

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS - CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO

MAIARA ALECRIM MIRANDA

A POSSIBILIDADE DO AMPLO USO DA *CANNABIS SATIVA* (MACONHA) PARA O
TRATAMENTO DE ENFERMIDADES NO BRASIL

SOUSA - PB

2015

MAIARA ALECRIM MIRANDA

A POSSIBILIDADE DO AMPLO USO DA *CANNABIS SATIVA* (MACONHA) PARA O
TRATAMENTO DE ENFERMIDADES NO BRASIL

Trabalho monográfico apresentado ao curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, como exigência parcial da obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientadora: Prof^a Emília Paranhos Santos Marcelino

SOUSA - PB

2015

MAIARA ALECRIM MIRANDA

A POSSIBILIDADE DO AMPLO USO DA *CANNABIS SATIVA* (MACONHA) PARA O
TRATAMENTO DE ENFERMIDADES NO BRASIL

Trabalho monográfico apresentado ao curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, como exigência parcial da obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

BANