, então, uma explanação sobre as descobertas de mecanismos fisiológicos envolvidos na toxicomania (especialmente a abstinência) e sobre seus efeitos na moral do indivíduo toxicômano. O que o autor observava – e referia-se à obra de outro autor, o argentino Gregorio Bermann, para sustentar sua argumentação – era a possibilidade de os sintomas de abstinência retornarem mesmo após um período razoável de melhora, isto é, sem a presença desses sintomas. Pernambuco Filho relacionava a associação entre essa descoberta – as crises tardias de abstinência – e a ocorrência de reincidências. Ele afirmava que estas seriam mais frequentes em indivíduos cuja permanência nas instituições de tratamento havia sido menos duradoura. Por isso, o autor concluía que:

Assim, se ficar bem averiguado o facto, se tomará como norma, guardar o individuo sob vigilancia, ou não permittir a alta, antes de terminado o prazo em que essa occurencia costuma apparecer. E' mais uma tentativa para impedir a reincidencia, que é quase infallivel, e salvar das garras do vicio grande numero de infelizes (p. 103).

Em seguida, o autor apresentava os dados de suas estatísticas, os quais não corroboravam a afirmação de Cunha Lopes a respeito da relação negativa entre a profissão médica e a incidência de casos de “morphinomania”. Para Pernambuco Filho, e segundo os dados por ele demonstrados, haveria uma correlação positiva entre as duas variáveis: o uso de morfina e a ocupação relacionada à medicina (médico, farmacêutico, enfermeiro, etc.).

2.1.3 A psicopatologia forense de Afrânio Peixoto

Outra evidência da tomada do uso de droga como problema psiquiátrico está na obra de Afrânio Peixoto intitulada “Psico-patologia Forense”, de 1916. Nesta obra, o autor classifica como psicoses tóxicas o alcoolismo, o morfinismo e o cocainismo. A patologia era definida por:

Doenças mentaes produzidas por envenenamentos agudos ou crônicos, facilitados por predisposição nevropatica, caracterizada por perturbações profundas da sensibilidade, motilidade, intelligencia e vontade, que levam o doente à decadencia fisica – pelas alterações organicas, psiquica – pelas lesões cerebraes, social – pelas perversões eticas (p. 260).

O autor usa estatísticas do percentual de “alcoolicos” para demonstrar a proporção de incidência dos casos de psicoses tóxicas, que corresponderia a 28% do total de alienados no Rio de Janeiro. Contudo, outros valores eram apresentados por diferentes autores: Henrique

Roxo teria encontrado um resultado maior, 32%; e Franco da Rocha, em São Paulo, concluía que 50% do total de alienados tinham sua patologia direta ou indiretamente relacionada ao álcool.

O alcoolismo tinha duas subclassificações: o alcoolismo agudo e o alcoolismo crônico. Este último, além de acarretar prejuízos intelectuais e afetivos, era associado a todo tipo de comportamento que contrariava as regras sociais, o que o autor chamava de “prejuízos éticos”: “violento, sem escrúpulos, o alcoolatra espanca, extorque, rouba, viola, para satisfazer a um desejo de momento ou à necessidade de obter meios para beber” (p. 261). A mesma relação entre o uso da substância e comportamentos “desviados” era estabelecida com a morfina e a cocaína. Em suma, o uso de droga era visto como sinônimo de decadência física, psíquica, social e moral.

O alcoolismo, bem como os demais tipos de vício, era intimamente relacionado à degeneração, na posição de herdeiro bem como de propagador dessa condição. Nas palavras do próprio autor:

Não se deve ser indulgente com eles [alcoolistas], porque o abuso do álcool, além da doença, da loucura, do crime, é causa de decadência do carácter no individuo, de degeneração psíquica na raça: idiotas, atrasados, epilepticos, histericas, psicastenicos, criminosos, prostitutas... são geralmente filhos de alcoolistas. Mas... a tendencia ao abuso dos alcoolicos já é talvez sinal de degeneração hereditaria, pois, “não é alcoolista quem quer”, e “quem bebeu, beberá” (LASÈGUE), o que deve entrar em linha de conta para apreciação menos injusta (p. 264).

Como dito anteriormente, não há diferenciação entre alcoologista, morfímano, cocainomano ou eteromano no que diz respeito à degeneração. Para Afrânio Peixoto são todos degenerados e baseia-se na alta porcentagem (90%) dentre os intoxicados de “raffinés, prostitutas e rufiões”. Segundo ele, “já é anômalo não se contentar com as sensações costumeiras da vida quotidiana; os que procuram prazeres raros e sensações novas são tarados e predispostos: acabam doentes” (p. 265).

Na seção dedicada às aplicações forenses do conteúdo ali apresentado há um trecho cuja especial relevância para o presente trabalho justifica sua transcrição integral:

Neste terrível dilema de deixar a família e a sociedade expostas aos desmandos e violencias do alcoologista ou de punir um miserável doente que se cometeu o crime foi victima de uma corruptora intoxicação, à qual talvez o conduziu tendencia degenerativa original, o perito não terá dificuldade, nos países que possuem colônias e asilos para bebedores, onde eles são acolhidos para o tratamento e contenção devida.

Isto não existe entretanto ainda entre nós... de sorte que ao ter o perito de opinar pela atenuante a conceder ao alcoologista (embriaguez incompleta) ou irresponsabilidade (embriaguez completa, casos graves do alcoolismo cronico) não o deve fazer, sem acrescentar que a temibilidade desses enfermos leva-os ao hospicio de alienados, pois que os afasta do carcere. A sociedade é que não os deve suportar, sofrer e ser victima deles, porque não só eles são doentes, mas são doentes perigosos.

A embriaguez habitual e o alcoolismo crônico justificam sobejamente a perda da capacidade civil e a interdição consequente, além do internamento nos estabelecimentos adequados, para cura e reserva convenientes (p. 264-265).

2.1.4 A Psiquiatria de Henrique Roxo

Outro nome importante da psiquiatria da virada do século XIX para o século XX no Brasil, ao lado de Afrânio Peixoto, é Henrique Roxo. Birman afirma ser a obra de Henrique Roxo o triunfo do paradigma kraepeliano, concedendo à Psiquiatria brasileira uma “marca científica”, inserindo “em sua escrita enunciados advindos dos diferentes discursos biológicos, conferindo uma suposta marca de cientificidade ao discurso psiquiátrico” (BIRMAN, 2010, p. 367).

Já em 1924, em livro intitulado “Modernas Noções sobre Doenças Mentais”, Henrique Roxo discorria sobre a psicose alcoólica, opiomania e cocainomania, identificando ainda habituados ao “somnífero, ao chloral, ao veronal” (p. 38). Concluía-se pela “forte proporção” de psicopatas constitucionais entre os toxicômanos. Seguiam-se as indicações sobre as estratégias de tratamento – em sua maioria medicamentosas – conforme as modernas tendências da época.

Em 1934, no trabalho “Novidades em Doenças Mentais”, no qual Henrique Roxo agrupou textos de diversos autores, a questão do alcoolismo e da toxicomania estavam presentes. Ao alcoolismo destinou-se um capítulo especial, escrito por Oliveira Filho, o qual se inicia com a constatação do consumo de álcool ao longo da história, “não tendo nenhuma lei, divina ou humana, conseguido fazer suprimir o seu consumo” (p. 279). A embriaguez patológica era entendida como um perigo para o indivíduo e para a sociedade, sendo relacionada com a conduta criminosa. Discutiam-se ainda as implicações na esfera jurídica, tais como a responsabilidade criminal, a capacidade de testemunho e a capacidade civil. O alcoolismo crônico era descrito como “um dos maiores flagelos da humanidade” (p. 294), afetando não só o bebedor, mas também sua descendência. O alcoolista era descrito da seguinte forma:

O alcoolista é um indivíduo cujos sentimentos afetivos e de ética social se embotam. Ele torna-se brutal, não vacilando diante de coisa alguma para satisfazer o vício. Esta força de vontade para procurar a bebida está em contradição com a inércia, o descaso e a diferença afetiva que vota às pessoas amigas e aos próprios filhos. Tornam-se criminosos, roubam, atentam contra o pudor da própria esposa e dos filhos. Pelo motivo mais insignificante, vão às vias de facto e chegam até ao assassinio, bastando para isso uma simples advertência ao seu estado deplorável. A

sua sugestibilidade é muito fácil, podendo indivíduos sem escrúpulos se utilizarem deles para cometer os crimes mais varados (p. 295).

Sobre o tratamento, o autor se mostra descrente da eficácia de medidas recuperativas depois de instalado o vício, a não ser por “meios severos de repressão (prisão, internamento)” (p. 305), confiando mais em estratégias como a elevação do preço das bebidas e a limitação da produção e venda do álcool.

Um ponto interessante tratado por Oliveira Filho e bastante presente no pensamento psiquiátrico da época é a chamada *dipsomania*. Por dipsomania entendia-se, de maneira geral, o desejo irresistível, o impulso incontrolável de consumir bebidas alcoólicas. Os acessos, segundo o autor, poderiam durar horas, dias ou semanas, e seriam seguidos de um sentimento de repugnância pelo álcool, ficando abstêmio até novo acesso. Se a frequência desses acessos fosse grande, poderia então configurar um quadro de alcoolismo crônico. Porém, haveria uma diferença entre o dipsômano e o alcoolista: enquanto o primeiro era alienado *antes* de beber, o segundo seria alienado *por* beber. Ou seja, na dipsomania o hábito de beber era *consequência* da enfermidade, enquanto no alcoolismo ele era agente *causador* da enfermidade. Sobre esse assunto, Santos e Verani (2010) afirmam que:

A dipsomania foi outra resultante do processo de ‘alienização’ do alcoolismo. Esta entidade mórbida, fortemente vinculada às teorias da degeneração e da hereditariedade, caracterizava-se pela perda do controle do indivíduo sobre a própria vontade, isto é, uma impulsão irresistível tomava conta da pessoa, transformando-se em uma ideia hipertrofiada que sempre se transformava em ação. [...] 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 (p. 404-405).

A toxicomania, apesar de não ter um capítulo próprio, aparece no capítulo sobre as personalidades psicopáticas, escrito por Inaldo de Lyra Neves Manta. O autor divide as personalidades psicopáticas em: maus estudantes, instáveis e antissociais. A toxicomania seria uma subdivisão da classe dos antissociais (juntamente com os perversos sexuais, cleptomaníacos, suicidas, vagabundos, terroristas, revolucionaristas e salvadores, vanguardistas e excitados domésticos ou desarmônicos) e era compreendida segundo a teoria psicanalítica. Assim, a “tendência tóxica” era tida como um sintoma, e o uso do tóxico teria como função apaziguar a “angústia provocada pelo incommodo complexo... [de Édipo]” (p. 326).

Na obra “Tratamento dos Nervosos e Psychopathas”, de 1934, Roxo dedicou dois capítulos sobre o tratamento do alcoolismo e da opiomania, cocainomania e etheromania. Ele

iniciava tentando estabelecer uma diferenciação entre o embriagado e o alcoolista, uma tentativa de definição objetiva que foi amplamente citada por seus seguidores: o alcoolista seria aquele que “íngere nova quantidade de álcool, antes que a primeira tenha sido eliminada” (p. 31). Em seguida, trazia uma extensiva descrição do tratamento indicado em cada caso, com especial destaque para as medicações e doses utilizadas.

Mostrando que o alcoolismo não era uma questão exclusivamente médica, Roxo colocou sua opinião sobre as soluções efetivas para o alcoolismo no Brasil. Se as prescrições para o tratamento eram predominantemente médicas, as propostas para a profilaxia do alcoolismo passavam não pelo campo médico, mas pela educação antialcoólica nas escolas e, principalmente, pela proibição ou regulação do uso:

A única medida verdadeiramente útil de prophylaxia anti-alcoolica será a tributação alta das bebidas alcoólicas. A proibição absoluta da venda de bebidas alcoolicas, como se faz nos Estados Unidos, é muito util, mas de execução sempre muito difficil.

Além da tributação alta, deve ser prohibida a venda de bebidas alcoolicas nas proximidades das fabricas, em certos dias da semana (p. 37).

A criação de estabelecimentos especiais também era defendida por Roxo como medida imprescindível, nos quais os pacientes ficassem reclusos por pelo menos seis meses ocupando-se com trabalhos em lavouras ou oficinas. O isolamento em um hospício ou casa de saúde era recomendado como medida fundamental para o tratamento da opiomania, cocainomania e etheromania. Roxo anunciava ainda que outras toxicomanias já estavam sendo estudadas, envolvendo substâncias tais como o “haschisch, elixir paregorico, luminal, somnifero, veronal, etc.” (p. 46).

O que se pode afirmar após a análise da amostra da produção psiquiátrica aqui apresentada é que, 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 tal. O lugar do usuário de droga não era mais o cárcere – visto que essa questão não pertencia mais às autoridades judiciárias e policiais – mas tampouco o era a sociedade. Os pretextos médicos justificavam, ou ainda mais, exigiam a segregação em hospitais psiquiátricos. A internação era 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 se clamava pela criação de estabelecimentos especiais para essa população. O aumento do volume de internações não é específico do uso de droga, sendo consequência de um processo maior que foi a expansão da Psiquiatria na sociedade, isto é, a medicalização ou psiquiatrização da sociedade, que já dava seus primeiros passos no

início do século XX. Porém, dentre os “comportamentos patologizados” da época, o uso de droga parece ter se tornado um objeto privilegiado, dada a possibilidade de expansão que ele prometia à Psiquiatria, ou seja, o amplo alcance que ele permitia à Psiquiatria daquele tempo atingir no espaço social. Tanto que foi ele o escolhido para ter estabelecimentos distintos e exclusivos para seu tratamento, o que não aconteceu com as demais enfermidades mentais.

Tanto a associação do uso de droga com a periculosidade e a aproximação do indivíduo alcoolista ou toxicômano do louco – que 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 em 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.

2.2 O desenvolvimento psiquiátrico na segunda metade do século XX e a expansão do processo de medicalização do uso de droga

Partindo do pressuposto de que o uso de droga já havia sido medicalizado desde o início do século XX, como a análise dos documentos da época comprovou, far-se-á agora um estudo sobre como esse processo evoluiu da segunda metade do século até os dias atuais. Como objeto privilegiado de análise nessa pesquisa temos o Manual Diagnóstico e Estatístico americano. A escolha por esse objeto se justifica pela compreensão de que ele não é apenas um instrumento administrativo e burocrático de uso médico, nem se reduz ao campo estrito da Psiquiatria. O Manual é entendido aqui como “objeto cultural” (ZORZANELLI, 2012) o qual, simultaneamente, reflete valores culturais de uma época e produz efeitos na cultura. Assim, cada edição do Manual é uma amostra das ideias, teorias e valores que marcam a Psiquiatria naquele dado momento e, por isso, serve para pensar os horizontes desse campo.

Apesar de o Brasil utilizar majoritariamente a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, esta apresenta profunda sintonia com o Manual, principalmente na parte que interessa a este trabalho, isto é, o uso de droga. Além disso, a

facilidade de acesso ao manual americano contribuiu na escolha pelo mesmo, acreditando-se não haver prejuízo para o objetivo final do trabalho.⁵³ Sobretudo, verifica-se hoje que a Psiquiatria brasileira é carregada da influência norte-americana. Dessa forma, como na primeira parte deste capítulo, a investigação da abordagem psiquiátrica sobre o uso de droga passa pelo estudo da história da Psiquiatria de forma geral. Sendo assim, mantendo o foco desta pesquisa, as tendências gerais de cada época no Brasil serão analisadas pela investigação paralela dos manuais de Psiquiatria e Psiquiatria forense utilizados no Brasil em cada época.⁵⁴

2.2.1 As décadas de 50, 60 e 70 e os primeiros Manuais Diagnósticos e Estatísticos

Os esforços para a construção de uma nomenclatura compartilhada de doenças em todo o território norte-americano iniciou-se em 1927. Porém, a Associação Americana de Psiquiatria – então chamada Associação Americana Médico-Psicológica – já havia introduzido uma classificação de transtornos mentais cerca de dez anos antes, inicialmente com o propósito de investigação estatística. Desde então a APA passou a se encarregar de publicações futuras, que passaram a ser chamadas de “Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais”, ou apenas DSM (mantendo-se a sigla em inglês para *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), ampliando o objetivo inicial ao incluir também a função de diagnóstico já no título da publicação (APA, 1952).⁵⁵ Estes manuais são alternativas às diferentes edições da Classificação Internacional de Doenças, a CID, produzidas pela Organização Mundial de Saúde, cujo objetivo ultrapassa o do DSM e constitui uma classificação de todas as doenças, sendo os transtornos mentais somente um

⁵³ Todas as edições do DSM estão disponíveis na íntegra na internet, o que não ocorre em relação à CID. Para o presente trabalho, seriam necessárias as revisões desde a sexta edição da CID, pois é quando as doenças mentais foram inseridas na Classificação. Contudo, essas revisões não foram encontradas em nenhuma das bibliotecas consultadas (trata-se das bibliotecas das seguintes universidades: Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Federal do Rio de Janeiro). Entretanto, apesar de acreditar não haver prejuízo para o objetivo geral do trabalho, sempre que for possível e necessário estabelecer uma comparação entre a CID e o DSM, esta será realizada nas notas de rodapé.

⁵⁴ Para a pesquisa das publicações brasileiras, percorreu-se integralmente as estantes de Psiquiatria da biblioteca da Universidade Federal de Juiz de Fora, certificando-se de ter consultado as principais obras de cada período, sem contudo excluir as de menor repercussão.

⁵⁵ É válido ressaltar a importância das modificações ocorridas na classificação psiquiátrica em virtude dos transtornos relacionados às experiências da guerra. Cerca de 90% dos casos não se enquadravam mais na classificação previamente existente, o que estimulou a proliferação de novas categorias (APA, 1952). Por isso, o primeiro DSM tenta resolver o problema dessa multiplicidade não sistemática que emergiu com tais experiências.

subconjunto desse todo, enquanto o DSM trata especificamente dessa esfera. O primeiro DSM é uma alternativa à CID – 6, publicada em 1946, que pela primeira vez havia introduzido uma seção para os transtornos mentais. Até o presente momento foram publicadas seis versões do manual: DSM – I (1952), DSM – II (1968), DSM – III (1980), DSM – III – R (1987), DSM – IV (1994) e DSM – IV – TR (2000). A próxima edição é prevista para maio de 2013 e, desde a publicação de prévias no sítio eletrônico da APA, vem gerando muitas controvérsias.⁵⁶

Na primeira versão do DSM, publicado em 1952, as *adições (alcoolismo e drogadicção)* aparecem no conjunto dos *transtornos de personalidade*, mais especificamente no subconjunto de *distúrbios de personalidade sociopáticas* juntamente com as categorias de *resposta antissocial* (antiga personalidade psicopática), *resposta dissocial* e *desvio sexual*.^{57 58} Sobre esse assunto, recorremos a Russo e Venâncio (2006), que falam sobre como os chamados transtornos da personalidade eram “terras de ninguém” (p. 469), pois tratava-se de distúrbios que não eram propriamente físicos nem psíquicos, mas morais, e por isso desafiavam tanto psiquiatras fisicalistas quanto psicanalistas – principais vertentes da época – que acabaram por desconsiderar esse grupo. Como ressalta o Manual, o caráter patológico da categoria de distúrbio de personalidade sociopática estava primariamente relacionado com a não conformidade com a sociedade e a cultura e não apenas a um tipo de mal-estar pessoal ou problemas no relacionamento interpessoal. Os transtornos pertencentes a este grupo seriam, frequentemente, sintomas de outros transtornos e por isso dever-se-ia investigar essa possibilidade.

O DSM II tem como contraponto a CID – 8, publicada em 1965, sendo que a parte destinada ao uso de droga não difere de uma classificação para a outra. As adições foram separadas em *alcoolismo e dependência de drogas*⁵⁹, permanecendo alocadas no grupo dos *transtornos de personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos*.⁶⁰ Contudo, a configuração desse grupo sofreu importante transformação em relação ao grupo de transtornos de personalidade da primeira edição: passaram a compô-lo como subgrupos diretos os

⁵⁶ Os trechos do DSM referentes ao uso de droga que são aqui apresentados encontram-se no anexo I para melhor visualização e compreensão.

⁵⁷ Segundo consta na terceira edição do DSM, o uso do termo “reaction”, que traduzimos aqui por “resposta”, refletia a influência da visão psicobiológica de Adolf Meyer’s, segundo a qual os transtornos mentais são respostas da personalidade para fatores psicológicos, sociais e biológicos (DSM, 1980, p. 1).

⁵⁸ Na sexta revisão da CID, o alcoolismo – agudo e crônico – e a drogadicção aparecem como subcategorias do grupo de *transtornos de caráter, comportamento e inteligência*, o qual, apesar da diferença na nomenclatura, é bastante semelhante à categoria de transtornos de personalidade, com a ressalva de que esta última não inclui transtornos da inteligência.

⁵⁹ Aqui será utilizado o termo no plural para manter a fidelidade ao termo utilizado no Brasil, apesar de no termo inglês original utilizar-se o singular.

⁶⁰ Na CID elas pertencem ao grupo intitulado *neuroses, desordens da personalidade e outras desordens mentais não psicóticas*.

transtornos de personalidade, os desvios sexuais, o alcoolismo e a dependência de drogas, cada um com várias especificações. Ou seja, os desvios sexuais, o alcoolismo e a dependência de drogas não eram mais subtipos dos distúrbios de personalidade sociopática. Isso demonstra os primeiros passos no sentido da autonomização dessas patologias, deixando de serem subdivisões de uma categoria maior para possuírem suas próprias subdivisões.

O alcoolismo foi subdividido em: excesso alcoólico episódico; excessos alcoólicos habituais; dependência do álcool; e outras formas de alcoolismo, ou não especificadas. Já a dependência de drogas foi subdividida segundo a substância e não segundo o padrão de consumo. Estavam explicitamente excluídos dessa classificação, segundo o texto do Manual, os usos de álcool, tabaco e bebidas com cafeína, além de medicamentos – desde que estes fossem devidamente prescritos e que se respeitasse a dosagem indicada.

No DSM II aparecem as primeiras tentativas de estabelecer parâmetros para a classificação de um indivíduo nas diferentes categorias, ainda que alguns deles fossem abstratos ou incipientes. Para que se pudesse afirmar que se tratava de um caso de alcoolismo, por exemplo, era preciso que houvesse prejuízo para a saúde física ou para o funcionamento pessoal ou social, ou que a bebida fosse pré-requisito para o funcionamento normal do indivíduo. Enquanto tais critérios são claramente subjetivos, a divisão dos três tipos especificados de alcoolismo pretendia fornecer parâmetros objetivos para sua classificação: para o excesso alcoólico episódico bastavam quatro intoxicações ao ano e para excessos alcoólicos habituais mais de doze intoxicações ao ano, ou mais de um uso semanal (mesmo que não caracterizasse intoxicação). Já o diagnóstico de dependência de álcool é menos claro. Afirmava-se como principal indício do quadro a presença de sintomas de abstinência e a incapacidade de ficar um dia sem beber. Ainda, presumia-se o estabelecimento do vício caso o comportamento de beber muito (*heavy drinking*) perdurasse pelo período de três meses ou mais.

O mesmo intento, isto é, a objetivação dos critérios diagnósticos, não está presente na explanação sobre a dependência de drogas. Ou seja, no caso do álcool houve um esforço em estabelecer o que seria uma quantidade aceitável e o que caracterizaria excesso para determinar os parâmetros de normalidade, o que não aconteceu no caso das demais substâncias. Para o diagnóstico de dependência de drogas devia-se constatar o uso habitual (não especificado) ou a presença do sentimento de necessidade da droga. A verificação da ocorrência de sintomas de abstinência não se fazia tão importante, já que se acreditava que algumas drogas, como a maconha e a cocaína, podiam não causar nenhum sintoma quando suprimido seu uso.

De forma geral, apesar das diferenças acima apresentadas, a evolução do primeiro para o segundo DSM não representou uma ruptura significativa nas concepções dominantes no campo. Ambos foram profundamente marcados pela influência da psicanálise, o segundo de maneira ainda mais evidente (RUSSO e VENÂNCIO, 2006). Segundo Russo e Venâncio (2006), até aquele momento poder-se-ia falar da hegemonia de vertentes não-fisicalistas, isto é, que não compreendem os aspectos mentais e afetivos pela análise de sua realidade física, orgânica, concreta. Essas vertentes seriam a psicanálise e a antipsiquiatria. A primeira, fornecendo uma compreensão predominantemente psicológica e a segunda uma visão psicopolítica-social. Contudo, nas décadas de cinquenta e sessenta, ao mesmo tempo em que se assistia ao triunfo das ideias propagadas por essas duas vertentes, acontecia o que Russo e Venâncio (2006) chamam de uma “revolução silenciosa” no desenvolvimento psicofarmacológico. Se essas novas descobertas, no princípio, se articularam bem às tendências psicanalíticas e antipsiquiátricas no campo da Psiquiatria, a partir da década de setenta esse cenário apresentou rupturas radicais com o contexto no qual foram produzidas as duas primeiras edições do DSM. O que se verificou, a partir de então, foi a ascensão gradual da Psiquiatria biológica emergindo como vertente dominante no campo da Psiquiatria. Russo e Venâncio (2006) explicam esse processo de “re-medicalização” da Psiquiatria através da luta travada contra a psicanálise pelos “psiquiatras biológicos”, que criticavam a falta de rigor científico da psicanálise, aliados aos “psiquiatras da antipsiquiatria”, os quais por sua vez se opunham à psicanálise por considerarem que a mesma “psicologizava” questões de ordem social. Apesar de essa aliança ter sido bem sucedida em seu propósito de enfraquecer a influência psicanalítica, os resultados parecem ter sido mais favoráveis para a Psiquiatria biológica do que para a Psiquiatria progressista.

No Brasil, os primeiros manuais americanos parecem não ter tido grande repercussão. A análise de obras do campo da Psiquiatria da época – seja através da comparação de autores diversos ou de uma análise longitudinal da obra de cada um no período referido – mostra a persistência da influência da Psiquiatria alemã sobre o pensamento psiquiátrico brasileiro. As tipificações das personalidades sociopáticas, por exemplo, seguiam o pensamento dos psiquiatras alemães Emil Kraepelin e Kurt Schneider, não incorporando as concepções e classificações americanas. A presença dos ideais eugênicos, ainda que com menor intensidade, também confirma a manutenção dessa estreita ligação entre a Psiquiatria brasileira e alemã. Foi principalmente pelo lugar ocupado pela Psiquiatria de guardião da moral e do progresso da raça humana que o uso de droga era combatido nessa época.

O uso de substâncias aparece sempre relacionado ao comportamento violento e criminoso, como causa desses, independentemente mesmo de qual substância se refere. A repetição do axioma “*in vino, veritas*”⁶¹ por alguns dos autores (por exemplo FÁVERO, 1954 e GOMES, 1953) revela a compreensão de que o uso dessas substâncias facilitava a dissolução dos mecanismos de censura essenciais para o convívio social civilizado, isto é, o comportamento dito normal. Era como se, a partir do uso de droga, qualquer comportamento pudesse irromper no indivíduo, inclusive os mais condenáveis do ponto de vista social.

O trabalho de Hélio Gomes (1953), por exemplo, no capítulo sobre as psicoses exotóxicas, dedicou uma longa argumentação para discorrer sobre as “falsas virtudes” e os “males certos” do álcool, afirmando que “vencido pelo álcool, abusando da bebida, o indivíduo acaba ficando doente, incapacitado para o trabalho, nervoso e agitado, brigão e rixento, caindo na escala social, perdendo o respeito dos semelhantes, rolando para o abismo do suicídio, da prisão ou do hospício” (p. 195). Com um discurso afirmadamente eugênico, afirmava que:

Filho de bêbado, beberá, diz o ditado. Pois neto de bêbado, nascerá pior do que pai e avô: nascerá epilético, do qual nascerão idiotas, nos quais cessa a degeneração da espécie, porque, diante da imprudência e descaso humanos, a natureza intervém, esterilizando o idiota, geralmente infecundos (p. 201).

Era assim que, encaixando-se no propósito da eugenia, o álcool, bem como as demais substâncias, eram objetos privilegiados de intervenção, sob o pretexto de melhoramento da raça. Segundo Gomes, os danos causados pelas substâncias não se restringiam ao indivíduo, mas atingiam também a família, a prole e a sociedade. Até o extermínio dos índios brasileiros e norte-americanos, normandos da França e negros da África tinha sua motivação creditada ao álcool.

Fazia-se ainda a distinção entre toxicômanos constitucionais e acidentais, em consonância com a teoria de Kraepelin. Os acidentais seriam aqueles passíveis de cura, enquanto os constitucionais seriam os verdadeiros toxicômanos, identificados com as personalidades psicopáticas. De maneira geral, apesar de não enquadrar a toxicomania como uma subdivisão dos transtornos de personalidade, tal qual sugeriam as duas primeiras versões do Manual, fazia-se uma associação entre as duas patologias através da suposição de uma tendência de as personalidades psicopáticas estabelecerem um quadro de toxicomania – os quais compartilhavam a característica de desajustamento e não conformidade com as regras sociais. Esta associação era compartilhada na obra de boa parte dos autores pesquisados

⁶¹ Em português poder-se-ia traduzir por “no vinho, a verdade”.

(PATARO, 1976; SILVA, 1975; GOMES, 1953; GARCIA, 1958; NOBRE DE MELO, 1979).

Curiosamente, a obra de Hélio Gomes sofre uma importante transformação da década de cinquenta para a seguinte. Boa parte do texto sobre as psicoses exo-tóxicas foi extirpado. Essas partes que não mais constavam no livro eram justamente aquelas cujo tom de demonização e moralidade sobre o uso de droga eram mais incisivos, restando, na versão modificada, as partes mais sóbrias e moderadas.

Flamínio Fávero (1945, 1954, 1958, 1962, 1966, 1975) e Antônio Almeida Júnior (1956, 1973, 1974) também apresentam em suas obras as principais características da geração de médicos acima descritas. Remetia-se sempre ao álcool e às demais drogas como algo que poderia levar o indivíduo e a sociedade ao pior.

As ideias de José Alves Garcia aproximavam-se bastante do trabalho de Hélio Gomes. Além de seguir as tendências gerais da época em seu “Compêndio de Psiquiatria” de 1942, também classificava as toxicomanias como psicoses hetero-tóxicas e fazia a distinção entre toxicômanos acidentais e constitucionais. Já em 1958, em outra obra – a segunda edição de *Psicopatologia Forense* – apesar de sua descrição dos tipos de psicopatias se basear na classificação de Kurt Schneider, algumas modificações foram realizadas e dentre elas estava a inclusão da categoria de psicopatas toxifílicos, afirmando que “as autênticas toxicomanias só se podem desenvolver em personalidades psicopáticas” (p. 198). Segundo Garcia, “de um modo geral, a incorrigibilidade dos toxicômanos é, essencialmente, a mesma que a de todos os psicopatas, e isto os identifica em um só grupo” (p. 199). Na terceira edição da referida obra, publicada quase duas décadas após a segunda, a classificação e a descrição da categoria de psicopatas toxifílicos foi mantida. Porém, esta edição trouxe uma parte muito mais extensa sobre o uso de substâncias, com modificações importantes em seu conteúdo. Ela tratava a matéria de maneira mais moderada: ressaltava a constatação do uso de substâncias nas mais diversas épocas e civilizações ao longo da história da humanidade; reconhecia a multiplicidade de fatores envolvidos na determinação das toxicomanias (sociais, ambientais e individuais); destacava a discrepância entre a importância médica e social atribuída à toxicomania e seu impacto real; além de asseverar que “do ponto de vista médico e forense, só merecem a qualificação de toxicômanos aqueles que se extremam em seu hábito eufóristico, com graves repercussões na vida individual e social” (p. 24). Contudo, esse discurso comedido parece beneficiar mais os alcoolistas que os usuários das demais substâncias, bem como aqueles cuja determinação da toxicomania era considerada “externa”. Os chamados “verdadeiros toxicômanos”, ou seja, aqueles cuja determinação era supostamente interna, as

personalidades psicopáticas, continuavam sendo descritos como seres quase inumanos.

Segundo Garcia (1979):

Trata-se de indivíduos que, ao lado de discretas anomalias psíquicas, apresentam graves perversões do caráter e do senso moral, e, incapazes de inibição, chegam aos atos mais desonrosos e às reações delituosas mais aviltantes. Em nosso meio e com a lei atual sobre entorpecentes, o entregar-se ao vício já é por si só um delito; o toxicômano cria em torno de si uma *atmosfera de delinquência*, e atua com o sentimento disso resultante, isto é, o de um ser à margem da sociedade e em constante iminência de reações amorais e anti-sociais (p. 438).

O uso de droga no contexto da época – década de setenta – era relacionado aos movimentos de contestação. Segundo o autor, o erotismo, a degradação da família e as toxicomanias marcavam aquela geração de jovens. As transformações culturais eram intimamente ligadas às diferentes formas de adoecimento, tanto físico quanto mental. A política proibicionista era vista como uma estratégia eficaz, chegando-se a afirmar que “no Brasil, desde 1938, desapareceram completamente as toxicomanias não etílicas” (p. 441). Em contrapartida, a sugestão para o alcoolismo era a “*educação e a difusão do uso higiênico e útil do álcool sob suas formas menos nocivas (vinho e cerveja)*” (p. 442). Quatro estratégias de intervenção sobre o uso de droga foram sugeridas pelo autor: o controle dos meios de comunicação; a colaboração da Igreja; o uso das Forças Armadas; e a repressão dos traficantes – justificando-se a inviabilidade da repressão dos toxicômanos, por representarem um contingente muito maior. Paradoxalmente, apesar de se reconhecer a constância do uso de substâncias entorpecentes ao longo da história, a eliminação deste hábito continuava sendo perseguida.

Pode-se perceber que, a partir de meados da década de setenta, emergia uma nova geração de autores no campo da medicina legal que demonstravam a abertura às tendências da época. À primeira geração, representada pelos nomes apresentados, ia-se progressivamente acrescentando novos profissionais que, como característica inerente à produção científica, traziam em seus pensamentos as marcas de sua época (COSTA, 1974). Assim, o livro de Mario Pereira da Silva (1975), por exemplo, já apresentava a oitava revisão da Classificação Internacional de Doenças, ao mesmo tempo em que propunha uma classificação das doenças mentais ainda baseada nos critérios de Kurt Schneider e Gehard Kloss, segundo a qual o uso de droga estava classificado como psicose exógena e incluía como subtipos o alcoolismo, o morfínismo, o cocainismo, o diambismo (uso da maconha), o anfetaminismo e o tabagismo. Em outro exemplo, o livro de Oswaldo Pataro (1976) servia-se da definição e classificações do alcoolismo e toxicomania da OMS e de suas recomendações, ao mesmo tempo em que mantinha a concepção do uso de droga como causa de grandes prejuízos para a saúde

individual e para a sociedade e encarando-a como intimamente relacionada à conduta criminosa, em discurso próximo daquele que marcou a psiquiatria do começo do século. O que podemos identificar, a partir da década de setenta, é o início da manifestação de uma progressiva influência dos discursos prevalentes no cenário internacional.

Saindo do campo da Medicina legal e perscrutando as obras de psicopatologia através dos manuais e compêndios de Psiquiatria, percebe-se que a maioria das obras publicadas nesse campo eram traduções de autores estrangeiros. Contudo, o esforço por traduzir uma obra estrangeira já indica a aceitação de sua relevância e utilização por parte dos profissionais brasileiros. Dessa forma, entende-se aqui a tradução como a importação dessas ideias, cuja origem passa a ser secundária a partir do momento em que são compartilhadas pela Psiquiatria brasileira.

É possível confirmar a observação de Birman (2012) sobre a abertura da psiquiatria brasileira, a partir da década de cinquenta até a década de setenta, para leituras de base fenomenológica, existencial e psicanalítica. Essas obras apresentavam um discurso completamente diferente em relação à produção psiquiátrica brasileira da primeira metade do século, abordando o assunto de maneira aparentemente menos moralista e mais técnica, utilizando argumentos amparados em formulações teóricas bem diferentes. Contudo, o que permanece é a afirmação da gravidade do problema e o consenso de que se tratava de um problema médico.

Dentre os manuais de psiquiatria publicados no Brasil da década de cinquenta até meados da década de setenta, um dos principais nomes é o do psiquiatra psicanalista francês Henri Ey. Em seu Manual de Psiquiatria desenvolvido em conjunto com Paul Bernard e Charles Brisset, Ey ([197?]) colocou as toxicomanias no grupo de desequilíbrio psíquico, no qual se inseriam também as personalidades psicopáticas e as perversões sexuais, aproximando-se da classificação proposta pelo DSM – II . O autor reconhecia a profunda transformação nesse campo da prática psiquiátrica em virtude do cenário internacional que havia se formado, principalmente a partir dos anos sessenta, tomando a questão como algo que ultrapassava – mas não suprimia – o aspecto psicopatológico individual. Para ele, a toxicomania era uma perversão que se aproximava da perversão sexual “na medida em que possui o seu caráter fundamental: a regressão a um ‘prazer parcial’” (p. 395). Era a perversão do destino das pulsões, no sentido psicanalítico, que caracterizava a essência da toxicomania, e não o padrão de consumo de determinada substância. Nessa mesma direção, para o autor, a toxicomania não era definida pelo produto, pelo objeto droga, e por isso mesmo a lista de substâncias estaria sempre aberta. Ele chegava mesmo a indicar a existência de “toxicomanias

sem droga”, isto é, “condutas neuróticas nas quais um hábito, um alimento (bulimia), a política, o trabalho etc. são investidos de um poder análogo ao de um objeto toxicomaniaco” (p. 401). Nas proposições para o tratamento, Ey sugeria que a desintoxicação jamais fosse realizada em domicílio, indicando o regime hospitalar com controle e isolamento garantidos, por duração não inferior à dois meses. Após a desintoxicação, seguir-se-ia um processo de psicoterapia. Porém, para o autor, quando não se identificasse o que ele chamava de “culpa neurótica”, a psicoterapia deixava de ser a medida adequada e o tratamento indicado seriam as “medidas externas”, basicamente as longas hospitalizações em estabelecimentos especiais.

O psiquiatra suíço Theodor Spoerri (1972) incluiu a toxicomania nas psicoses tóxicas, e a definia como “a inclinação irresistível pelas substâncias tóxicas” (p. 96), sendo que a dependência teria componentes psíquicos e somáticos. Com base na teoria psicanalítica, o autor afirmava que a toxicomania poderia acometer tanto neuróticos quanto psicopatas. Para o tratamento, indicava-se, para todos os casos, o internamento por tempo mínimo de três meses e, após a alta, o acompanhamento ambulatorial, sendo que o prognóstico variava de acordo com a personalidade do paciente. As toxicomanias eram subclassificadas em: morfismo, toxicomanias provocadas por hipnóticos e analgésicos, intoxicação por aminas psicoanalépticas, abuso de alucinógenos e cocainomania. Fato curioso é a especulação, após a constatação da utilização dos alucinógenos pela juventude da época, sobre a possibilidade de alterações cromossômicas após o uso frequente de LSD, sugerindo como o discurso da degeneração pode ser mantido por vocabulários e argumentos mais modernos. Já o alcoolismo, descrito separadamente, referia-se tanto à intoxicação alcoólica aguda quanto crônica – embriaguez patológica, dipsomania, alcoolismo crônico, delirium tremens e alucinação alcoólica. O tratamento dependia da gravidade de cada caso: aos menos graves, podia-se sugerir o tratamento ambulatorial, enquanto os mais graves deviam ser submetidos ao regime hospitalar. Em caso de alcoolismo crônico grave, o paciente devia permanecer no hospital psiquiátrico pelo prazo de um ano, e, para a desintoxicação, em média três meses, mas a duração era variável conforme a necessidade de cada caso. A terapia farmacológica era entendida como auxiliar, e não central ao tratamento.

Na oitava edição de seu *Compêndio de Psiquiatria*, já em 1979, a principal modificação foi a incorporação do discurso compartilhado pela Organização Mundial de Saúde, incluindo a Classificação Internacional de Doenças elaborada pelo órgão. Segundo o autor, vigorava desde 1957 a definição da OMS para dependência de drogas e hábito. A dependência de drogas seria definida por: “desejo ou necessidade irresistível de prosseguir no consumo da droga e de obtê-la seja de que modo for; tendência à hiperdosagem, dependência

psíquica e física dos efeitos da droga; efeitos destruidores sobre o indivíduo e sobre a comunidade” (p. 134-135). Já o hábito consistia no “desejo, mas necessidade não, de continuar a consumir a droga; escassa ou nula tendência à hiperdosagem; certa dependência psíquica do efeito da droga, mas sem dependência física e sem fenômenos de abstinência; efeito destruidor, quando ocorre, apenas para o indivíduo” (p. 135).

Augusto Luiz Nobre de Melo (1979), psiquiatra brasileiro de orientação fenomenológico-existencial reconhecido por sua visão crítica aos reducionismos biológicos e psicológicos, também representa uma importante referência na década de setenta. O autor questionava a consistência das classificações comumente utilizadas para o alcoolismo, tanto a de Kraepelin como a da OMS. Questionava também a alta porcentagem representada pelas internações psiquiátricas por alcoolismo que, segundo o autor, oscilava entre 20 e 30% do total de internações, já que as estatísticas sobre a incidência do alcoolismo não justificavam tais cifras. O alcoolismo aparece caracterizado pelo uso “habitual, obstinado, irrefreável” (p. 152), mas que não teria a ver, necessariamente, com a quantidade, contrariando as tentativas de classificação baseadas no padrão de consumo. A dipsomania, por exemplo, estava relacionada ao “uso descontínuo ou periódico de grandes quantidades de bebida alcoólica” (p. 152) e a irrupção de um quadro de alcoolismo em disposições psicopáticas não exigiria grandes doses. O alcoolismo tinha como característica fundamental a continuidade, a instalação de um hábito. Ainda, o autor diferenciava duas classes de alcoolistas, os “acidentais” e os “verdadeiros”, mantendo de alguma forma a questão da causalidade endógena e exógena da enfermidade. Segundo Nobre de Melo, os primeiros (acidentais) eram também denominados “sintomáticos”, o que consistiria em um erro, já que era no caso dos alcoolistas verdadeiros que o hábito de beber constituiria mero “epifenômeno”, ou seja, “expressão sintomática de estados pessoais anteriores ou de modos de ser preexistentes” (p. 153). Acerca do tratamento, considerava-se determinante observar a presença ou ausência de perturbações de caráter psicótico ou deficitário, tomando as devidas providências em caso positivo. Caso não estivessem presentes, o tratamento indicado era a desintoxicação com vistas a preparar o paciente para uma terapêutica chamada pelo autor de “de fundo” (a qual ele não descreve como seria), que não deveria ser realizada em hospitais psiquiátricos, mas em instituições especializadas para alcoolistas.

No capítulo sobre as toxicomanias, o autor relatava o esforço da OMS na definição da patologia e a querela sobre a inclusão ou separação do alcoolismo nessa categoria, bem como o caminho percorrido pelos países envolvidos no combate à droga desde a primeira década do século XX, mencionando as conferências e convenções acontecidas até então. O crescimento

da preocupação com a questão era justificado pelo aumento do número de jovens que passavam a compor a população de usuários de droga. Como muito bem percebe o autor, tratava-se, sobretudo, da *universalização* da questão, já que esta não era mais um problema interno, específico do contexto nacional, mas debatida entre diferentes países, os quais propunham medidas em conjunto para lidar com ele. Nobre de Melo apresenta o conceito de “farmacodependência” cunhado pela OMS e critica a artificialidade da separação entre dependência física e psíquica, que, para o autor, estaria calcada no velho dualismo entre o soma e a psique. Mais ainda, ia contra qualquer tentativa de reducionismo acerca da etiologia da doença e afirmava que “a droga, por si só, não é a causa única das toxicomanias” (p. 171). Para ele, além de fatores relacionados aos efeitos das substâncias e à personalidade do indivíduo, não se poderia descartar a influência do meio. Sobre o tratamento, Nobre de Melo apresentava ideias bastante moderadas, afirmando que:

O que não se pode deixar de ter presente é que *medidas repressivas radicais*, à base do falso conceito de que *todo toxicômano é um traficante em potencial*; e de que, para o primeiro, impõe-se imediata e compulsória internação em estabelecimento apropriado ou, à falta deste, como sucede entre nós, em estabelecimentos psiquiátricos comuns – resultam totalmente contraproducentes. *Medidas preventivas* de caráter meramente educacional, sem que disponham de serviços e programas completos, sob tutela médica obrigatória, redundam em inútil demagogia, que apenas aguçam a curiosidade dos jovens e servem de incentivo à sua iniciação (p. 178).

O trabalho do psiquiatra americano Lawrence Kolb (1976) mostra a influência das mesmas tendências que marcavam o DSM. O alcoolismo era entendido como um sintoma de perturbação da personalidade, sendo que o autor chegava a sugerir que “cerca de dois terços dos alcoólatras crônicos escapavam das classificações ordinárias das psicoses e psiconeuroses” (p. 194). As categorias utilizadas por Kolb também acompanhavam o DSM em vigor na época. A psicogênese do alcoolismo era discutida em termos da dimensão histórica do indivíduo, fortemente influenciada pela teoria psicanalítica, ao mesmo tempo em que não desconsiderava a influência genética e cultural:

Assim, a genética, a constituição e as experiências emocionais da criança, em suas transações familiares, contribuem para predispor ao alcoolismo. As influências culturais reforçam os padrões familiares, estabelecendo a predileção pelo abuso do álcool como o meio de obter alívio da ansiedade e da depressão. Experiências posteriores de privação do apoio emocional podem agir, e às vezes agem repetitivamente, como precipitantes de períodos de etilismo ou do retorno ao álcool, por parte daqueles que abandonaram o hábito (p. 195).

O autor subvertia também a relação de causalidade outrora afirmada entre alcoolismo e criminalidade, de que o primeiro gerava o segundo. Para Kolb não se tratava de uma relação de causa e efeito, mas de uma causalidade comum, isto é, “a instabilidade emocional e outras

expressões de uma personalidade mal integrada caracterizam tanto o criminoso reincidente quanto o viciado em álcool” (p. 197).

No capítulo sobre dependência de drogas, de maneira geral, o autor mantinha as afirmações feitas para o alcoolismo, sustentando a compreensão psicanalítica da enfermidade. Kolb tratava de maneira indistinta as substâncias lícitas e ilícitas – incluindo também os medicamentos. Reconhecendo a necessidade de “explicações adicionais”, Kolb fazia uso dos conceitos de hábito e dependência da OMS os quais, como apresentado anteriormente, eram baseados na presença ou ausência de dependência física. Sobre a etiologia, acreditava-se no somatório de “forças culturais e familiares que determinam o acesso ao agente farmacológico, as oportunidades para iniciar o seu uso e a predisposição individual para continuá-lo” (p. 481). A associação entre o uso de droga e os distúrbios de personalidade era reafirmada, representando a maioria dos casos de vício, sendo a minoria composta de neuróticos e psicóticos. A compreensão do uso de droga como sintoma de um comprometimento mais “profundo”, “anterior”, tinha implicações acerca do tratamento proposto. Para Kolb, dever-se-ia buscar a “obtenção de um alívio no estado afetivo angustiante que originalmente o predispõe a responder positivamente ao uso da droga” (p. 486). Seguindo os princípios da clínica psicanalítica daquela época:

Tal tratamento deveria ser orientado para a correção dos distúrbios da personalidade ou dos estados psiconeuróticos, através de processo terapêutico aplicável a cada paciente em particular. A suspensão da droga não deveria ser empreendida até que ocorresse o desenvolvimento de uma firme relação de dependência terapêutica com o médico ou outro membro da equipe terapêutica. Essa relação deveria sustentar o paciente durante o período da abstinência, fornecendo-lhe apoio para suportar a suspensão (p. 486).

Wilhelm Mayer-Gross em conjunto com os ingleses Eliot Slater e Martin Roth (1972), trouxe o espírito da escola fenomenológica de Heidelberg. Os autores apresentavam dados de pesquisas sobre a incidência do alcoolismo em diversos países, mostrando como a questão era vista de forma transnacional e generalizada. A discussão sobre a etiologia da doença aproximava-se de uma conclusão sobre as bases genéticas da mesma, apesar de afirmar que fatores sociais, culturais e psicológicos “trazem uma importante contribuição” (p. 412), mostrando a transformação em curso no campo discursivo da Psiquiatria na década de setenta. Sobre o tratamento, Mayer-Gross, Slater e Roth destacavam que:

O alcoólatra deve ser tratado em hospital mesmo que se apresente em estágio inicial de adição. Há um motivo para escolher um hospital distante de sua casa, porque ele precisa ser removido temporariamente do ambiente que desempenhou algum papel para produzir a adição e, por sua vez, foi adversamente influenciado pelo fato de beber. O paciente deveria ser tratado em um hospital psiquiátrico, em grupo especializado, dentro de uma enfermaria geral, em enfermaria separada para

alcooolismo, ou melhor ainda, em uma unidade com pessoal especializado que pratique variadas técnicas terapêuticas (p. 426-427).

As técnicas às quais o autor se refere na passagem acima incluíam a supressão do álcool, a psicoterapia individual, a terapia de grupo, a terapia da aversão, o tratamento medicamentoso, orientação e cuidados a longo prazo.

No capítulo sobre a dependência de drogas, os autores iniciavam o texto com o problema da definição da doença e as tentativas da OMS de resolver esse problema. Porém, eles ainda acreditavam que nenhuma definição elaborada até aquele momento era completamente satisfatória, já que desconsideravam uma série de fatores, tais como o contexto social do indivíduo e a própria relação da sociedade com cada uma das substâncias. O capítulo prosseguia com a descrição extensiva das pesquisas mais recentes e modernas sobre a dependência de barbitúricos, anfetamina, morfina, maconha e cocaína, além de um capítulo exclusivo para os alucinógenos.

O que se percebe após a análise da produção da Medicina Legal e Psiquiatria Forense em comparação com os manuais de Psiquiatria clínica é a enorme distância entre eles. Enquanto a Psiquiatria clínica seguia a principal tendência da época e mostrava sua absorção das abordagens psicodinâmicas, abrindo-se paulatinamente a partir da década de setenta para a vertente organicista, a Psiquiatria forense mantinha-se mais conservadora e ligada à higiene pública da primeira metade do século XX. A transformação da virada da década de setenta para a década de oitenta, entretanto, teve efeitos expressivos e provocou o redimensionamento de ambos os campos, construindo um discurso hegemônico que começava sua expansão internamente no saber Psiquiátrico, suprimindo os demais discursos que até então coexistiam na Psiquiatria, e externamente, colonizando outros saberes, discursos, práticas e espaços.

2.2.2 O DSM III e a “revolução terminológica”: o novo paradigma psiquiátrico

O terceiro DSM, publicado em 1980, promoveu profundas transformações em relação à edição anterior. É a primeira versão que inseriu um sistema de eixos de investigação, cujo principal objetivo é esgotar ao máximo a análise do quadro clínico do indivíduo. É a proposta de um modelo de investigação biopsicossocial.⁶²

⁶² Os eixos I e II abordam os transtornos mentais, o eixo III trata de condições físicas, e os eixos IV e V retratam a severidade dos fatores psicossociais estressores e o acompanhamento do funcionamento global.

Esta edição se propunha a ser atórica, isto é, procurava não privilegiar nenhuma abordagem específica em relação à etiologia dos transtornos. Para os autores do Manual, a inclusão de diferentes teorias sobre a etiologia dos transtornos seria um obstáculo para o compartilhamento deste por profissionais de orientações diversas. Por isso, optou-se por uma abordagem apenas descritiva. Dessa maneira, por exemplo, tentou-se suprimir o viés psicanalítico da compreensão da neurose presente na edição anterior, enfatizando-se que ela deveria ser entendida somente em seu processo descritivo, sem nenhuma relação com a etiologia proposta por Freud. Essa nova característica, longe de ser uma mudança apenas terminológica ou estrutural, aponta para uma nova resposta a uma exigência igualmente nova da Psiquiatria que estava se construindo. A este respeito, Russo e Venâncio (2006) ressaltam que:

Sob a radical ruptura terminológica, portanto, encontrava-se a ruptura também radical com uma certa teoria sobre os transtornos mentais. O pressuposto empiricista implicado em uma posição “a- teórica”, e por isso objetiva, tem afinidades evidentes com uma visão fisicalista da perturbação mental (p. 465).

Outro aspecto interessante é o reconhecimento da dificuldade em operacionalizar o conceito de “transtorno mental”. Na tentativa de definir o termo, assumia-se que:

No DSM-III, cada transtorno mental é conceituado como um comportamento clinicamente significativo, síndrome ou padrão psicológico que acomete um indivíduo e que é tipicamente associado a um sintoma doloroso (sofrimento) ou dano em uma ou mais áreas importantes do funcionamento (deficiência). Ainda, há uma suposição de que há uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica, e que o distúrbio não está somente na relação entre o indivíduo e a sociedade. (Quando o distúrbio é *limitado* ao conflito entre um indivíduo e a sociedade, isto pode representar desvio social, o qual pode ou não ser apropriado, mas não é em si um transtorno mental.) (APA, 1980, p.6).⁶³

Contudo, o fato de não representar um transtorno em si não implicava que um problema psicológico ou de comportamento não devesse ser alvo de atenção e cuidado profissional. Tal afirmação é corroborada pela presença de uma seção reservada para condições não atribuídas a transtornos mentais.⁶⁴ Ainda, com o aumento vertiginoso no

⁶³ Tradução nossa. Dada a dificuldade de tradução de alguns termos, segue a versão original na íntegra: “In DSM-III each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is typically associated with either a painful symptom (distress) or impairment in one or more important areas of functioning (disability). In addition, there is an inference that there is a behavioral, psychological, or biological dysfunction, and that the disturbance is not only in the relationship between the individual and society. (When the disturbance is *limited* to a conflict between an individual and society, this may represent social deviance, which may or may not be commendable, but is not by itself a mental disorder.)”

⁶⁴ Essa seção incluía os seguintes casos: Malingering, Borderline intellectual functioning; Adult antisocial behavior; Childhood or adolescent antisocial behavior; Academic problem; Occupational problem; Uncomplicated bereavement; Noncompliance with medical treatment; Phase of life problem or other life circumstance problem; Marital problem; Parent-child problem; Other specified family circumstances; Other interpersonal problem.

número e na abrangência dos transtornos mentais nessa edição do Manual, tornava-se tarefa simples encontrar uma patologia que correspondesse a quase qualquer comportamento “exótico”. Outra característica importante que marca essa edição é a ênfase dada à distinção entre a classificação de doenças e de doentes: segundo os autores do Manual, não se tratava de classificar indivíduos, mas tão somente as doenças. Por isso, adotaram termos como “indivíduo com esquizofrenia” e “indivíduo com dependência de álcool” ao invés de “esquizofrênico” ou “alcoolista”. Com isso, assumia-se a concepção de que, ao afirmar que doença é algo que se *tem* e não algo que se *é*, o estigma produzido em relação a esses indivíduos seria menos impactante.

No que concerne ao uso de droga, o termo *transtorno de uso de substância* substituiu a *dependência de drogas*. A explicação para a modificação do termo se dá pelo argumento de que no DSM – II “dependência” se referia tanto à dependência física quanto à dependência psicológica, enquanto no DSM – III o mesmo termo passou a se referir somente ao sentido fisiológico. Ele ainda passa a compor um grupo próprio, deixando de ser um subgrupo dos transtornos de personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos.⁶⁵ O álcool – assim como o tabaco – passou a fazer parte do grupo de transtornos de uso de substância, junto com as demais drogas, nas categorias de abuso de álcool – episódico, abuso de álcool – contínuo, e dependência de álcool. Ainda em relação ao álcool, houve a primeira menção à possibilidade de um fator genético na pré-disposição para o desenvolvimento do comportamento abusivo ou dependência.⁶⁶

A grande diferença em comparação ao Manual anterior está na introdução da categoria abuso, que anteriormente só estava presente no alcoolismo (para as drogas só havia classificação das dependências). O abuso se caracterizava por três fatores: padrão patológico de uso⁶⁷, prejuízo no funcionamento social ou ocupacional devido ao padrão patológico de consumo e persistência do comportamento por, no mínimo, um mês. Enquanto isso, a classificação como dependência de substância exigia a presença de sintomas fisiológicos de

⁶⁵ A categoria de desvios sexuais também foi extraída do grupo de transtornos da personalidade, tornando-se um conjunto próprio. Para detalhes sobre a evolução dos desvios sexuais nas edições do DSM consultar Russo e Venâncio (2006).

⁶⁶ Tal premissa partia da observação de quadros de alcoolismo em filhos de portadores do transtorno, mesmo quando estes foram criados por famílias adotivas. Assim, podemos concluir tratar-se da suposição de predisposição genética e não simplesmente hereditária, já que a segunda hipótese poderia supor a transmissão de outros fatores além dos genes.

⁶⁷ Manifestações que apontariam para um uso considerado patológico são discriminadas em: intoxicação ao longo do dia; incapacidade de reduzir ou parar o uso; repetidos esforços para controlar o uso por períodos de abstinência temporária ou restrição do uso em determinados horários do dia; manutenção do uso da substância apesar de sério transtorno físico agravado pelo consumo desta; necessidade de uso diário para rendimento adequado; episódios de complicações por intoxicação.

tolerância e abstinência. Essas exigências, entretanto, não se aplicavam ao tabaco e à maconha. Para essas substâncias fazia-se necessário verificar apenas prejuízos sociais e ocupacionais ou padrão patológico de uso da substância. Enquanto para o tabaco só havia a classificação de dependência, para outras substâncias (cocaína, fenciclidina e alucinógenos) só havia a classificação de abuso. Além de investigar todos os aspectos acima apresentados, incluía-se ainda a sistematização para o curso do transtorno: contínuo, episódico, em remissão e não especificado.

Apesar de ressaltar o caráter contextual do uso de droga e a variação cultural na escolha de algumas substâncias, o Manual afirmava tomar como transtorno padrões de consumo que resultam em mudanças comportamentais e que são consideradas indesejáveis em quase todas as subculturas. Naquele momento, o DSM já era utilizado e influenciava a prática psiquiátrica nas mais diversas partes do mundo.

A revisão da terceira edição, que data de 1987, acrescentou a dimensão do risco na conceituação de transtorno mental: ela manteve a descrição apresentada no DSM – III, atentando para a presença de sofrimento (distress), deficiência (disability) ou o “risco significativamente aumentado de ser acometido de morte, dor, deficiência ou perda importante de liberdade” (APA, 1987, p. XXII).⁶⁸ Uma evidência da tendência “organicista” que já dava notícias de sua influência no DSM – III está na afirmação de que “presume-se que todos os processos psicológicos, normais e anormais, dependem do funcionamento cerebral” (APA, 1987, p. 98).⁶⁹ Essa afirmação aparecia para mostrar a complexidade do problema da separação de um eixo específico para transtornos orgânicos em um momento em que a compreensão fisicalista do transtorno mental ganhava cada vez mais espaço.

Acerca do uso de droga, nesta edição mudou-se novamente o termo utilizado para descrever o transtorno, acrescentando o adjetivo “psicoativas” ao uso de substância. Era a primeira vez, ainda, que a dimensão da “perda do controle” sobre o comportamento era diretamente mencionada como característica fundamental do quadro de dependência, sendo mais importante até que a presença ou ausência de sintomas fisiológicos de tolerância e abstinência.⁷⁰ Segundo o Manual, a partir desse novo critério, “a maioria dos casos de abuso

⁶⁸ Tradução nossa. No original: “[...] significantly increased risk of suffering death, pain, disability, or an important loss of freedom.”

⁶⁹ Tradução nossa. No original: “[...] it is assumed that all psychological processes, normal and abnormal, depend on brain function.”

⁷⁰ Apesar do fator do controle não ser claramente tratado no uso de substâncias, o DSM – III já dedicava uma categoria para transtornos que tinham este componente fundamental – Transtornos de controle do impulso não classificados em outras seções – na qual estavam agrupados: jogo patológico, cleptomania, piromania, transtorno explosivo intermitente, transtorno explosivo isolado (excluído no DSM – III – R) e transtorno de controle do impulso atípico. Na edição revisada acresce-se à esses transtornos a tricotilomania.

de substância no DSM – III serão subsumidos na categoria de dependência do DSM – III – R” (APA, 1987, p. 418). A classificação de dependência da cocaína, fenciclidina e alucinógenos, substâncias para as quais só havia a classificação de abuso, foi incluída também nessa edição, além da adição dos inalantes na listagem de substâncias.

Para confirmar o diagnóstico de dependência era preciso que três dos nove sintomas listados no Manual estivessem presentes, e a severidade do caso poderia variar entre leve, moderado, severo, em remissão parcial e em remissão total. Já o abuso de substâncias psicoativas consistia no padrão de uso não adaptativo, isto é, uso continuado, apesar de prejuízos sociais, ocupacionais, físicos e psicológicos causados ou agravados pelo comportamento em questão, além de situações nas quais o uso fosse arriscado, mas que não chegasse a preencher os requisitos para que fosse classificado como um quadro de dependência. Para ambos os casos, dependência e abuso, o tempo mínimo de persistência dos sintomas era um mês.

Com a edição do DSM – III – R pode-se perceber o aumento dos dados disponíveis sobre o uso de substâncias, tais como padrões de uso, curso da doença, prevalência, problemas associados ao uso de cada substância, dentre outros, o que aponta para um possível crescimento do interesse da comunidade científica na produção de dados sobre a matéria.

De relevância particular ao presente trabalho é a advertência encontrada logo nas primeiras páginas do Manual, cujas últimas sentenças merecem ser transcritas:

É de se entender que a inclusão aqui, para fins clínicos e de pesquisa, de uma categoria de diagnóstico, como o Jogo Patológico ou a Pedofilia, não implica que a condição atenda a outros critérios legais ou não médicos para o que constitui doença mental, transtorno mental ou deficiência mental. As considerações clínicas e científicas envolvidas na categorização destas condições como transtornos mentais podem não ser totalmente adequadas para decisões judiciais, por exemplo, que levam em conta questões como a responsabilidade individual, determinação de incapacidade e competência (APA, 1987, p. XXIX).⁷¹

Essa tentativa de proteger o diagnóstico de usos não médicos demonstra a preocupação com a amplitude dos efeitos da classificação de doenças e de doentes, por mais que se afirmasse a tentativa de suprimir a segunda ação. Trata-se do reconhecimento de que a produção de um manual diagnóstico e estatístico não afeta e não serve somente à comunidade médica especializada, mas a todo um conjunto de pessoas e relações pelo qual esse conhecimento perpassa.

⁷¹ Tradução nossa. No original: It is to be understood that inclusion here, for clinical and research purposes, of a diagnostic category such as Pathological Gambling or Pedophilia does not imply that the condition meets legal or other nonmedical criteria for what constitutes mental disease, mental disorder, or mental disability. The clinical and scientific considerations involved in categorization of these conditions as mental disorders may not be wholly relevant to legal judgments, for example, that take into account such issues as individual responsibility, disability determination, and competency.

Os livros de Psiquiatria publicados no Brasil a partir dos anos oitenta mostram a infiltração definitiva da Psiquiatria americana. Muitas são as traduções de obras americanas, as quais, por sua vez, trazem as mesmas marcas e direções identificadas nos Manuais.

O livro dos americanos Gene Usdin e Jerry M. Lewis, publicado no Brasil em 1981, no capítulo destinado ao alcoolismo e à toxicomania, falava da dificuldade em estabelecer critérios precisos para delinear a fronteira entre o uso, o mau uso e a dependência de álcool e drogas. Dessa forma, os autores propunham a abordagem do problema como uma “síndrome de saúde”:

Como síndrome de saúde, o abuso de álcool e de drogas pode ser definido como qualquer grau (benigno, moderado, grave) de uso de drogas psicoativas que resulta em disfunção física, emocional, interpessoal ou profissional; ou o uso de drogas psicoativas cuja finalidade é manter ou melhorar a função (p. 240).

O tabaco e o álcool foram tratados juntamente com as demais substâncias ilícitas e considerava-se que poderia haver prejuízo para o indivíduo independentemente da quantidade consumida – o que justificava a investigação dos efeitos de todo grau de uso de substância, e não somente dos usos excessivos. Ainda, separava-se a dependência psíquica da fisiológica, já que, enquanto todas as substâncias, na visão dos autores, poderiam causar dependência psíquica, os efeitos fisiológicos – principalmente a tolerância e a abstinência – deveriam variar de acordo com a substância utilizada. Não somente o álcool e o tabaco eram tratados dentro do mesmo fenômeno que as substâncias ilícitas, mas também as substâncias prescritas pela Medicina, ainda que se reconhecessem as nuances entre um caso e outro. Os autores chamavam a sociedade americana de uma “sociedade supermedicada”, e colocavam as medicações como mais uma face da mesma questão. Para eles, inclusive, o excesso de medicação não era identificado apenas com os psicotrópicos, mas com todo e qualquer recurso para afastar um incômodo através de comprimidos, fosse ele um ansiolítico ou um antibiótico. O pano de fundo seria a busca de “soluções mágicas” para o sofrimento físico e emocional. Os autores chegavam, inclusive, a alertar para a vulnerabilidade da classe médica e seu entorno para desenvolver quadros de toxicomania devido tanto à facilidade de acesso quanto às condições de vida em que geralmente se encontram.

Apesar de negar a existência de uma personalidade toxicômana, tal qual se supôs no passado, muitas eram as características atribuídas a essa “classe de indivíduos”. De forma geral, seria característico dos mesmos a irresponsabilidade, a incapacidade para manter um emprego, o uso de gírias, o fato de somente manter laços de amizade com pares também usuários de substâncias, o hábito de mentir, a violência, a relação turbulenta com figuras de autoridade, etc.

O livro organizado por Joseph A. Flaherty, Robert A. Channon e John M. Davis (1990), reuniu profissionais americanos de áreas diversas para tratar dos principais problemas de diagnóstico e tratamento psiquiátrico, baseados principalmente nas diretrizes do DSM – III – R. Nele, os capítulos dedicados aos distúrbios relacionados ao álcool e ao abuso de substâncias psicoativas não vão muito além da transcrição do que já se encontrava no Manual. O mesmo pode ser dito em relação ao Tratado de Psiquiatria de John A. Talbott, Robert E. Hales e Stuart C. Yudofsky (1992). A revisão do terceiro Manual também é base do famoso trabalho de Harold I. Kaplan e Benjamin J. Sadock, tanto o Compêndio de Psiquiatria, quanto o Manual de Psiquiatria Clínica, o primeiro publicado no Brasil em 1990 e o segundo, dois anos depois, de forma que se torna desnecessário repetir as proposições dos autores. De maneira geral, elas apenas esquadrinham o que já havia sido enunciado no DSM – III – R.⁷²

Analisando a produção da Medicina Legal e da Psiquiatria Forense, observa-se uma distância menor entre os dois discursos, propiciada pelo processo de internacionalização da questão e pelo compartilhamento das diretrizes da Organização Mundial de Saúde⁷³, que ao mesmo tempo influenciava e era influenciada pelas tendências internacionais da época. O livro de Hermes Rodrigues de Alcântara (1983) trouxe um capítulo específico para o exame de verificação do uso de droga, cuja finalidade seria “separar o usuário experimentador ou dependente do traficante” (p. 150). A definição de toxicomania seguia a formulação da OMS⁷⁴, e propunha que a causa do transtorno seria um somatório de um “terreno propício” (estrutura psíquica, sofrimento) e condições ambientais (vagabundagem, depravação, homossexualismo). O Compêndio de Medicina Legal de Guilherme Oswaldo Arbenz (1983) também seguia a definição da OMS tanto para as toxicomanias como para o alcoolismo. O alcoolismo era entendido como uma verdadeira toxicomania, porém havia uma definição própria, que o caracteriza como o consumo excessivo, superior ao padrão admitido pela coletividade, colocando em evidência a aceitação social de seu uso, desde que conforme limites também estipulados pelo meio social. Na obra de Francisco M. Salzano intitulada “A

⁷² Há apenas um pequeno detalhe nesse trabalho de Kaplan e Sadock que merece ser comentado. Trata-se da ambiguidade na classificação da intoxicação e dependência de cafeína. A intoxicação e o transtorno de uso de cada substância são tratadas pelos autores de maneira conjunta, enquanto aparecem em eixos separados no DSM. No DSM a cafeína tinha descrito somente seu quadro de intoxicação, mas não havia classificação de transtorno de seu uso. Kaplan e Sadock intitulam uma parte do capítulo dedicado aos distúrbios pela utilização de substâncias psicoativas por “dependência de cafeína e tabaco”, na qual discorre sobre os efeitos clínicos, a intoxicação, a abstinência, a utilização crônica, o diagnóstico e o tratamento. Dessa maneira, há uma ambiguidade no tratamento da questão, sugerindo a existência de um diagnóstico de transtorno do uso de cafeína – o que divergiria do DSM vigente naquela época – apesar de não defender explicitamente essa proposição.

⁷³ Como dito anteriormente, os DSM e as classificações da OMS não apresentavam divergências relevantes no tocante à abordagem do uso de droga.

⁷⁴ A OMS, naquele momento, definia a toxicomania como “um estado de intoxicação periódica ou crônica, nociva ao indivíduo ou à sociedade, produzida pelo repetido consumo de uma droga natural ou sintética”.

genética e a lei” (1983), propunha-se uma etiologia para o alcoolismo baseada em um encontro de fatores ambientais – já que, sem a bebida, não seria possível que se estabelecesse o quadro de alcoolismo – com fatores genéticos, pela herança de padrões de metabolização do álcool ou por características cerebrais.

De forma geral, o que se percebe é o abandono gradual das tendências que marcaram a Psiquiatria brasileira na primeira metade do século XX e a incorporação do discurso compartilhado internacionalmente, principalmente a partir da década de setenta. A distância entre a Psiquiatria clínica e a Psiquiatria forense encontrada nas décadas anteriores foi diminuindo, aparecendo então um discurso mais ou menos uniforme e coeso entre ambos os campos.

A quarta edição do DSM, publicada em 1994, deu continuidade ao curso cientificista inaugurado no DSM – III. Logo na introdução do documento, afirmava-se que a principal inovação não residia na mudança de conteúdo, mas na modificação do processo de construção e documentação, o qual apostava na busca por evidências empíricas para a construção de diagnósticos clínicos confiáveis. No momento de elaboração dessa versão, assistia-se ao aumento substancial da produção de pesquisas sobre os transtornos mentais, em parte possibilitado pelos DSM – III e DSM – III – R (APA, 1994, p. XVIII). Com todo o conhecimento e conjunto de dados gerados por esse intenso investimento em estudos, acreditava-se aumentar também a confiabilidade do Manual.

Apesar da constante reafirmação da necessidade de objetividade e critérios bem estabelecidos, em conformidade com uma prática psiquiátrica baseada em pressupostos empiricistas, assumia-se a dificuldade ainda encontrada na definição precisa do conceito de transtorno mental. Ou seja, apesar de “transtorno mental” ser a noção que justifica o agrupamento de todo aquele conhecimento em um manual e, no limite, justifica a existência mesma do próprio manual, ela permanece obscura.

No que tange ao uso de droga, a categoria aparecia intitulada *transtornos relacionados à substância*, incluindo tanto os transtornos de abuso e dependência quanto os que ficavam no grupo de transtornos mentais orgânicos induzidos por substâncias psicoativas, apesar de apresentá-los separadamente (transtornos por uso de substância e transtornos induzidos por substâncias). Isso se deve ao desaparecimento desse conjunto de transtornos mentais orgânicos dos eixos do DSM⁷⁵ que, como ressaltam Russo e Venâncio (2006), é a radicalização do processo de aproximação do psíquico com o orgânico, proposto pela

⁷⁵ O eixo III, antes designado como Transtornos Mentais Orgânicos, passou a se chamar Condições Médicas Gerais, e engloba condições que não estão diretamente relacionadas com transtornos mentais.

psiquiatria biológica. Tratava-se de eliminar a possibilidade de compreensão de que, se havia uma seção para transtornos mentais orgânicos, os demais seriam não orgânicos. Assim, eliminava-se a distinção entre doenças psiquiátricas orgânicas e doenças psiquiátricas funcionais, já que a psiquiatria biológica transformou o termo “doença mental orgânica” em um pleonasma.

As categorias de dependência e abuso de substâncias não sofreram profundas modificações em relação ao DSM – III. De relevância para o presente trabalho, há a afirmação de que, mesmo não estando na lista de critérios que definem a dependência, quase todos – se não todos – os indivíduos com dependência de substância apresentam o que se chama de “craving”. O termo original costuma ser utilizado no Brasil, ou então é traduzido por “fissura”. A palavra em inglês, em seus mais diversos usos, remete sempre ao “desejo” (desejo, anseio, cobiça etc.). Ainda sobre os critérios diagnósticos, há também a inclusão do critério “problemas legais recorrentes relacionados à substância” como indicativo de comportamento abusivo.

Como já se observou anteriormente, o aumento da quantidade de dados e informações sobre cada categoria ficou perceptível também nos transtornos relacionados à substância, e persevera na versão atual do manual – o DSM – IV – TR, publicado em 2000. Dispõe-se cada vez mais de informações sobre prevalência, incidência em diferentes culturas e faixas etárias, comorbidades, curso do transtorno, etc. Na verdade, esta atualização nos dados foi a grande razão da existência da edição revisada, já que não há mudanças consideráveis nos transtornos, subtipos ou critérios. Contudo, considerou-se que o intervalo previsto entre a quarta e a quinta edição seria muito extenso e o manual ficaria em descompasso com as descobertas produzidas no intervalo entre um e outro (APA, 2000).

Como reflexo nos manuais de Psiquiatria publicados no Brasil temos, por exemplo, a sétima edição do clássico *Compêndio de Psiquiatria* de Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock e Jack A. Grebb, de 1997, o qual seguia o DSM-IV e chamava atenção para o contexto no qual se produz: a década de noventa, conhecida como década do cérebro⁷⁶. Dessa forma, essa edição esforçava-se para acompanhar esse momento de intenso investimento e produção de conhecimento nessa vertente, acrescentando tópicos como genética comportamental, técnicas de imagem cerebral, etc. Apesar de não apresentar grandes novidades no capítulo que se refere aos transtornos relacionados a substâncias, esse novo paradigma que direciona a Psiquiatria contemporânea está refletido em vários pontos do texto, como na passagem:

⁷⁶ Foi o presidente Bush I quem, em 1990, designou a década de 90 como “a década do cérebro”, enfatizando o lugar prioritário que os estudos nesta área receberiam nos anos seguintes.

Não devemos simplificar excessivamente a presença ou ausência de dependência fisiológica como dependência física ou psicológica, respectivamente. Esta distinção está próxima à distinção falha entre orgânico-funcional, já que a dependência psicológica ou comportamental indubitavelmente reflete alterações fisiológicas nos centros comportamentais no cérebro (p. 372).

Além dessa, várias outras são as evidências da predominância do discurso organicista no capítulo, como a inclusão de hipóteses genéticas e neuroquímicas sobre a etiologia desses transtornos, imagens de exames cerebrais, ilustrações sobre os mecanismos neurológicos de ação das substâncias, etc. Outro aspecto relevante, encontrado nos fragmentos dedicados ao tratamento, é a ênfase dada ao tratamento farmacológico.

As mesmas características gerais são encontradas no tratado dos professores americanos Robert E. Hales e Stuart C. Yudofsky. No capítulo sobre os transtornos por uso de substâncias, três aspectos foram apresentados como centrais para a compreensão da adicção como doença: o aspecto da compulsão, o transtorno como uma “doença do cérebro” e a dimensão crônica do transtorno. A presença dessas influências no contexto brasileiro está transcrita não somente pela tradução dessas variadas obras americanas, mas também em sua produção própria, como no livro de Mario Rodrigues Louzã Neto e Hélio Elkis, de 2007. Logo em seu prefácio, é possível presumir a perspectiva de Psiquiatria compartilhada na obra:

Há muito tempo se diz que Medicina é Ciência e Arte. A Psiquiatria, como os outros ramos da Medicina, não é uma exceção. No entanto, vivemos em uma era em que a Medicina, e com ela a Psiquiatria, procura se tornar cada vez mais científica, devido à influência de várias novas disciplinas do saber.

Nesse sentido, como Ciência, a Psiquiatria incorpora, a cada instante, novos conhecimentos trazidos por áreas como a Genética Molecular, a Psicofarmacologia, a Neuroimagem, a Farmacogenética, entre as chamadas neurociências. Do ponto de vista da sua prática clínica, a Psiquiatria acompanha a Medicina moderna, e suas condutas terapêuticas baseiam-se em evidências – a tomada de decisões não se faz mais na base da experiência pessoal, mas sim a partir de dados obtidos de ensaios clínicos, revisões sistemáticas, metanálises. Avanços nessas áreas tornaram a Psiquiatria uma das especialidades mais importantes e atraentes de toda a Medicina, seja pelas descobertas do funcionamento cerebral, seja por seus resultados terapêuticos, hoje semelhantes aos de outras especialidades (p. 11).

O capítulo sobre os transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias segue a direção já indicada no trecho acima transcrito, com a extensa descrição dos mecanismos cerebrais de cada substância e dos recursos medicamentosos para o tratamento.

A psicopatologia forense⁷⁷, por sua vez, permanece de acordo com as tendências do CID e do DSM – IV – TR (TRINDADE, 2009; TABORDA, CHALUB e ABDALLA-FILHO, 2004; CROCE E CROCE JUNIOR, 1995) como já havia sido identificado desde meados da década de setenta. Contudo, cabe mencionar um trabalho que se coloca na

⁷⁷ Importante pontuar que a Psiquiatria forense conta cada vez mais com o apoio de uma nova disciplina, a psicologia forense – ou jurídica, criminal, etc. – que se coaduna com a Psiquiatria e transpõe boa parte dos pressupostos ditados por ela para o campo da Psicologia.

contramão do discurso vigente. O trabalho de Genival Veloso de França, cuja primeira edição data de 1977, “reage” às modificações ocorridas no campo psiquiátrico e, em sua edição de 2008, critica o direcionamento da questão da droga por sua tomada como doença e pela responsabilização dos médicos pela solução do problema, já que, para ele, isso funciona para apagar o que há de social na questão, tratando-a como um problema exclusivamente médico. O autor posiciona-se também contrariamente à irresponsabilização do indivíduo usuário de droga, que o coloca em posição passiva diante de sua conduta pelo tratamento do mesmo como um enfermo, um “refém” de sua doença. Para França, a solução para a questão da droga passa menos pelo indivíduo e mais pela esfera política e social, aspectos fundamentais para uma compreensão não reducionista da situação.

2.2.3 Horizontes da Psiquiatria do século XXI e a questão da droga

O lançamento do próximo DSM está previsto para maio de 2013. Pelo que vem sendo apresentado sobre sua construção, a categoria de transtornos relacionados à substância sofrerá profundas transformações. Ela passará a ser chamada *transtornos por uso de substância e adictivos*. Isso implica que ela conterà também adições sem substância, como o jogo patológico, que antes estava no grupo de transtornos de controle do impulso. Ainda, propõe-se para estudo o transtorno associado à exposição pré-natal ao álcool, o transtorno de uso de cafeína (que até então só se reconhece a intoxicação, mas não transtorno do uso) e o transtorno de uso de internet. Este último, por exemplo, apesar de não ser ainda classificado como uma patologia no DSM, já conta com extensa bibliografia publicada no Brasil e um programa para tratamento do “transtorno” no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

Essa aproximação do uso de droga de outros “comportamentos compulsivos” pode ser verificada também pela multiplicação do modelo dos “anônimos”, tais como programas do tipo: mulheres que amam demais anônimas, jogadores anônimos, devedores anônimos, etc., os quais transpõem o modelo dos alcoólicos anônimos e narcóticos anônimos para as demais condutas. Não só o modelo de grupos de ajuda é compartilhado, mas chega-se mesmo a afirmar uma base neurofisiológica comum para todo esse conjunto de dependências.

Isso nos revela que, além da ampliação cada vez maior dos “capturáveis” pelas classificações psiquiátricas, 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. Não interessa tanto o que se faz, mas o que se é, o que se sente. O propósito da Psiquiatria, no limite, parece ir além do controle do comportamento humano e ambicionar o controle do desejo e o manejo do risco.

3 ARTICULAÇÕES ENTRE A MEDICALIZAÇÃO E A CRIMINALIZAÇÃO DO USO DE DROGA NO BRASIL

Após analisar separadamente nos dois primeiros capítulos o tratamento do uso de droga pelo viés da criminalização e da medicalização, isto é, como objeto da Justiça e da Psiquiatria, passaremos agora à segunda parte do trabalho, que consiste na articulação entre essas duas linhas de análise. Certamente, dada a extensão das informações obtidas e apresentadas em cada etapa, muitas discussões poderiam ser realizadas. Entretanto, pelo limite deste trabalho, serão priorizadas aquelas consideradas mais relevantes para tecer um panorama geral sobre o assunto.

Analisando os documentos aqui apresentados, pode-se afirmar que nas três primeiras décadas do século XX a Psiquiatria brasileira já afirmava explícita e veementemente o alcoolismo e a toxicomania como uma questão médica.⁷⁸ Eram doenças e deveriam ser tratadas por profissionais habilitados e em ambiente próprio que, neste caso, seria o hospital. Paralelamente ao processo de medicalização do uso de droga se dão as primeiras medidas no âmbito jurídico de controle sobre o problema. A concorrência temporal desses dois processos – medicalização e criminalização – marca o surgimento do uso de droga como questão naquele momento e a associação das esferas médica e jurídica em sua construção. Estava formada, então, já nas três primeiras décadas do século XX, a parceria entre a Justiça e a Psiquiatria no controle do uso de droga. Essa parceria, sem desconsiderar as nuances que diferenciam os dois discursos, aponta para a semelhança tanto dos objetivos quanto dos mecanismos de ambos.

É assim que a própria legislação, já no começo da década de vinte, fez a diferenciação entre o que era objeto da Psiquiatria e da Justiça: a embriaguez escandalosa permanecia caso de polícia e a embriaguez habitual era responsabilidade das instâncias médicas. Isso implica que, enquanto “escândalo”, perturbação da ordem e da moral, à polícia cabia uma intervenção, enquanto “doença”, comportamento patológico, a medida ficaria a cargo das autoridades médicas. Obviamente, tratava-se de um limite imaginário e que podia ser transposto dos dois lados a todo o momento. Entretanto, como enfatizamos anteriormente, a semelhança dos objetivos e dos mecanismos utilizados nas duas esferas – prisão e internação – fazia com que

⁷⁸ De forma geral, a Psiquiatria se ocupava – tanto no plano teórico quanto no plano assistencial – mais do alcoolismo que das toxicomanias, o que se justifica pela proporção muito maior do primeiro, já que o uso de outras substâncias ainda era bastante escasso.

essa dificuldade em estabelecer um limite efetivo entre o objeto da Justiça e da Psiquiatria não se tornasse um problema.

A defesa do tratamento dos toxicômanos em regime de internação em hospitais psiquiátricos e, preferencialmente, em instituições especializadas, os sanatórios de toxicômanos, também já estava presente e compartilhada desde aquele momento, tanto pela argumentação dos psiquiatras quanto pela formalização legal. Isso demonstra o interesse comum em retirar esses indivíduos do convívio social, seja com o pretexto do tratamento e da busca pela cura da moléstia ou pela simples necessidade de eliminar a ameaça que eles representavam para a coletividade. Os termos utilizados para se referir à modalidade “pena de internação” e ao tratamento “médico e correccional” escancaram a convergência das medidas jurídicas e médicas.

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. O que estava em questão não era a perturbação mental e o esforço por sua terapêutica, mas uma população estratégica sobre a qual se buscava impor a moral vigente na época. O intolerável do alcoolismo ou da toxicomania era sua associação às classes populares, à vadiagem, à ociosidade, à prostituição, e todo tipo de escória da sociedade. O principal objetivo das intervenções, longe de ser o alívio de um sofrimento, de uma patologia, centrava-se na ação “ortopédica” sobre uma parcela da sociedade que se negava – ou não podia – aderir aos padrões de normalidade burgueses da época. A associação do uso de substâncias com o comportamento desajustado, violento, também já marcava o discurso psiquiátrico desde as primeiras décadas do século. Como vimos, a legislação previa internação para casos em que se supunha haver risco para o próprio indivíduo, para o outro ou para a ordem pública, permitindo-se inclusive a internação involuntária para evitar as práticas de atos criminosos ou a “perdição moral”. Fica claro o que se buscava proteger com tais medidas: a manutenção da ordem social.

Uma evidência interessante desse apontamento, isto é, de que o uso de droga era motivo de intervenção na medida em que descortinava os conflitos sociais, é a diferença de tratamento do alcoolismo em relação à dipsomania. A dipsomania, como já fora esclarecido, referia-se a episódios de compulsão na ingestão de bebidas alcoólicas. Essa doença, apesar de classificada pela Psiquiatria da época, não tinha dela a mesma atenção que o alcoolismo. 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.⁷⁹

O aporte teórico que amparava a Psiquiatria brasileira em seu intento de tratar as desordens sociais se encontrava na tradição alemã, principalmente pela propagação da eugenia. A Psiquiatria alemã, ao mesmo tempo que justificava e autorizava a intervenção médica no espaço social, perseguia sua aproximação com a medicina científica e, assim, ao importar as principais características desta, obtinha também o status e o poder que ela ocupava. Esse pilar teórico foi a principal sustentação do processo de expansão do campo psiquiátrico naquele período. A partir dele, justificava-se com argumentos supostamente científicos – todavia, a realidade da cientificidade dessas teorias se torna irrelevante dada a realidade dos efeitos de sua suposição – a intervenção do saber psiquiátrico no campo social.

Nessa tentativa de reprodução do modelo epistemológico da Medicina da época o discurso psiquiátrico era marcado pelo viés organicista, utilizando-se da biologia, bioquímica, fisiologia, anatomia e demais campos do saber médico privilegiados naquele momento. O esforço pela afirmação dos mecanismos biológicos da doença chegava a tal ponto que o tratamento medicamentoso – mesmo em um momento de pequeno desenvolvimento farmacológico, se comparado com os dias atuais – assumia um papel fundamental para atuar nos fatores orgânicos implicados no quadro clínico.

Esse novo status conquistado pela Psiquiatria, como saber médico e científico, refletia-se na conquista de espaço e poder dentro do próprio aparelho judiciário. Eram os peritos psiquiatras que atestavam a necessidade de entrada em um estabelecimento de tratamento e a saída do mesmo, além de serem os responsáveis pela condução do próprio tratamento. O Psiquiatra, como detentor de um saber sobre essa patologia, passava a embasar a decisão dos juízes e a ter verdadeiro poder de arbitrar o destino dos indivíduos a ele submetidos.

Assim, o panorama geral, ao final da década de trinta, caracterizava-se 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

⁷⁹ 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.

toxicômano era identificado como um ser perigoso, incapaz de viver conforme os parâmetros de civilidade e portador de um “mal” que representava um risco constante para si e para o meio ao seu redor.

Essa aliança entre a Justiça e a Psiquiatria firmada nas primeiras décadas do século XX passou por uma reconfiguração em meados da década de sessenta. O país encontrava-se em período ditatorial e, conseqüentemente, de profunda repressão policial. Assim, mesmo o simples porte de droga era criminalizado e a questão da droga – como toda a dinâmica social – passava a ser gerenciada principalmente pela vigilância e repressão dos órgãos de controle policial. Contudo, isso não significa que as medidas sanitárias deixaram totalmente de existir, elas apenas passaram a figurar em segundo plano.

De forma geral, a Psiquiatria brasileira das décadas de cinquenta, sessenta e setenta incorporou influências diversas da alemã, principalmente as orientações psicodinâmicas das correntes psicanalítica, fenomenológica e existencial, 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 liberal que a tradição alemã. Entretanto, é um ponto analisador 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.

A década de setenta pode ser considerada como o momento de rearranjo da questão da droga no Brasil. 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.

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. 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.

Ainda na mesma década, ocorreu a diferenciação entre a penalidade para usuário e para traficante. 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 exorbitantes para os traficantes. Não foi a pena dos usuários que diminuiu consideravelmente, mas a dos traficantes que aumentou em proporções astronômicas.

Os documentos legislativos produzidos no país na década de setenta foram fortemente influenciados por convenções internacionais, demonstrando o processo de internacionalização da questão. 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. 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 afeta 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.

Foi também na década de setenta que se consolidou a ascensão da vertente biológica da Psiquiatria e o enfraquecimento das abordagens psicodinâmicas, com seu marco efetivo no lançamento da terceira revisão do DSM em 1980, promovendo uma ruptura com as tendências anteriores e iniciando um processo de expansão e hegemonia no campo psiquiátrico. A Psiquiatria americana foi se consolidando como a principal referência e exportando suas ideias para os demais países, inclusive para o Brasil. A compreensão da doença mental segundo critérios biológicos e determinações genéticas, de certa forma, coaduna-se com a

“vitimização” do dependente, pois a causa da doença não está em uma falta moral, na fraqueza de seu caráter, mas em fatores orgânicos que determinam sua predisposição para a doença. A descrição do uso de droga segundo predicados biológicos desresponsabiliza o sujeito por sua doença, e por isso mesmo ele não deve ser punido, mas tratado segundo as diretrizes da Psiquiatria contemporânea, capaz de agir sobre os fatores orgânicos em questão. Esse movimento vinha dando seus primeiros passos desde a década de cinquenta, firmando sua força na década de oitenta e se expandindo em ritmo veloz desde então. A década de noventa foi batizada de “década do cérebro” pelas descobertas realizadas na área das neurociências e, desde então, cada vez mais os processos psicopatológicos vêm sendo descritos não mais segundo predicados biológicos de maneira geral, mas estritamente cerebrais.

Foi somente no início do século XXI que as instâncias governamentais da área da saúde no Brasil passaram a se comprometer com as ações de prevenção e tratamento do uso de droga. Até aquele momento elas ficavam sob a responsabilidade da esfera jurídica, juntamente com as ações de repressão, vigilância, etc. O uso de droga passou a ser repetidamente afirmado como uma questão de saúde pública, o qual deveria ser tratado como tal, e não mais como “caso de polícia”. A política construída para guiar a rede assistencial aproximava-se da política geral de saúde mental, que se orientava pelo processo de reforma psiquiátrica brasileira, com propostas de atenção territorial, não segregativa e baseada na lógica de redução de danos. A partir da “nova” lei de tóxicos, os usuários continuam sofrendo sanções penais, mas estas deixaram de ser privativas de liberdade. 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.

Assim, considerando a evolução histórica da questão, sua configuração atual pode ser discutida a partir de três proposições: a criminalização e a medicalização da esfera íntima; o continuum punição-tratamento; e a renovação do discurso higienista.

3.1 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. 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. Isso significa que só se tratava de um problema que deveria receber uma intervenção, fosse ela por um juiz ou por um psiquiatra, na medida que 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, a 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.

3.2 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 como uma epidemia, 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/legalização 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 correccionais” é pelo esforço que se fez ao longo do tempo para tentar dissociar o tratamento médico do tratamento penal, o doente 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 mal estabelecidas.

3.3 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.⁸⁰ Em terceiro lugar, a Psiquiatria, como esse 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

⁸⁰ 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.

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.

4 O USO DE DROGA, A NORMA E O ANORMAL: CONTRIBUIÇÕES FOUCAULTIANAS

A lei não é pacificação, pois, sob a lei, a guerra continua a fazer estragos no interior de todos os mecanismos de poder, mesmo os mais regulares.

Michel Foucault (1976)

4.1 A emergência do anormal e da Psiquiatria como tecnologia da anomalia

4.1.1 A Psiquiatria entre a Medicina científica e a higiene pública: loucura-doença-perigo

A constituição da Psiquiatria no fim do século XVIII e século XIX está vinculada principalmente ao seu papel exercido no campo da higiene social. Naquele momento, sua vinculação à Medicina ainda não estava bem estabelecida. Por um lado, os fundamentos epistemológicos da Medicina clínica – que já se regiam pelo paradigma da anatomo-clínica⁸¹ – eram inalcançáveis pela Psiquiatria da época, que não conseguia acompanhar os parâmetros de cientificidade da primeira. Para Birman (1978), a dificuldade em reduzir a loucura a lesões anatômicas e teciduais, “resistente à racionalidade médica, apesar de institucionalizada por ela” (p. 28), impediam a Psiquiatria de superar o modelo nosológico do período anterior à anatomo-clínica. Por outro lado, a aproximação da Psiquiatria com a Medicina se dava na medida em que esta última se constituía como Medicina do espaço social⁸²: “Se a Medicina realiza a higiene das coisas, dos espaços e dos corpos, a Medicina mental realiza a higiene das paixões” (BIRMAN, 1978, p. 38).

Para se afirmar como saber médico, a Psiquiatria teve que, primeiramente, construir a visão da loucura como uma doença.⁸³ Por outro lado, outra aproximação foi necessária, desta vez entre a loucura e o perigo, de forma que lhe ficasse garantido tanto um lugar no campo da

⁸¹ Sobre esse assunto, conferir: FOUCAULT, Michel. (1963) *O nascimento da clínica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

⁸² Sobre o nascimento da medicina social, conferir: FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

⁸³ Para Foucault, a aproximação da Psiquiatria com Medicina – que não será aprofundada neste trabalho – foi efetuada através da mediação da neurologia.

Medicina científica como sua função no campo da higiene pública. Tratava-se do esforço em codificar o perigo social dentro do saber psiquiátrico, como patologia:

Em linhas gerais, a psiquiatria, por um lado, fez funcionar toda uma parte da higiene pública como medicina e, por outro, fez o saber, a prevenção e a eventual cura da doença mental funcionarem como precaução social, absolutamente necessária para se evitar um certo número de perigos fundamentais decorrentes da existência mesma da loucura (FOUCAULT, 1974-1975, p. 149).

Dessa forma, estabelecer a pertinência entre loucura e periculosidade era tarefa necessária à manutenção da função primordial de proteção social exercida pela Psiquiatria:

Para se justificar como intervenção científica e autoritária na sociedade, para se justificar como poder e ciência da higiene pública e da proteção social, a medicina mental tem de mostrar que é capaz de perceber, mesmo onde nenhum outro ainda pode ver, um certo perigo; e ela deve mostrar que, se pode percebê-lo, é por ser um conhecimento médico (FOUCAULT, 1974-1975, p. 151).

Foi, então, a patologização da loucura e sua aproximação com o perigo que garantiu o deslizamento da Psiquiatria entre esses dois polos. Assim, segundo Foucault (1974-1975), o esforço da Psiquiatria no século XIX, e também no século XX, foi articular a tríade loucura-doença-perigo em um discurso único e coeso – o que não chegou a garantir, contudo, a força de seus conceitos.

Foucault localiza por volta de 1820-1825 o movimento feito pelos médicos de manifestarem seus pareceres sobre os crimes acontecidos, mesmo sem serem solicitados pelo poder público ou por advogados, suscitando associações com a doença mental. Começava-se a suspeitar da existência de uma doença na base de todo crime, a tomar o crime como sinal, indicativo de doença. Para Foucault (1973-1974), esse esforço visava a construir uma periculosidade virtual no interior da loucura: “é que se trata não tanto de demonstrar que todo criminoso é um possível louco, mas de demonstrar – o que era muito mais grave, porém muito mais importante para o poder psiquiátrico – que todo louco é um possível criminoso” (p. 320). Dessa forma, a Psiquiatria passava a ter a função de defesa social.

Foi assim que, na própria constituição histórica da Psiquiatria, vimo-la interessar-se imediatamente pela “loucura que mata”, que comprometia a proteção da sociedade. Ela não encontrou esse problema após “percorrer todos os domínios possíveis da loucura” (FOUCAULT, 1974-1975, p. 151), mas antes disso. Logo no século XIX, os chamados “crimes sem razão” se tornaram objeto privilegiado de atenção dos psiquiatras, fundindo um importante problema do sistema penal e da segurança pública com os anseios da Psiquiatria. Era preciso traçar uma inteligibilidade para crimes cujas razões não eram conhecidas, para atos incompreensíveis, porém praticados por indivíduos que não apresentavam uma demência ou um delírio. Era preciso detectar esse perigo encoberto na razão.

Caso conseguisse resolver esses casos, que se colocavam como verdadeiros enigmas para a Justiça, a Psiquiatria estaria dando provas de sua força e justificando o seu poder. Foucault (1974-1975) resume essa situação no pedido feito pelo poder penal para a figura do médico: “[...] dê-me elementos com os quais eu possa exercer meu poder de punir, ou com os quais deixe de aplicar meu direito de punir” (p. 153). Foi assim, na tentativa de responder a esse pedido, que a Psiquiatria se ocupou desses casos e tentou construir uma inteligibilidade para eles.

4.1.2 A economia dos instintos e a reorganização epistemológica da Psiquiatria: o fim do alienismo e o início da Psiquiatria

Para Foucault, a noção de “instinto” foi o eixo através do qual se realizou a reordenação do campo epistemológico da Psiquiatria no século XIX. Do ato sem razão passou-se à problematização do ato instintivo, realizada principalmente por duas tecnologias: a eugenia e a psicanálise. É assim que Foucault (1974-1975) define o instinto como uma noção politicamente forte e epistemologicamente fraca:

O que é o instinto? É esse elemento misto que pode funcionar em dois registros ou, se quiserem, é essa espécie de engrenagem que permite que dois mecanismos de poder engrenem um no outro: o mecanismo penal e o mecanismo psiquiátrico; ou, mais precisamente ainda, esse mecanismo de poder, que é o sistema penal e que tem seus requisitos de saber, consegue engatar no mecanismo de saber que é a psiquiatria e que tem, de seu lado, seus requisitos de poder (p. 174).

Foucault se pergunta como a noção de instinto se tornou tão difundida no interior do campo psiquiátrico e, ainda, como ela possibilitou a expansão desse próprio campo, a ampliação de suas fronteiras. Ele identifica, no caso francês, três processos fundamentais. Em primeiro lugar, a partir da lei de 1838 que reordenou a assistência psiquiátrica na França, a internação a pedido da administração pública precisava estar fundamentada na presença de uma ameaça à ordem ou à segurança pública. Não se tratava mais de perguntar ao psiquiatra se o indivíduo era ou não portador de uma demência, mas de uma periculosidade. Com isso, deslocava-se da avaliação das faculdades mentais do doente para a avaliação de suas condutas:

A análise, a investigação, o controle psiquiátrico vão tender a se deslocar do que pensa o doente para o que ele faz, do que ele é capaz de compreender para o que ele é capaz de cometer, do que ele pode conscientemente querer para o que poderia acontecer de involuntário em seu comportamento (FOUCAULT, 1974-1975, p. 179).

Construiu-se, dessa forma, a associação entre a periculosidade e a massa de indivíduos internados *ex officio* (realizadas pela administração pública). Em segundo lugar, essa mesma lei possibilitava a “internação voluntária” a pedido de um familiar imediato. Mas para esse tipo de medida era necessário que o médico fornecesse um atestado, construindo o que Foucault chama de uma “demanda familiar de psiquiatria”. Esse atestado deveria demonstrar não a incapacidade jurídica do doente, mas o perigo que ele representava para a família.

A psiquiatria não terá mais de definir o estado de consciência, de vontade livre do doente, como era o caso na interdição. A psiquiatria terá de tornar psiquiátrica toda uma série de condutas, de perturbações, de desordens, de ameaças, de perigos, que são da ordem do comportamento, não mais da ordem do delírio, da demência ou da alienação mental (FOUCAULT, 1974-1975, p. 185).

Por essa reconfiguração da demanda familiar em direção ao psiquiatra, Foucault afirma que ele se tornou naquele momento um “médico de família”, em dois sentidos: era um médico chamado pela família e para tratar da família. Ele era chamado *pela* e *para* a família. O alvo de observação e possível intervenção psiquiátrica era a lacuna do sentimento intrafamiliar, os conflitos internos, sem que eles precisassem estar descritos de acordo com um quadro nosográfico. Em terceiro e último lugar, Foucault identifica a emergência de uma nova demanda: a constituição de um discriminante psiquiátrico-político entre os indivíduos. Solicitava-se que a Psiquiatria delineasse uma fronteira entre o que deveria ser validado e o que deveria ser excluído e punido. “E a ciência biológica, anatômica, psicológica, psiquiátrica, permitirá que logo se reconheça, num movimento político, o que pode ser efetivamente validado e o que deve ser desqualificado” (FOUCAULT, 1974-1975, p. 194).

Para Foucault, é a partir desses três processos, resumidamente apresentados, que se deve pensar a transformação ocorrida no campo psiquiátrico no século XIX. Um primeiro efeito importante foi o aniquilamento da ideia de uma “loucura parcial”, que só comprometeria uma parte do funcionamento individual, preservando as demais. Essa ideia foi suprimida pela argumentação de que, mesmo quando o sintoma é bem localizado, ele se produz em um indivíduo que é louco em toda sua extensão. O sintoma pode ser parcial, mas não a loucura. O sujeito é sempre afetado em sua totalidade. Outro ponto importante é a nova caracterização da loucura. O louco, a partir dessa nova economia instintual, “é aquele em que a delimitação, o jogo, a hierarquia do voluntário e do involuntário se encontram perturbados” (FOUCAULT, 1974-1975, p. 198). O instintivo está do lado do involuntário, e é ele que possibilita o surgimento de um delírio, e não o contrário como se pensava antes. Realizou-se, assim, uma inversão na organização epistemológica da Psiquiatria:

O que vai se pedir não é encontrar, sob o instintivo, o pequeno elemento de delírio que permitirá inscrevê-lo na loucura. O que vai se pedir é qual é, por trás de todo e qualquer delírio, a pequena perturbação do voluntário e do involuntário capaz de possibilitar a formação do delírio (FOUCAULT, 1974-1975, p. 199).

Nessa nova configuração epistemológica, uma conduta passa a ser indício de uma patologia, primeiramente, a partir de sua discrepância em relação a uma determinada regularidade, de uma determinada ordem. Além da discrepância, essa conduta deve ser analisada segundo sua posição no eixo voluntário-involuntário. Em resumo:

Quando a discrepância e o automatismo são mínimos, isto é, quando se tem uma conduta conforme e voluntária, tem-se, *grosso modo*, uma conduta sadia. Quando, ao contrário, a discrepância e o automatismo crescem (e não necessariamente, aliás, na mesma velocidade e com o mesmo grau), tem-se um estado de doença que é necessário situar precisamente, tanto em função dessa discrepância, como em função desse automatismo crescente (FOUCAULT, 1974-1975, p. 200).

Se até aquele momento o indício de uma doença mental era o delírio, a partir de então, segundo Foucault (1974-1975) “[...] esse instinto está, no fundo, numa posição alternativa em relação ao delírio. Onde não dá para encontrar o delírio, tem-se de invocar os mecanismos mudos e automáticos do instinto” (p. 357). Foi assim que a Psiquiatria caminhou em seu processo de independência da loucura, da demência, do delírio e da alienação. É a passagem do alienismo, cujo último representante na França seria Esquirol, para a Psiquiatria. Para Foucault essa passagem se localiza em torno da metade do século XIX⁸⁴: “1844-45, *grosso modo*, é o fim dos alienistas; é o início de uma psiquiatria, ou de uma neuropsiquiatria, organizada em torno dos impulsos, dos instintos e dos automatismos” (p. 358).

4.1.3 A expansão do campo psiquiátrico

A partir dessa nova configuração, segundo Foucault (1974-1975), “a psiquiatria pode tornar psiquiátrica toda conduta sem se referir à alienação. A psiquiatria se desalienaliza” (p. 201). A partir desse “afrouxamento epistemológico”, nas palavras de Foucault, “a psiquiatria vai poder sintomatologizar, ou fazer valer como sintoma de doença, todo um conjunto de fenômenos que até então não tinham estatuto na ordem da doença mental” (FOUCAULT, 1974-1975, p. 200). Como consequência mais importante dessa transformação, então, tem-se a expansão do domínio possível de sua ingerência, podendo abarcar toda e qualquer conduta.

⁸⁴ Os motivos para a determinação desse corte temporal encontram-se na aula do dia 12 de março de 1975 do curso “Os anormais”.

Toda conduta humana se tornou passível de análise pela Psiquiatria. Foucault (1974-1975) fala de uma “invasão da psiquiatria” em uma rede de condutas que anteriormente eram tratadas pelo viés moral, disciplinar ou judiciário. A medicalização do uso de droga, como vimos nos documentos produzidos pela classe médica no Brasil no início do século XX, descende desse processo de psiquiatrização de condutas não relacionadas à alienação e depende epistemologicamente da constituição de uma teoria dos instintos, já que não tinha como recorrer ao delírio para se justificar como patologia mental. Além disso, a perturbação no eixo voluntário-involuntário é característica fundamental da toxicomania e do alcoolismo, já que tanto o consumo da substância como os atos praticados sob seu efeito podem ser localizados no extremo da involuntariedade. Segundo Portocarrero (2002), a reestruturação nosográfica do começo do século XX no Brasil, em consonância com as tendências da psiquiatria alemã, visava a inserir no campo psiquiátrico esses pequenos desvios que passavam a ser objeto da atenção e da intervenção, através das chamadas “personalidades psicopáticas”, dentre as quais estavam incluídos os toxicômanos.

É importante salientar que, no período do alienismo, a sustentação da Psiquiatria como ciência médica se dava a partir de sua estruturação formal, amparada em classificações nosográficas, sintomatologias, classificações, etc, seguindo os moldes da medicina científica da época. Consequentemente, ao desapossar-se desses critérios, tal qual ocorreu em seu processo de desalienação, a Psiquiatria estaria se distanciando do modelo médico. Porém, ela continuou garantindo sua proximidade em relação à ciência médica não mais através da forma, mas do conteúdo, pela aproximação das doenças mentais com os distúrbios orgânicos, realizada principalmente pela “disciplina articulatória” da neurologia.⁸⁵

Ampliação do campo sintomatológico e ancoragem na medicina somática. Estas parecem ser as principais características dessa nova configuração da medicina psiquiátrica situada no século XIX.

A Psiquiatria passava a situar a conduta em relação à norma: a norma como regra de conduta – que define a discrepância – e como regularidade funcional – que define a disfunção. Como resume Foucault (1974-1975): “[...] a norma que se opõe à regularidade e à desordem, e a norma que se opõe ao patológico e ao mórbido” (p. 204). Ou, pelo ponto de vista de Canguilhem (1943), norma no sentido descritivo-estatístico, como média, e no sentido terapêutico-normativo, como valor. É a partir da norma que se articulam as perturbações da ordem e os distúrbios de funcionamento. Por isso, Foucault (1974-1975) afirma que “a

⁸⁵ Foucault coloca a epilepsia como ponto central de articulação entre a Psiquiatria e a neurologia.

psiquiatria se torna nesse momento - não mais em seus limites extremos e em seus casos excepcionais, mas o tempo todo, em sua cotidianidade, no pormenor do seu trabalho - médico-judiciária” (p. 205).

[...] o encontro crime-loucura não será mais, para a psiquiatria, um caso-limite, mas o caso regular. Pequenos crimes, claro, e pequenas doenças mentais, minúsculas delinquências e anomalias quase imperceptíveis do comportamento - mas é esse finalmente que será o campo organizador e fundamental da psiquiatria (FOUCAULT, 1974-1975, p. 205).

Ou, nas palavras de Birman (1978):

A Medicina mental através de sua trama conceitual, procurará encontrar a alienação mental em todos os lugares, gestos, palavras e ações. Há uma evidente ofensiva da Psiquiatria no sentido de fundamentar um conjunto de práticas sociais e morais, de invadir regiões estabelecidas pela Cultura e pela tradição histórica. O objeto da Psiquiatria será hipostasiado, expandindo-se para todos os setores da Sociedade. Movimento de *patologização do espaço social*, que é apenas um aspecto de um movimento mais amplo que então se passava, de *medicalização da Sociedade* (p. 8).

Castel (1987) utiliza o neologismo *anomálicos* para se referir a esse conjunto de “indivíduos vocacionados para uma vigilância especial, que pode desembocar num tratamento especial” (p. 116). E dá um exemplo francês que ilustra bem a constituição do campo das anomalias:

O que é uma anomalia? Só pela colocação do sistema G.A.M.I.N. [Gestão Automatizada em Medicina Infantil], em 1976, 46,7% dos recém-nascidos da região parisiense, seja 16.130 crianças, são assinaladas “de risco”. Estamos longe da proporção que se poderia originar de doenças hereditárias, de pesadas deficiências físicas ou mentais, quem sabe condições econômicas ou sociais excepcionalmente desfavoráveis, que poderiam exigir uma ajuda especial. Por exemplo, 15% do que é bem preciso chamar crianças suspeitas o são simplesmente porque nasceram de mães solteiras (CASTEL, 1987, p. 116).

É a ocupação dessas pequenas discrepâncias, pequenas disfunções, articuladas pelas normas, que caracteriza a Psiquiatria a partir do século XIX – cuja condição de possibilidade histórica foi o desenvolvimento da noção de instinto – como uma tecnologia da anomalia.

4.1.4 A Psiquiatria como tecnologia da anomalia e a defesa social

Esta foi, então, a grande transformação ocorrida no campo psiquiátrico por volta da metade do século XIX. A Psiquiatria transferiu seu foco da alienação mental para os pequenos desvios de comportamento, as chamadas anomalias. Como diz Foucault (1974-1975), ela “passa por cima do patológico” (p. 393). Anteriormente, até a época de Esquirol, era preciso aproximar a loucura da doença para garantir o estatuto médico da Psiquiatria. A partir daquele momento, enquanto ciência das anomalias, a Psiquiatria, ao mesmo tempo em que tentava

preservar seu estatuto de medicina, pois era ele que lhe garantia seus efeitos de poder, tentava aplicar esses efeitos de poder em um campo que não era mais o das doenças, mas o das anomalias. A operação que a Psiquiatria precisava realizar era a afirmação do poder médico sobre o não-patológico. Castel (1987) afirma que, nessa forma de funcionamento do saber psiquiátrico, “não há nem mesmo mais necessidade de supor uma origem patológica dos sintomas a tratar, já que o que é levado em conta é somente a distância dos comportamentos em relação à média” (p. 178).

Foi a partir dessa exigência funcional que ela construiu novos pilares para esse novo edifício que ia sendo consolidado – através de manobras como as noções de síndrome, de estado, e a articulação da economia instintual ao antigo delírio. Nesse processo de medicalização ou psiquiatrização das anomalias, isto é, da tomada dessas “excentricidades” – entendendo-as aqui em seu sentido de desvio ou distanciamento do centro – como algo de cunho médico, a ideia de uma transmissão hereditária e a teoria da degeneração de Morel, tão presentes nas explanações sobre o alcoolismo e a toxicomania, tiveram uma funcionalidade importante. Pela defesa da hereditariedade, “tudo pode ser causa de tudo” (FOUCAULT, 1974-1975, p. 399), pois na impossibilidade de determinar claramente os mecanismos de transmissão, eles se tornavam tão flexíveis e imprevisíveis a ponto de uma condição não apresentar nenhuma semelhança com a condição que a causava além do caráter anômalo de ambas. Não era uma doença que causava outra, mas um defeito, um vício que causava outro – que poderia, contudo, assumir uma apresentação diferenciada. Assim, como exemplo, Foucault (1974-1975) nos dá a embriaguez, que podia provocar qualquer tipo de doença em sua prole, seja o próprio alcoolismo, a tuberculose, uma doença mental ou mesmo a delinquência. Ainda, a rede hereditária construída para estabelecer uma relação causal tinha uma trama extremamente maleável, bastando “encontrar em qualquer ponto da rede da hereditariedade um elemento desviante para poder explicar, a partir daí, a emergência de um estado no indivíduo descendente” (FOUCAULT, 1974-1975, p. 400). A teoria da causalidade hereditária possibilitava também que a Psiquiatria se constituísse como uma tecnologia do casamento, direcionando o que seria devido ou indevido em termos reprodutivos.

Para Foucault, a investigação dos ascendentes tinha como principal função suprir a ausência de uma localização orgânica para a patologia (FOUCAULT, 1973-1974). Ou seja, como não se podia localizar a doença no corpo do indivíduo, tal como se realizava na Medicina geral, expandiu-se esse corpo para o organismo familiar para, dessa forma, encontrar sua origem.

Já que não se pode e não se sabe encontrar no doente um substrato orgânico para a sua doença, trata-se então de encontrar no nível da sua família certo número de acontecimentos patológicos que serão tais que, qualquer que seja aliás sua natureza, eles se referirão à comunicação e, por conseguinte, à existência de certo substrato material patológico. A hereditariedade é certa maneira de dar corpo à doença no momento mesmo em que não se pode situar essa doença no nível do corpo individual; então inventa-se, demarca-se uma espécie de grande corpo fantasmático que é o de uma família afetada por um grande número de doenças: doenças orgânicas, doenças não-orgânicas, doenças constitucionais, doenças acidentais, pouco importa; se elas se transmitem é porque possuem um suporte material e, se alcança assim o suporte material, então se tem o substrato orgânico da loucura, um substrato orgânico que não é o substrato individual da anatomia patológica (FOUCAULT, 1973-1974, p. 352).

Foucault afirma que a degeneração, teoria formulada por Morel em 1857 e que se coadunava com os princípios da hereditariedade, foi a principal peça teórica que contribuiu para a medicalização do anormal. Ela tratava de indivíduos que não eram propriamente doentes, mas que apresentavam anomalias. É por isso que Foucault (1974-1975) afirma que “o degenerado, digamos, numa palavra, que é o anormal mitologicamente - ou, se preferirem, cientificamente – medicalizado” (p. 401). Para Portocarrero (2002) “a noção da degenerescência justifica teoricamente a difusão do saber psiquiátrico por todo o campo da anormalidade, à qual a psiquiatria liga a doença mental, na medida em que o degenerado traz desde a infância como estigma os restos da loucura dos pais” (p. 60).

O descolamento da dimensão patológica e a atribuição de fatores hereditários e perpétuos às anomalias permitiram, no limite, que a Psiquiatria se desobrigasse de sua função terapêutica e curativa. Junto com a doença, desapareceu a busca por sua cura. Sua função primordial se transformava: antes de curar, devia primeiramente garantir a proteção e a ordem, isto é, defesa social.

A psiquiatria não visa mais, ou não visa mais essencialmente a cura. Ela pode propor (e é o que efetivamente ocorre nessa época) funcionar simplesmente como proteção da sociedade contra os perigos definitivos de que ela pode ser vítima de parte das pessoas que estão no estado anormal (FOUCAULT, 1974-1975, p. 402).

Como efeito importante desse jogo de poder exercido pela Psiquiatria da época, tem-se a emergência de um tipo de racismo bem diferente do conhecido racismo étnico⁸⁶: o racismo que tinha como alvo os anormais. Foucault (1974-1975) fala de um “racismo interno”, que age no interior de uma determinada sociedade, com o propósito de identificar dentro desse grupo, só aparentemente homogêneo, os indivíduos que trazem em si os sinais do perigo.

Por toda essa reconfiguração teórica e prática da Psiquiatria no século XIX, Foucault (1974-1975) afirma que a Psiquiatria pretendeu tomar o lugar do poder judiciário, tornando-se

⁸⁶ Todavia, o racismo étnico e esse novo tipo de racismo acabaram por se associar em alguns momentos, como no exemplo clássico do nazismo alemão.

a principal instância de manipulação e controle da sociedade, “por ser a instância geral de defesa da sociedade contra os perigos que a minam do interior” (p. 403).

Dessa forma, a relação entre a Justiça e a Psiquiatria também se reconfigurou, modificando-se as perguntas a partir desse novo edifício teórico por ela construído para sustentar suas ambições:

As três célebres perguntas atualmente feitas aos psiquiatras que vêm depor nos tribunais: “O indivíduo é perigoso? O réu é acessível à pena? O réu é curável?” - eu tentei lhes mostrar, a propósito dessas três perguntas, quão pouco sentido elas tinham em relação ao edifício jurídico do Código Penal, tal como ainda funciona atualmente. Perguntas sem significação no que concerne ao direito, perguntas sem significação tampouco no que concerne a uma psiquiatria que seria efetivamente centrada na doença; mas perguntas que têm um sentido muito preciso a partir do momento em que são feitas a uma psiquiatria que funciona essencialmente como defesa social ou, para retomar os termos do século XIX, que funciona como “caça aos degenerados” (FOUCAULT, 1974-1975, p. 404).

Essas três perguntas só fazem sentido a partir do momento que se entende que a Psiquiatria se constituía como uma medicina do anormal e não do patológico, a “psiquiatria dos degenerados” (FOUCAULT, 1974-1975, p. 404). O degenerado, o anormal é, então, respondendo às três perguntas, o perigoso, o incurável, o inacessível à pena. Não por coincidência, também o é hoje o “drogado”.

4.2 A norma, o indivíduo e a população

4.2.1 O poder disciplinar e seus resíduos

Traçando uma linha temporal das tecnologias de poder a partir da soberania e investigando as condições de possibilidade de seus surgimentos, Foucault (1975-1976) delinea a seguinte continuidade histórica:

Poderíamos dizer isto: tudo sucedeu como se o poder, que tinha como modalidade, como esquema organizador, a soberania, tivesse ficado inoperante para reger o corpo econômico e político de uma sociedade em via, a um só tempo, de explosão demográfica e de industrialização. De modo que à velha mecânica do poder de soberania escapavam muitas coisas, tanto por baixo quanto por cima, no nível do detalhe e no nível da massa. Foi para recuperar o detalhe que se deu uma primeira acomodação: acomodação dos mecanismos de poder sobre o corpo individual, com vigilância e treinamento - isso foi a disciplina. É claro, essa foi a acomodação mais fácil, mais cômoda de realizar. É por isso que ela se realizou mais cedo - já no século XVII, início do século XVIII - em nível local, em formas intuitivas, empíricas, fracionadas, e no âmbito limitado de instituições como a escola, o hospital, o quartel, a oficina, etc. E, depois, vocês têm em seguida, no final do século

XVIII, uma segunda acomodação, sobre os fenômenos globais, sobre os fenômenos de população, com os processos biológicos ou bio-sociológicos das massas humanas. Acomodação muito mais difícil, pois, é claro, ela implicava órgãos complexos de coordenação e de centralização (p. 297-298).

Assim, Foucault identifica, na transição do século XVII e XVIII, o nascimento de uma nova tecnologia do poder, de uma “nova economia dos mecanismos de poder”: “um conjunto de procedimentos e, ao mesmo tempo, de análises, que permitem majorar os efeitos do poder, diminuir o custo do exercício do poder e integrar o exercício do poder aos mecanismos da produção. Majorar os efeitos do poder” (FOUCAULT, 1974-1975, p. 108). Dessa maneira, por um cálculo de eficácia, não se visava necessariamente punir menos, mas “punir melhor” (FOUCAULT, 1975, p. 79). Por poder disciplinar, Foucault entende:

[...] uma forma de certo modo terminal, capilar, do poder, uma última intermediação, certa modalidade pela qual o poder político, os poderes em geral vêm, no último nível, tocar os corpos, agir sobre eles, levar em conta os gestos, os comportamentos, os hábitos, as palavras, a maneira como todos esses poderes, concentrando-se para baixo até tocar os próprios corpos individuais, trabalham, modificam, dirigem o que Servan chamava de “fibras moles do cérebro” (p. 50).

Em resumo, pode-se afirmar que “a disciplina é uma anatomia política do detalhe” (FOUCAULT, 1975, p. 134). O poder disciplinar é, então, uma tecnologia de poder surgida posteriormente ao poder soberano⁸⁷, e que dele difere em vários aspectos. Dentre eles, tem-se a continuidade do poder disciplinar em oposição à descontinuidade do poder soberano. Enquanto neste último o poder se exerce em momentos e situações pontuais, como nos rituais de suplício, a disciplina apoia-se em estratégias de controle e vigilância permanentes, de forma que se busque sempre um funcionamento ótimo no qual a vigilância, mesmo que seja apenas virtual, exerça sua função de coibir os comportamentos indesejados e provocar os desejados. É a tentativa de internalizar a disciplina de tal forma que se torne um hábito. Para Foucault, a transformação consistia em “definir uma estratégia e técnicas de punição em que uma economia da continuidade e da permanência substituirá a da despesa e do excesso” (FOUCAULT, 1975, p. 84).

Por meio dessa visibilidade contínua e perpétua, é possível que o poder disciplinar intervenha prontamente no exato momento em que algum ato está se tornando realidade, ou mesmo antes disso: “[...] o poder disciplinar sempre tende a intervir previamente, antes até do próprio ato, se possível, e isso por meio de um jogo de vigilância, de recompensas, de

⁸⁷ Segundo Foucault (1973-1974), mecanismos disciplinares existiram durante muito tempo no interior das relações de soberania, mas permaneceram em segundo plano e, ao longo dos séculos XVI e XVII foram se expandindo na sociedade, configurando o que Foucault chama de “sociedade disciplinar” e substituindo a antiga “sociedade de soberania”. Contudo, essa substituição não chega a operar uma erradicação completa dos mecanismos de soberania, colocando-os apenas em situação marginal e não mais central, tal qual acontecia anteriormente em relação ao poder disciplinar.

punições, de pressões, que são infrajudiciárias” (FOUCAULT, 1973-1974, p. 64). Dessa maneira, segundo Foucault, o objeto do poder disciplinar não é a falta ou o prejuízo, mas a virtualidade do comportamento: “Antes mesmo de o gesto ser feito, alguma coisa deve poder ser detectada, o poder disciplinar deve intervir [...]” (FOUCAULT, 1973-1974, p. 65). Foucault chama essa característica do poder disciplinar de “caráter panóptico”, em referência ao modelo arquitetônico inventado por Bentham em 1787 – amplamente utilizado nas prisões, mas não exclusividade delas – que colocava ao centro um prédio através do qual se obtinha visibilidade absoluta e constante da movimentação na instituição.⁸⁸

Contudo, essa vigilância constante não é totalmente eficaz, pois as disciplinas sempre produzem seus “resíduos”, isto é, aqueles que não podem ser capturados pelos mecanismos disciplinares. Quanto mais estreito e rigoroso o sistema disciplinar, maior o número de indivíduos não capturáveis pelo mesmo. Dessa forma, a disciplina militar produz a figura do desertor, a disciplina escolar produz a do débil mental, a disciplina policial constrói o personagem do delinquente. Foucault (1974-1974) percebe o doente mental como o “resíduo de todos os resíduos” (p. 67), pois ele é inassimilável por todas as disciplinas existentes em uma sociedade. A existência desses resíduos leva à criação de “sistemas disciplinares suplementares para poder recuperar esses indivíduos, e isto ao infinito” (FOUCAULT, 1973-1974, p. 67). Assim, os “resíduos” das disciplinas formam o campo dos anormais – isto é, daqueles que não se comportam conforme a norma – e das instituições a eles destinadas, apoiando-se no internamento – de forma genérica – como a principal estratégia utilizada para tentar solucionar esse impasse.

Não é difícil perceber a presença de mecanismos disciplinares no controle do uso de droga desde o início do século XX, principalmente nas primeiras décadas. Como se pôde ver nos dois primeiros capítulos, as estratégias de vigilância e punição estão presentes nos documentos produzidos tanto pelo poder judiciário como pelo poder psiquiátrico. A mecânica disciplinar aproxima essas duas esferas de poder de forma tão expressiva que, apesar de todo o esforço para diferenciar o tratamento da pena, a função da Psiquiatria e da Justiça, estes elementos se confundem e se combinam a todo tempo.⁸⁹

De acordo com Foucault, a função da avaliação psiquiátrica era, fundamentalmente, separar doentes e criminosos e dar o devido prosseguimento para cada caso: devolvê-lo para a

⁸⁸ O panoptismo é descrito em detalhes em FOUCAULT, Michel. (1975) *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 38. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

⁸⁹ De maneira geral, as instituições disciplinares se assemelham bastante entre si, seja a prisão e o hospital, ou a escola e o quartel. Sob a denominação de “instituição total”, Goffman (1961) soube captar a essência do funcionamento desse tipo de instituição e os fatores que as tornam tão parecidas.

justiça, caso se concluísse pela responsabilidade do criminoso, ou apossar-se do doente, caso se afirmasse a presença de uma enfermidade. Nas palavras de Foucault (1974-1975):

[...] o exame deve permitir, em todo caso deveria permitir, estabelecer a demarcação: uma demarcação dicotômica entre doença e responsabilidade, entre causalidade patológica e liberdade do sujeito jurídico, entre terapêutica e punição, entre medicina e penalidade, entre hospital e prisão. É necessário optar, porque a loucura apaga o crime, a loucura não pode ser o lugar do crime e, inversamente, o crime não pode ser, em si, um ato que se arraiga na loucura (p. 39).

Como ressalta Birman (1978), “o alienado e o criminoso deveriam ter destinos diversos, e serem submetidos a diferentes regimes de recuperação. Seriam regulados por duas diferentes instituições, o asilo e a prisão, e recuperados por dois métodos aparentemente excludentes” (p. 7). É o que Foucault (1974-1975) chama de “princípio da porta giratória”, isto é, “quando o patológico entra em cena, a criminalidade, nos termos da lei, deve desaparecer. A instituição médica, em caso de loucura, deve tomar o lugar da instituição judiciária” (p. 39-40).

Entretanto, a busca pela delimitação dessas fronteiras e o encaminhamento ao estabelecimento adequado não dizem de uma divergência fundamental entre esses dois regimes de verdade, mas uma espécie de “cumplicidade”, de um “continuum” (Foucault, 1974-1975). Quando Foucault (1974-1975) afirma, por exemplo, que os juízes costumavam encaminhar indivíduos para hospitais psiquiátricos apesar de terem efetivamente cometido um crime, isso se devia ao fato de que os dois estabelecimentos, prisional e psiquiátrico, não eram tão diferentes, e “no fim das contas, a chance de sair de um hospital psiquiátrico não é maior do que a de sair de uma prisão” (p. 40).

Após conquistar a competência para diagnosticar e tratar os alienados criminosos, a Psiquiatria passou a requerer a construção de espaços especiais para acolher estes indivíduos, pois se argumentava que não poderiam ser tratados em asilos ou prisões comuns. Para Birman (1978), não é possível encontrar razões teóricas ou terapêuticas para essa separação. Segundo o autor, as motivações seriam de ordem política, de segurança, de prevenção ao crime e de detector da verdade: razão política pelo incômodo gerado aos alienados comuns e seus familiares pelo convívio com esses indivíduos; de segurança, pois este grupo específico necessitava de um regime de vigilância e punição mais rigoroso do que o efetuado nos asilos comuns devido ao maior grau de periculosidade, além de poderem influenciar os alienados não-criminosos caso com eles convivessem; de prevenção ao crime, já que ao serem mantidos isolados não estariam cometendo delitos no espaço social; e, finalmente, de detector da verdade, pois nesse local especial se poderia identificar os casos de simulação, nos quais se alegava a presença de uma enfermidade mental para fugir à punição comum.

O tratamento do uso de droga, como questão compartilhada entre a Psiquiatria e a Justiça, não fugiu ao que havia sido instituído para os alienados criminosos, com a determinação da criação de estabelecimentos especiais para cumprir propósitos “médico-correcionais”, como nos diziam os documentos médicos e jurídicos do início do século XX. Isto é, para os toxicômanos também não bastava um estabelecimento terapêutico como os hospitais de alienados nem as prisões comuns. Era preciso um novo espaço onde ambos, tratamento e punição, estivessem garantidos, ao molde dos hospitais de custódia e tratamento.

Para Foucault (1974-1975), é a dimensão do perigo que justifica a circunscrição desses espaços com os dois polos, um terapêutico e um judiciário: eles se destinam para indivíduos, acima de tudo, perigosos, ou seja, “nem exatamente doente nem propriamente criminoso” (p. 43).⁹⁰ A contenção desses indivíduos parece seguir a lógica indicada por Castel (1987):

Mais vale de fato fazer demais que não o bastante, pois, se erro pode haver em neutralizar um indivíduo potencialmente perigoso, a prova não seria jamais feita, é sempre permitido pensar que ele poderia ter passado à ação se não tivesse sido impedido. Ao contrário, se não intervimos e a passagem à ação se verifica, o erro de diagnóstico torna-se manifesto e o psiquiatra é seu responsável (p. 127).

Dessa forma, o que caberia ao perito psiquiatra identificar é o grau de periculosidade do indivíduo, antes mesmo da sua enfermidade.

De modo que temos finalmente duas noções que se deparam e que vocês logo veem quão próximas e vizinhas são: a noção de “perversão”, de um lado, que permite costurar uma na outra a série de conceitos jurídicos; e de outro lado, a noção de “perigo”, de “indivíduo perigoso”, que permite justificar e fundar em teoria a existência de uma cadeia ininterrupta de instituições médico-judiciárias (FOUCAULT, 1974-1975, p. 43).

Essa articulação entre “perversão”, do lado da psicopatologia, e “perigo”, do lado da segurança pública, marcou toda a abordagem do uso de droga no Brasil desde a constituição desse campo enquanto “questão”, e explica sua submissão paralela aos dois regimes disciplinares, jurídico e médico. A associação às personalidades psicopáticas, a descrição do indivíduo toxicômano como aquele capaz de todo comportamento antissocial, a punição da “embriaguez escandalosa”, a internação involuntária, etc. Tanto no discurso jurídico quanto no discurso psiquiátrico, o significante central é sempre o “perigo”, de forma a convocar tanto o poder judiciário como o poder médico – dentre outros – para impedir a emergência desse risco.

⁹⁰ De forma geral, a periculosidade social sempre foi o fundamento para o isolamento, seja ele de criminosos ou alienados comuns. Birman (1978) afirma que “a necessidade do isolamento e suas formas era uma justificativa *a posteriori* para uma prática que se realizava em torno da ideia de periculosidade social” (p. 266), mostrando que a centralidade da questão é a periculosidade do agente, e não sua sintomatologia. Para o autor, a estratégia do isolamento fazia a Medicina mental funcionar como “estabilizadora das tensões sociais” (p. 268).

4.2.2 A lei e a norma

Sobre a articulação da disciplina com a lei, Foucault (1975-1976) afirma que, nas sociedades modernas do século XIX até os dias atuais, por um lado, tem-se a manutenção da soberania do corpo social através do direito público, e por outro uma trama de coerções disciplinares que garantem a coesão desse corpo, mas que não podem ser transcritas no direito. Ou seja, “um direito da soberania e uma mecânica da disciplina” (FOUCAULT, 1975-1976, p. 45). Assim, o poder se exerceria nas sociedades modernas a partir da articulação desses dois pontos diferentes. Essa articulação, contudo, não se configura como um sistema soberano explícito de direito e uma mecânica disciplinar obscura, um superficial, e outro profundo. Eles não se contrapõem. Ao contrário, eles formam um emaranhado e é por ele que produzem e intensificam seus efeitos de poder.

Foucault explica que as disciplinas têm seu discurso próprio, o qual não coincide com o discurso da lei. Dessa forma, ele afirma que, enquanto no discurso da lei se trata de regras, no discurso da disciplina, o que se produz não são regras, mas normas:

Elas [as disciplinas] definirão um código que será aquele, não da lei, mas da normalização, e elas se referirão necessariamente a um horizonte teórico que não será o edifício do direito, mas o campo das ciências humanas. E sua jurisprudência, para essas disciplinas, será a de um saber clínico (FOUCAULT, 1975-1976, p. 46).

Porém, apesar dessa clara distinção entre regra e norma, segundo os dois modelos de exercício de poder, Foucault (1975-1976) fala da invasão do direito pelo discurso disciplinar, da colonização dos procedimentos da lei pelos procedimentos de normalização. É o que ele denomina “sociedade de normalização”:

Quero dizer, mais precisamente, isto: eu creio que a normalização, as normalizações disciplinares, vêm cada vez mais esbarrar contra o sistema jurídico da soberania; cada vez mais nitidamente aparece a incompatibilidade de umas com o outro; cada vez mais é necessária uma espécie de discurso árbitro, uma espécie de poder e de saber que sua sacralização científica tornaria neutros. E é precisamente do lado da extensão da medicina que se vê de certo modo, não quero dizer combinar-se, mas reduzir-se, ou intercambiar-se, ou enfrentar-se perpetuamente a mecânica da disciplina e o princípio do direito. O desenvolvimento da medicina, a medicalização geral do comportamento, das condutas, dos discursos, dos desejos, etc., se dão na frente onde vêm encontrar-se os dois lençóis heterogêneos da disciplina e da soberania (FOUCAULT, 1975-1976, p. 46).

É, então, dentro desse processo que se pode pensar a entrada da Psiquiatria no discurso jurídico. A colonização dos documentos legislativos pelo discurso médico-psiquiátrico – que é o campo da norma e não mais da lei – e a constante referência ao papel do psiquiatra e de

suas atribuições sobre o controle do uso de droga se devem, nesse contexto que Foucault chama de “sociedade de normalização”, à eficácia atribuída ao poder normalizador operado pela Psiquiatria. Trata-se, no fundo, de um cálculo de eficácia, no qual a norma se mostrou mais interessante que a lei. E isso se deve principalmente à possibilidade de agir preventivamente, o que não é possível pela lei. A lei só pode intervir após a concretização de um ato ilícito, enquanto que, através da norma, é possível intervir na virtualidade do perigo. A transgressão da norma já é suficiente para a intervenção médica.

Não se trata, contudo, de uma oposição, mas de um bom uso de ambos, da lei produzida pela Justiça e da norma produzida pela Psiquiatria. A lei vem reafirmar a prescrição da norma médica, fazê-la operar em seu máximo. A crescente onda de internações compulsórias é um bom exemplo de como a lei pode reforçar a norma, pois ela garante sua aplicação. É assim que podemos afirmar a prevalência de estratégias no campo médico – baseadas nas normas construídas neste mesmo campo – no controle do uso de droga na contemporaneidade. A hipótese de que a Justiça se retirou gradualmente – da diminuição do rigor das penas à discussão atual sobre descriminalização – e a Psiquiatria passou a protagonizar, a ocupar o papel de principal saber-poder⁹¹ autorizado a tratar do uso de droga, ampara-se na verificação da ascensão da normalização como método mais eficaz de controle da população.

4.2.3 Do controle do indivíduo ao gerenciamento da população

Foucault identifica, no decorrer da segunda metade do século XVIII, o nascimento de um novo tipo de exercício do poder centrado na vida, o qual ele denomina biopoder. Foucault explica que o poder soberano detinha o direito sobre a vida na medida em que à ele era dado o direito de matar, ou seja, a ele cabia a decisão de “fazer morrer ou deixar viver”. Já nos séculos XVIII e XIX, com o nascimento do biopoder, tem-se uma inversão: trata-se de “fazer viver ou deixar morrer”. O exercício do poder passa a pesar do lado da vida, mais do que da morte.

⁹¹ Sobre a relação entre saber e poder, Foucault (1975) afirma que “o poder produz saber (e não simplesmente favorecendo-o porque o serve ou aplicando-o porque é útil); que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (p. 30).

Ora, agora que o poder é cada vez menos o direito de fazer morrer e cada vez mais o direito de intervir para fazer viver, e na maneira de viver, e no “como” da vida, a partir do momento em que, portanto, o poder intervém sobretudo nesse nível para aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências, daí por diante a morte, como termo da vida, é evidentemente o termo, o limite, a extremidade do poder (FOUCAULT, 1975-1976, p. 296).

Essa nova tecnologia de poder chamada biopolítica se diferencia em relação à disciplina: enquanto a disciplina, em sua ação individualizante, se dirige ao homem-corpo, a biopolítica se volta ao homem-espécie, fazendo o movimento inverso, não no sentido do indivíduo, mas da coletividade. Nas palavras de Foucault (1975-1976):

[...] a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos. E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. (p. 289).

A disciplina se dirigia diretamente ao indivíduo e seu corpo. A biopolítica se dirige a um novo personagem: a população. A população, nesse sentido, não é o conjunto de indivíduos, o corpo social ou a sociedade. Ela é, para Foucault (1975-1976), algo diferente: “corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente numerável” (p. 292). Consequentemente, o que interessa ao biopoder são os fenômenos tomados em sua dimensão coletiva. Ele atua não visando à modificação de um comportamento específico em um indivíduo igualmente singular, mas atingir toda essa “massa” através de mecanismos reguladores que garantam o equilíbrio desejado, não pelo um a um, mas por uma média.

Não se trata, por conseguinte, em absoluto, de considerar o indivíduo no nível do detalhe, mas, pelo contrário, mediante mecanismos globais, de agir de tal maneira que se obtenham estados globais de equilíbrio, de regularidade; em resumo, de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação (FOUCAULT, 1975-1976, p. 294).

Foucault (1977-1978) vê, então, a construção do que denomina “sociedade de segurança”, ou seja, aquela na qual mecanismos ou dispositivos de segurança, utilizados para gerir a população, figuram em primeiro plano. Como características fundamentais desse tipo de sociedade, com esse tipo específico de economia de poder, tem-se a população como alvo principal, a economia política como principal forma de saber e os dispositivos de segurança como instrumento técnico essencial. Nesse cenário, ao invés da ação direta sobre o corpo dos indivíduos, tal como na sociedade disciplinar, prevalecem os estudos sobre a regularidade dos acontecimentos, sua previsibilidade e os cálculos das maneiras mais eficazes de atingir um

determinado objetivo a partir desses dados. Enquanto a disciplina tenta controlar e regular tudo, o dispositivo de segurança escolhe o *laisse faire*, que permite certo “deixar fazer”. Comparando os três sistemas – lei, disciplina e segurança – em termos de permitido e proibido, temos que: para a lei, determina-se o que é proibido, e então todo o resto está permitido; para a disciplina, determina-se o que deve ser feito, prescreve-se, e todo o resto fica proibido; e para a segurança, não se trata nem de proibir nem de prescrever, mas de regulamentar, “dando-se, evidentemente alguns instrumentos de proibição e de prescrição, a segurança tem essencialmente por função responder a uma realidade de maneira que essa resposta anule essa realidade a que ela responde – anule, ou limite, ou freie, ou regule” (FOUCAULT, 1977-1978, p. 61). É pelo conhecimento da natureza, da lógica que rege a população, que se procura intervir indiretamente sobre ela: “[...] não se trata de obter a obediência dos súditos em relação à vontade do soberano, mas de atuar sobre coisas aparentemente distantes da população, mas que se sabe, por cálculo, análise e reflexão, que podem efetivamente atuar sobre a população” (FOUCAULT, 1977-1978, p. 94).

Os efeitos do biopoder, assim como do poder disciplinar, também são identificados no controle do uso de droga. A recriminação do comportamento como um dano à própria vida, a tomada da questão como “problema de saúde pública” – expressão repetida nos documentos analisados e no cotidiano da mídia – assim como a proteção da “saúde pública” como justificativa para a criminalização do uso de droga, refletem como tanto do lado da Justiça como do lado da Medicina (e das ciências da saúde de forma geral) o argumento do atentado contra a vida é a base da necessidade de intervenção. A partir do momento em que a vida da população – como força para a produção de riqueza – tornou-se o principal bem do Estado, e não mais seu território, não se pode permitir comportamentos que atentem contra ela. Nesse sentido, o uso de droga é condenado tanto por ser ele entendido como atentado à própria vida pelo simples consumo, ou como risco à sociedade, pela periculosidade que se presume nesses indivíduos. Ainda, além da centralidade da busca da defesa da vida, outros pontos apresentados nos dois primeiros capítulos mostram de que forma o controle próprio da biopolítica direciona a construção do saber e da prática sobre o uso de droga: tem-se a ampla produção de dados estatísticos que visam a conhecer melhor a natureza do fenômeno; a regulação do uso de drogas legais; a construção de políticas públicas; etc.

Entretanto, apesar da separação lógica aqui efetuada entre as três tecnologias de poder descritas por Foucault, ele mesmo ressalta que não se poderia pensar em três eras diferentes: da lei, da disciplina e da segurança. O que Foucault sugere é a predominância de um ou outro em determinado momento histórico, e não a vigência absoluta. Esses dispositivos de

segurança não prescindem dos mecanismos disciplinares, por exemplo. Não se trata da exclusão dessa tecnologia de poder pré-existente, mas de sua modificação e integração nesse novo sistema. Eles são utilizados e potencializados para fazer acontecer a segurança, pois, segundo Foucault (1977-1978):

[...] para de fato garantir essa segurança é preciso apelar, por exemplo, e é apenas um exemplo, para toda uma série de técnicas de vigilância, de vigilância dos indivíduos, de diagnóstico do que eles são, de classificação de sua estrutura mental, da sua patologia própria, etc., todo um conjunto disciplinar que viceja sob os mecanismos de segurança para fazê-los funcionar (p. 11).

Os mecanismos disciplinares e os mecanismos regulamentadores, característicos do biopoder, não se excluem. Pelo contrário, eles se articulam. Para Foucault isso é possível justamente porque eles não se encontram no mesmo nível: os mecanismos disciplinares atuam no corpo, e os regulamentares atuam na população, por isso podem não apenas co-existir mas também se articularem e se reforçarem mutuamente. Foucault (1975-1976) resume essa associação no trecho:

Temos portanto, desde o século XVIII (ou em todo caso desde o fim do século XVIII), duas tecnologias de poder que são introduzidas com certa defasagem cronológica e que são sobrepostas. Uma técnica que é, pois, disciplinar: é centrada no corpo, produz efeitos individualizantes, manipula o corpo como foco de forças que é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo tempo. E, de outro lado, temos uma tecnologia que, por sua vez, é centrada não no corpo, mas na vida; uma tecnologia que agrupa os efeitos de massas próprios de uma população, que procura controlar a série de eventos fortuitos que podem ocorrer numa massa viva; uma tecnologia que procura controlar (eventualmente modificar) a probabilidade desses eventos, em todo caso em compensar seus efeitos. É uma tecnologia que visa portanto não o treinamento individual, mas, pelo equilíbrio global, algo como uma homeostase: a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos (p. 297).

Nesse novo modelo de exercício do poder, observa-se o papel fundamental ocupado pela Medicina, através da higiene pública, e a organização da sociedade de forma a construir um aparato institucional que garanta as ações necessárias no campo da vida – tais como a assistência médica, a seguridade social e as campanhas de controle de natalidade e morbidade, dentre outras. A Medicina tratava de resolver as mazelas oriundas das péssimas condições de trabalho da sociedade industrial, e, assim, transformava-se em um saber necessário ao progresso industrial (BIRMAN, 1978).

Para Foucault (1975-1976) é a Medicina que faz a ponte entre o indivíduo e a população: “a medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (p. 302).

A norma é, então, o elemento que circula entre o poder disciplinar e o regulamentador, aplicando-se tanto no indivíduo quanto à população. Por essa razão, por essa propriedade da

norma de atuar na disciplina e na regulamentação, Foucault (1975-1976) afirma que a sociedade de normalização, descrita anteriormente, não é simplesmente uma “sociedade disciplinar generalizada”, tomada pelas instituições disciplinares, mas “uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação” (p. 302). Dessa maneira, podemos entender como a norma produzida pela Psiquiatria age nesses dois planos: pela higiene moral e pelo tratamento moral. Segundo Birman (1978), “no primeiro nível o seu objeto de preocupação era o grupo, a Sociedade global com suas leis, regimes e instituições civis, e no outro visava cada paciente na sua anomalia, procurando recuperá-lo do seu mundo ilusório” (p. 257).

Castel (1987) sublinha como as políticas preventivas se transformam com o aparecimento dessas novas táticas, diferenciando-se em relação à prevenção realizada no modelo exclusivamente disciplinar. Neste, a prevenção se dava pela vigilância constante de uma instância controladora, que antecipava e coibia a emergência de atos indesejados. Pela biopolítica, age-se menos sobre o corpo concreto e mais sobre um combinatório de fatores, de correlações estatísticas. Assim, “trata-se menos de afrontar uma situação já perigosa do que de antecipar todas as figuras possíveis da irrupção do perigo. E, o que marca assim em oco o lugar de perigo é uma distância avaliável em relação às normas médias” (CASTEL, 1987, p. 126). Para o autor, não é mais sobre um indivíduo que se realiza a intervenção, mas sobre uma “população de riscos” (p. 130). Ainda, o autor coloca como condição de possibilidade dessa mudança o desaparecimento da noção de pessoa, operado pelo objetivismo médico, que dissolve o indivíduo – processo paradoxal pela própria etimologia da palavra – em elementos, partes, de forma a torná-lo cientificamente instrumentalizável.

Foucault se pergunta como, nessa nova tecnologia de poder, na qual a vida é objeto e objetivo, se exerce o poder da morte. Para ele, a resposta para essa pergunta encontra-se no racismo. O racismo – que não é invenção do biopoder, mas que é transformado por ele – é a condição do exercício do velho direito soberano de matar. Ele entra como o corte que vai separar a população entre aqueles que devem viver ou morrer. Dessa forma, é possível promover uma divisão do conjunto homem-espécie, da população, e fazer cesuras no interior desse corpo. Esse corte se fundamenta no domínio biológico, sob o argumento da preservação da espécie. A morte, nesse caso, é o meio pelo qual se elimina o risco que acomete uma espécie ou uma raça. O que se busca preservar, então, nesse novo modelo de exercício do poder, não é a vida individual, mas a vida da espécie, que deve ser aprimorada, tornada mais sadia e pura através da morte do outro – o outro, a raça ruim, inferior, o degenerado, o anormal, etc.

Em outras palavras, tirar a vida, o imperativo da morte, só é admissível, no sistema de biopoder, se tende não à vitória sobre os adversários políticos, mas à eliminação do perigo biológico e ao fortalecimento, diretamente ligado a essa eliminação, da própria espécie ou da raça. A raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização (FOUCAULT, 1975-1976, p. 306).

Nesse sentido, Foucault entende por morte muito mais do que o extermínio direto da vida, incluindo também toda forma indireta de assassinio, como “o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc.” (FOUCAULT, 1975-1976, p. 306).

Dessa maneira, pode-se pensar como, ao ser concebido como um risco para si e para a sociedade – inclusive pela suposta transmissão hereditária das toxicomanias – o usuário de droga passa a ser “indesejável” e “deixado morrer”, seja a morte real ou simbólica, pela violência policial, pela falta de assistência, pela discriminação, pela exclusão, pela internação compulsória, etc. É o usuário de droga, na medida em que encarna o personagem do anormal, um tipo de anormal “privilegiado” na contemporaneidade, que se torna alvo desse tipo de racismo.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que Justiça e Psiquiatria, cada campo com suas particularidades, se articulam de modo a potencializar o controle sobre o uso de droga, desde o começo do século XX até os dias atuais, ressaltando a variação na dinâmica dessa parceria ao longo do tempo, em virtude da variação do próprio contexto histórico em cada período.

Essas duas instituições se aproximam em muitos aspectos, o que concluímos ser devido ao caráter disciplinar de ambas. Por isso, punição e tratamento, internação e prisão, misturam-se e confundem-se, tanto no plano teórico quanto no plano prático. Assim, vemos estratégias médicas e jurídicas se alternarem sem, de fato, promoverem uma ruptura significativa entre si.

Contudo, apesar da aproximação entre elas, podemos perceber que a Psiquiatria vem se configurando progressivamente como instituição autorizada e encarregada dessa questão, tomada quase em consenso como “questão de saúde”, e não mais como “caso de polícia”. Acreditamos que essa passagem está relacionada ao fato de que, no campo da Psiquiatria, por utilizar-se de normas e não de leis, duas vantagens se colocam. A primeira é a dupla direção da aplicação da norma: no indivíduo e na população. Dessa maneira, a Psiquiatria age como poder disciplinar e como biopoder, sobre o corpo do indivíduo e sobre sua coletividade. A segunda vantagem é a possibilidade de intervir sobre a periculosidade virtual, preventivamente, antes de sua emergência, enquanto a lei só pode intervir sobre a periculosidade após sua manifestação concreta.

A partir da construção do anormal e do momento em que a Psiquiatria se constituiu como tecnologia da anomalia, ocupando-se dos pequenos desvios em relação à norma, sua ingerência aumentou exponencialmente, possibilitando sua intervenção em um terreno que não era mais da doença, mas da anomalia. A psiquiatrização do uso de droga – parte do processo mais amplo de medicalização da sociedade – é efeito dessa operação.

O crime-loucura do usuário de droga é sua não-submissão ao mundo das normas: psiquiátricas, sociais, culturais, familiares, etc. Não é de se espantar que esse personagem seja visto como o grande problema da atualidade, o novo “exótico”. Ainda não se sabe o que fazer com ele, como fazê-lo caber nas normas. E, como conclusão lógica, sabemos que, quanto mais normas, maior o conjunto dos “anormais”.

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, cujos objetivos em seus primórdios extrapolavam a simples inserção do louco na sociedade, visando à modificação da própria

sociedade e sua relação com a loucura – ou seja, o questionamento das normas instituídas – parece estar estagnado na normalização do louco, em sua adequação à cultura, à civilização, amparada principalmente na contenção medicamentosa. Enquanto isso, para o tratamento do usuário de droga ainda não há terapêuticas eficazes, medicamentosas ou não. E é aí que o isolamento, a exclusão, a internação, passam a ser a principal alternativa para conter a periculosidade presumida nesses indivíduos, tal como se efetuou em outro momento na história da loucura.

O “drogado” contemporâneo é efeito de um modelo de sociedade que vai além da normalização do comportamento e ambiciona normalizar o desejo e o gozo. E, nesse cenário, o toxicômano resiste.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, Nilo. Algumas palavras sobre descriminalização. *Revista de Direito Penal*, São Paulo, nº 13/14, p. 28-40, 1974.
- BATISTA, Nilo. 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 Malaguti. O Tribunal de Drogas e o Tigre de Papel. *Revista de Estudos Criminais*, Porto Alegre, Notadez/!TEC, ano 1, n. 4, 2001.
- 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.
- BIRMAN, Joel. *A Psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. 453 p.
- BIRMAN, Joel. *Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- 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, 1986.
- CANGUILHEM, Georges. (1943). *O normal e o patológico*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- CARVALHO, Salo de. *A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático*. 4. Ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.
- CASTEL, Robert. *A gestão dos riscos: da antisiquiatria à pós-psicanálise*. Tradução de Celina Luz. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987. 198p.
- CORTINA DE FUMAÇA. Direção e produção de Rodrigo Mac Niven. Brasil: J. R. Mac Niven Produções e TVa2 Produções, 2010. (88 min)
- 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*. Tradução de Teresa Ottoni. Rio de Janeiro: Revan, 1990.
- DEL OLMO, Rosa. Las drogas y sus discursos. In: PIERANGELI, José Henrique. *Direito Criminal*. Belo Horizonte: Del Rey, 2003. p. 116-145

DICIONÁRIO Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa. (v.1.0) Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

FACCHINETTI, Cristiana; CUPELO, Priscila; EVANGELISTA, Danielle Ferreira. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: uma fonte com muita história. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 17, supl. 2, p. 527-535, 2010.

IORE, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique. (Org.) *Álcool e drogas na história do Brasil*. São Paulo: Alameda; 2005. p. 257-290

IORE, 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

IORE, Maurício. *Uso de “drogas”*: controvérsias médicas e debate público. Campinas: Mercado de Letras, 2006.

FOUCAULT, Michel. (1975) *Vigiar e punir*: nascimento da prisão. 38. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999. 382 p.

FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*: curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006. 511 p.

FOUCAULT, Michel. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001. 479 p.

FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território e População*: curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008. 572 p.

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. (Org.) *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, jul./set. 2007, p. 801-821.

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.

TEDESCO, Silvia; MATTOS, Hércio. Experiência das Drogas e sua Criminalização. In: MENEGAT, Marildo; NERI, Regina. (Org.) *Criminologia e Subjetividade*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005, p. 135 – 148

UCHÔA, Darci de Mendonça. *Organização da Psiquiatria no Brasil*. São Paulo, SARVIER, 1981.

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.

ZORZANELLI, Rafaela. *Debates em torno do DSM-5: Transtorno mental, psiquiatria e sociedade*. Rio de Janeiro, 30 nov. 2012. Palestra de abertura do seminário.

Fontes primárias – capítulo 1:

ANVISA. Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº101, de 30 de maio de 2001, Brasília, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. 140 p.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 162, de 1991. Aprova o texto da Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas, aprovada em Viena, em 20 de Dezembro de 1988.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 5, de 1964. Aprova a Convenção Única sobre entorpecentes, assinada em Nova York, a 30 de março de 1961.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 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.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 90, de 1972. Aprova o texto da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, assinada em 21 de fevereiro de 1971 pelo Brasil.

BRASIL. Decreto nº 11.481, de 10 de fevereiro de 1915. Promulga a Convenção Internacional do Ópio e o respectivo protocolo de encarceramento, assinados na Haia, a 23 de janeiro de 1912.

BRASIL. Decreto nº 113, de 13 de outubro de 1934. Promulga a Convenção para limitar a fabricação e regulamentar a distribuição dos estupefacientes e o respectivo Protocolo de assinatura, firmados em Genebra, a 13 de julho de 1931.

BRASIL. Decreto nº 154, de 26 de junho de 1991. Promulga a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas.

BRASIL. Decreto nº 2.632, de 19 de junho de 1998. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 2.994, de 17 de agosto de 1938. Promulga a Convenção para a repressão do tráfico ilícito das drogas nocivas, Protocolo de Assinatura e Ato final, firmado entre o Brasil e diversos países, em Genebra, a 26 de junho de 1936, por ocasião da Conferência para a repressão do tráfico ilícito das drogas nocivas.

BRASIL. Decreto nº 22.950, de 18 de julho de 1933. Promulga a Convenção Internacional do Ópio, firmada em Genebra, a 19 de fevereiro de 1925.

BRASIL. Decreto nº 3.696, de 21 de dezembro de 2000. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 4.513, de 13 de dezembro de 2002. Altera os arts. 3º, 4º e 6º do Decreto nº 3.696, de 21 de dezembro de 2000, que dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas.

BRASIL. Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 54.216, de 27 de agosto de 1964. Promulga a Convenção Única sobre Entorpecentes.

BRASIL. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011. Dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União.

BRASIL. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Altera o Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

BRASIL. Decreto nº 85.110, de 02 de setembro de 1980. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 14.969, de 03 de setembro de 1921. Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos.

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 Conferência Internacional de Ópio, realizada em I de Dezembro de 1911 em Haia.

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 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 substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários.

BRASIL. Decreto nº 76.248, de 12 de setembro de 1975. Promulga o Protocolo de Emendas à Convenção Única sobre Entorpecentes, 1961.

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.

BRASIL. Decreto nº 79.388, de 14 de março de 1977. Promulga a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas.

BRASIL. Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890. Promulga o Código Penal.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Promulga o Código Penal.

BRASIL. Decreto-lei nº 385, de 26 de dezembro de 1968. Dá nova redação ao artigo 281 do Código Penal.

BRASIL. Decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes.

BRASIL. Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 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.

BRASIL. Lei nº 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.

BRASIL. Lei nº 8.764, de 20 de dezembro de 1993. Cria a Secretaria Nacional de Entorpecentes e dá outras providências.

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.

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.

BRASIL. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências.

BRASIL. Medida Provisória nº 2.225-45, de 04 de setembro de 2001. Altera as Leis nos 6.368, de 21 de outubro de 1976, 8.112, de 11 de dezembro de 1990, 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.525, de 3 de dezembro de 1997, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Justiça. Programa de Ação Nacional Antidrogas. 1996. 25 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2007-2010 - Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

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.

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, 2004.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 10, de 31 de março de 2004.

BRASIL. Projeto de Lei do Senado nº 236, de 2012. Reforma do Código Penal Brasileiro.

BRASIL. Resolução nº 1 - CONAD, de 6 de outubro de 2003. Estabelece orientações estratégicas e diretrizes para o Sistema Nacional Antidrogas.

BRASIL. Resolução nº 3 GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas.

Fontes primárias – capítulo 2:

ALCÂNTARA, Hermes Rodrigues de. *Perícia Médica Judicial*. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1983.

ALMEIDA JÚNIOR, Antônio. *Lições de Medicina Legal*. 11. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1973.

ALMEIDA JÚNIOR, Antônio. *Lições de Medicina Legal*. 12. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1974.

ALMEIDA JÚNIOR, Antônio. *Lições de Medicina Legal*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Nacional de Direito, 1956.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1952.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2. ed. 1968.

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

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

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. ed. 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. ed. rev. 2000.

ARBENZ, Guilherme Oswaldo. *Compêndio de Medicina Legal*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1983.

ARCHIVOS BRASILEIROS DE PSYCHIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. E Encad. Do Hospicio Nacional de Alienados, ano V, n. 1-2, 1909.

ARCHIVOS BRASILEIROS DE PSYCHIATRIA, NEUROLOGIA E SCIENCIAS AFFINS. Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. E Encad. Do Hospicio Nacional de Alienados, ano I, n. 2, 1905.

ARCHIVOS BRASILEIROS DE PSYCHIATRIA, NEUROLOGIA E SCIENCIAS AFFINS. Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. E Encad. Do Hospicio Nacional de Alienados, ano III, n. 3-4, 1907.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE NEURIATRIA E PSIQUIATRIA. Rio de Janeiro, ano VI, n. 1-4, 1924.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE NEURIATRIA E PSIQUIATRIA. Rio de Janeiro, ano XI-XII, n. 1-3, 1929.

CROCE, Delton; CROCE JUNIOR, Delton. *Manual de Medicina Legal*. 2 ed. atual. São Paulo: Saraiva, 1995.

EY, Henry; BERNARD, Paul; BRISSET, Charles. *Manual de psiquiatria*. 5. ed. São Paulo: Masson/Atheneu, [197?].

FÁVERO, Flamínio. *Medicina Legal*. 10. ed. Rio de Janeiro: Martins Editora, 1975.

FÁVERO, Flamínio. *Medicina Legal*. 3. ed. Rio de Janeiro: Martins Editora, 1945.

FÁVERO, Flamínio. *Medicina Legal*. 5. ed. Rio de Janeiro: Martins Editora, 1954.

FÁVERO, Flamínio. *Medicina Legal*. 6. ed. Rio de Janeiro: Martins Editora, 1958.

FÁVERO, Flamínio. *Medicina Legal*. 7. ed. Rio de Janeiro: Martins Editora, 1962.

FÁVERO, Flamínio. *Medicina Legal*. 8. ed. Rio de Janeiro: Martins Editora, 1966.

FLAHERTY, Robert A. Channon; DAVIS, John M. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

FRANÇA, Genival Veloso de. *Medicina Legal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977.

FRANÇA, Genival Veloso de. *Medicina Legal*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

GARCIA, José Alves. *Compendio de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: A casa do livro ltda., 1942.

GARCIA, José Alves. *Psicopatologia Forense*. 2. ed. Rio de Janeiro: Irmãos Pongetti, 1958.

GARCIA, José Alves. *Psicopatologia Forense*. 3. ed. atual. Rio de Janeiro: Forense, 1979.

GOMES, Hélio. *Medicina Legal*. 3. ed. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos, 1953.

HALES, Robert E; YUDOFISKY, Stuart C. *Tratado de psiquiatria clínica*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamin J. *Compêndio de psiquiatria*. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamin J. *Manual de Psiquiatria Clínica*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1992.

KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamin J; GREBB, Jack A. *Compêndio de psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KOLB, Lawrence C. *Psiquiatria Clínica*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1976.

MAYER-GROSS, Wilhelm; SLATER, Eliot; ROTH, Martin. *Psiquiatria Clínica*. São Paulo: Mestre Jou, 1972.

NETO, Mario Rodrigues Louzã; ELKIS, Hélio. *Psiquiatria básica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NOBRE DE MELO, Augusto Luiz. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

PATARO, Osvaldo. *Medicina legal e prática forense*. São Paulo: Saraiva, 1976.

PEIXOTO, Afrânio. *Psico-patologia forense*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1916.

ROXO, Henrique. *Modernas Noções sobre Doenças Mentaes*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1924.

ROXO, Henrique. *Tratamento dos Nervosos e Psychopathas*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1934.

ROXO, Henrique; et al. *Novidades em doenças mentaes*. Rio de Janeiro: Atlântida, 1934.

SALZANO, Francisco Mauro. *A genética e a lei: aplicações à medicina legal e à biologia social*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1983.

SILVA, Mario Pereira da. *Medicina Legal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editado pelo autor, 1975.

SPOERRI, Theodor. *Compêndio de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1972.

TABORDA, José G. V.; CHALUB, Miguel; ABDALLA-FILHO, Elias. (Orgs.) *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TALBOTT, John A; HALES, Robert E; YUDOFISKY, Stuart C. *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRINDADE, Jorge. *Manual de Psicologia Jurídica para operadores do Direito*. 3. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009

USDIN, Gene; LEWIS, Jerry M. *Psiquiatria na Prática Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, Paulo. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

CANGUILHEM, Georges. (1943). *O normal e o patológico*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

ESCOHOTADO, Antonio. *Historia general de las drogas*. 7. ed. rev. ampl. Madrid: Alianza, 1998.

FOUCAULT, Michel. (1963) *O nascimento da clínica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ANEXO A – O uso de droga nos DSM**DSM I****PERSONALITY DISORDERS**

000-x40 Personality pattern disturbance
 000-x41 Inadequate personality
 000-x42 Schizoid personality
 000-x43 Cyclothymic personality
 000-x44 Paranoid personality

000-x50 Personality trait disturbance
 000-x51 Emotionally unstable personality
 000-x52 Passive-aggressive personality
 000-x53 Compulsive personality
 000-x5y Personality trait disturbance, other

000-x60 Sociopathic personality disturbance
 000-x61 Antisocial reaction
 000-x62 Dyssocial reaction
 000-x63 Sexual deviation. Specify Supplementary Term
 000-x64 Addiction
 000-x641 Alcoholism
 000-x642 Drug addiction

000-x70 Special symptom reactions
 000-x71 Learning disturbance
 000-x72 Speech disturbance
 000-x73 Enuresis
 000-x74 Somnambulism
 000-x7y Other

DSM II**PERSONALITY DISORDERS AND CERTAIN OTHER NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS**

301 Personality disorders
 .0 Paranoid personality
 .1 Cyclothymic personality (Affective personality)
 .2 Schizoid personality
 .3 Explosive personality
 .4 Obsessive compulsive personality (Anankastic personality)
 .5 Hysterical personality
 .6 Asthenic personality
 .7 Antisocial personality
 .81 Passive-aggressive personality
 .82 Inadequate personality
 .89 Other personality disorders of specified types

[.9 Unspecified personality disorder]

302 Sexual deviations

- .0 Homosexuality
- .1 Fetishism
- .2 Pedophilia
- .3 Transvestitism
- .4 Exhibitionism
- .5 Voyeurism
- .6 Sadism
- .7 Masochism
- .8 Other sexual deviation
- [.9 Unspecified sexual deviation]

303 Alcoholism

- .0 Episodic excessive drinking
- .1 Habitual excessive drinking
- .2 Alcohol addiction
- .9 Other [and unspecified] alcoholism

304 Drug dependence

- .0 Drug dependence, opium, opium alkaloids and their derivatives
- .1 Drug dependence, synthetic analgesics with morphine-like effects
- .2 Drug dependence, barbiturates
- .3 Drug dependence, other hypnotics and sedatives or “tranquilizers”
- .4 Drug dependence, cocaine
- .5 Drug dependence, Cannabis sativa (hashish, marihuana)
- .6 Drug dependence, other psycho-stimulants
- .7 Drug dependence, hallucinogens
- .8 Other drug dependence
- [.9 Unspecified drug dependence]

DSM – III

SUBSTANCE USE DISORDERS

Code in fifth digit: 1 = continuous, 2 = episodic, 3 = in remission, 0 =unspecified.

- 305.0x Alcohol abuse,
- 303.9x Alcohol dependence (Alcoholism),
- 305.4x Barbiturate or similarly acting sedative or hypnotic abuse,
- 304.1x Barbiturate or similarly acting sedative or hypnotic dependence,
- 305.5x Opioid abuse,
- 304.0x Opioid dependence,
- 305.6x Cocaine abuse,
- 305.7x Amphetamine or similarly acting sympathomimetic abuse,
- 304.4x Amphetamine or similarly acting sympathomimetic dependence,
- 305.9x Phencyclidine (PCP) or similarly acting arylcyclohexylamine abuse,
- 305.3x Hallucinogen abuse,
- 305.2x Cannabis abuse,
- 304.3x Cannabis dependence,

- 305.1x Tobacco dependence,
- 305.9x Other, mixed or unspecified substance abuse,
- 304.6x Other specified substance dependence,
- 304.9x Unspecified substance dependence,
- 304.7x Dependence on combination of opioid and other nonalcoholic substance,
- 304.8x Dependence on combination of substances, excluding opioids and alcohol.

DSM – III – R

PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE DISORDERS

Alcohol

- 303.90 dependence
- 305.00 abuse

Amphetamine or similarly acting sympathomimetic

- 304.40 dependence
- 305.70 abuse

Cannabis

- 304.30 dependence
- 305.20 abuse

Cocaine

- 304.20 dependence
- 305.60 abuse

Hallucinogen

- 304.50 dependence
- 305.30 abuse

Inhalant

- 304.60 dependence
- 305.90 abuse

Nicotine

- 305.10 dependence

Opioid

- 304.00 dependence
- 305.50 abuse

Phencyclidine (PCP) or similarly acting arylcyclohexylamine

- 304.50 dependence
- 305.90 abuse

Sedative, hypnotic, or anxiolytic

- 304.10 dependence
- 305.40 abuse

304.90 Polysubstance dependence

304.90 Psychoactive substance dependence NOS

305.90 Psychoactive substance abuse NOS

DSM – IV

SUBSTANCE-RELATED DISORDERS

The following specifiers may be applied to Substance Dependence:

With Physiological Dependence/Without Physiological Dependence

Early Full Remission/ Early Partial Remission

Sustained Full Remission/Sustained Partial Remission
On Agonist Therapy/In a Controlled Environment

The following specifiers apply to Substance-Induced Disorders as noted:
With Onset During Intoxication/With Onset During Withdrawal

ALCOHOL-RELATED DISORDERS

Alcohol Use Disorders

303.90 Alcohol Dependence

305.00 Alcohol Abuse

Alcohol-Induced Disorders

303.00 Alcohol Intoxication

291.8 Alcohol Withdrawal

Specify if With Perceptual Disturbances

291.0 Alcohol Intoxication Delirium

291.0 Alcohol Withdrawal Delirium

291.2 Alcohol-Induced Persisting Dementia

291.1 Alcohol-Induced Persisting Amnestic Disorder

291.x Alcohol-Induced Psychotic Disorder

.5 With Delusions

.3 With Hallucinations

291.8 Alcohol-Induced Mood Disorder

291.8 Alcohol-Induced Anxiety Disorder

291.8 Alcohol-Induced Sexual Dysfunction

291.8 Alcohol-Induced Sleep Disorder

291.9 Alcohol-Related Disorder NOS

AMPHETAMINE (OR AMPHETAMINELIKE)-RELATED DISORDERS

Amphetamine Use Disorders

304.40 Amphetamine Dependence

305.70 Amphetamine Abuse

Amphetamine-Induced Disorders

292.89 Amphetamine Intoxication

Specify if With Perceptual Disturbances

292.0 Amphetamine Withdrawal

292.81 Amphetamine Intoxication Delirium

292.xx Amphetamine-Induced Psychotic Disorder

.11 With Delusions

.12 With Hallucinations

292.84 Amphetamine-Induced Mood Disorder

292.89 Amphetamine-Induced Anxiety Disorder

292.89 Amphetamine-Induced Sexual Dysfunction

292.89 Amphetamine-Induced Sleep Disorder

292.9 Amphetamine-Related Disorder NOS

CAFFEINE-RELATED DISORDERS

Caffeine-Induced Disorders

305.90 Caffeine Intoxication

292.89 Caffeine-Induced Anxiety Disorder

292.89 Caffeine-Induced Sleep Disorder

292.9 Caffeine-Related Disorder NOS

CANNABIS-RELATED DISORDERS

Cannabis Use Disorders

304.30 Cannabis Dependence

305.20 Cannabis Abuse

Cannabis-Induced Disorders

292.89 Cannabis Intoxication

Specify if With Perceptual Disturbances

292.81 Cannabis Intoxication Delirium

292.xx Cannabis-Induced Psychotic Disorder

.11 With Delusions

.12 With Hallucinations

292.89 Cannabis-Induced Anxiety Disorder

292.9 Cannabis-Related Disorder NOS

COCAINE-RELATED DISORDERS

Cocaine Use Disorders

304.20 Cocaine Dependence

305.60 Cocaine Abuse

Cocaine-Induced Disorders

292.89 Cocaine Intoxication

Specify if With Perceptual Disturbances

292.0 Cocaine Withdrawal

292.81 Cocaine Intoxication Delirium

292.xx Cocaine-Induced Psychotic Disorder

.11 With Delusions

.12 With Hallucinations

292.84 Cocaine-Induced Mood Disorder

292.89 Cocaine-Induced Anxiety Disorder

292.89 Cocaine-Induced Sexual Dysfunction

292.89 Cocaine-Induced Sleep Disorder

292.9 Cocaine-Related Disorder NOS

HALLUCINOGEN-RELATED DISORDERS

Hallucinogen Use Disorders

304.50 Hallucinogen Dependence

305.30 Hallucinogen Abuse

Hallucinogen-Induced Disorders

292.89 Hallucinogen Intoxication

292.89 Hallucinogen Persisting Perception Disorder (Flashbacks)

292.81 Hallucinogen Intoxication Delirium

292.xx Hallucinogen-Induced Psychotic Disorder

.11 With Delusions

.12 With Hallucinations

292.84 Hallucinogen-Induced Mood Disorder

292.89 Hallucinogen-Induced Anxiety Disorder

292.9 Hallucinogen-Related Disorder NOS

INHALANT-RELATED DISORDERS

Inhalant Use Disorders

304.60 Inhalant Dependence
 305.90 Inhalant Abuse
 Inhalant-Induced Disorders
 292.89 Inhalant Intoxication
 292.81 Inhalant Intoxication Delirium
 292.82 Inhalant-Induced Persisting Dementia
 292.xx Inhalant –Induced Psychotic Disorder
 .11 With Delusions
 .12 With Hallucinations
 292.84 Inhalant-Induced Mood Disorder
 292.89 Inhalant-Induced Anxiety Disorder
 292.9 Inhalant-Related Disorder NOS

NICOTINE-RELATED DISORDERS

 Nicotine Use Disorder
 305.10 Nicotine Dependence
 Nicotine-Induced Disorder
 292.0 Nicotine Withdrawal
 292.9 Nicotine-Related Disorder NOS

OPIOID-RELATED DISORDERS

 Opioid Use Disorders
 304.00 Opioid Dependence
 305.50 Opioid Abuse
 Opioid-Induced Disorders
 292.89 Opioid Intoxication
 Specify if With Perceptual Disturbances
 292.0 Opioid Withdrawal
 292.81 Opioid Intoxication Delirium
 292.xx Opioid-Induced Psychotic Disorder
 .11 With Delusions
 .12 With Hallucinations
 292.84 Opioid-Induced Mood Disorder
 292.89 Opioid-Induced Sexual Dysfunction
 292.89 Opioid-Induced Sleep Disorder
 292.9 Opioid-Related Disorder NOS

PHENCYCLIDINE (OR PHENCYCLIDINE-LIKE)RELATED DISORDERS

 Phencyclidine Use Disorders
 304.90 Phencyclidine Dependence
 305.90 Phencyclidine Abuse
 Phencyclidine-Induced Disorders
 292.89 Phencyclidine Intoxication
 Specify if With Perceptual Disturbances
 292.81 Phencyclidine Intoxication Delirium
 292.xx Phencyclidine-Induced Psychotic Disorder
 .11 With Delusions
 .12 With Hallucinations
 292.84 Phencyclidine-Induced Mood Disorder
 292.89 Phencyclidine-Induced Anxiety Disorder

292.9 Phencyclidine-Related Disorder NOS

SEDATIVE-, HYPNOTIC-, OR ANXIOLYTIC-RELATED DISORDERS

Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Use Disorders

304.10 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Dependence

305.40 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Abuse

Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Disorders

292.89 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Intoxication

292.0 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Withdrawal

Specify if With Perceptual Disturbances

292.81 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Intoxication Delirium

292.81 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Withdrawal Delirium

292.82 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Persisting Dementia

292.83 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Persisting Amnestic Disorder

292.xx Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Psychotic Disorder

.11 With Delusions

.12 With Hallucinations

292.84 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Mood Disorder

292.89 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Anxiety Disorder

292.89 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Sexual Dysfunction

292.89 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Sleep Disorder

292.9 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Related Disorder NOS

POLYSUBSTANCE-RELATED DISORDER

304.80 Polysubstance Dependence

OTHER (OR UNKNOWN) SUBSTANCE-RELATED DISORDERS

Other (or Unknown) Substance Use Disorders

304.90 Other (or Unknown) Substance Dependence

305.90 Other (or Unknown) Substance Abuse

Other (or Unknown) Substance Induced Disorders

292.89 Other (or Unknown) Substance Intoxication

Specify if With Perceptual Disturbances

292.0 Other (or Unknown) Substance Withdrawal

Specify if With Perceptual Disturbances

292.81 Other (or Unknown) Substance Induced Delirium

292.82 Other (or Unknown) Substance-Induced Persisting Dementia

292.83 Other (or Unknown) Substance-Induced Persisting Amnestic Disorder

292.xx Other (or Unknown) Substance-Induced Psychotic Disorder

.11 With Delusions

.12 With Hallucinations

292.84 Other (or Unknown) Substance Induced Mood Disorder

292.89 Other (or Unknown) Substance-Induced Anxiety Disorder

292.89 Other (or Unknown) Substance- Induced Sexual Dysfunction

292.89 Other (or Unknown) Substance Induced Sleep Disorder

292.9 Other (or Unknown) Substance Related Disorder NOS

DSM – IV – TR

Nessa edição do manual, manteve-se a classificação do DSM – IV.

DSM – V*

Substance Use and Addictive Disorders

R 00-04 Alcohol-Related Disorders

R 00 Alcohol Use Disorder

R 01 Alcohol Intoxication

R 03 Alcohol Withdrawal

R 04 Alcohol-Induced Disorder Not Elsewhere Classified

R 05-07 Caffeine-Related Disorders

R 05 Caffeine Intoxication

R 06 Caffeine Withdrawal

R 07 Caffeine-Induced Disorder Not Elsewhere Classified

R 08-11 Cannabis-Related Disorders

R 08 Cannabis Use Disorder

R 09 Cannabis Intoxication

R 10 Cannabis Withdrawal

R 11 Cannabis-Induced Disorder Not Elsewhere Classified

R 12-15 Hallucinogen-Related Disorders

R 12 Hallucinogen Use Disorder

R 13 Hallucinogen Intoxication

R 14 Hallucinogen Persisting Perception Disorder

R 15 Hallucinogen-Induced Disorder Not Elsewhere Classified

R 16-18 Inhalant-Related Disorders

R 16 Inhalant Use Disorder

R 17 Inhalant Intoxication

R 18 Inhalant-Induced Disorder Not Elsewhere Classified

R 19-22 Opioid-Related Disorders

R 19 Opioid Use Disorder

R 20 Opioid Intoxication

R 21 Opioid Withdrawal

R 22 Opioid-Induced Disorder Not Elsewhere Classified

R 23-26 Sedative/Hypnotic-Related Disorders

R 23 Sedative/Hypnotic Use Disorder

R 24 Sedative/Hypnotic Intoxication

R 25 Sedative/Hypnotic Withdrawal

R 26 Sedative/Hypnotic-Induced Disorder Not Elsewhere Classified

R 27-30 Stimulant-Related Disorders

R 27 Stimulant Use Disorder

R 28 Stimulant Intoxication

R 29 Stimulant Withdrawal

R 30 Stimulant-Induced Disorders Not Elsewhere Classified

R 31-32 Tobacco-Related Disorders

R 31 Tobacco Use Disorder

R 32 Tobacco Withdrawal

R 33-36 Unknown Substance Disorders

R 33 Unknown Substance Use Disorder

R 34 Unknown Substance Intoxication

R 35 Unknown Substance Withdrawal

R 36 Unknown Substance-Induced Disorder Not Elsewhere Classified

R 37 Gambling Disorder

R 37 Gambling Disorder

Recommended for Further Study in Section III of the DSM-5

Caffeine Use Disorder

Internet Use Disorder

Neurobehavioral Disorder Associated with Prenatal Alcohol Exposure

* A lista acima apresentada é a prévia divulgada pela APA no site www.dsm5.org.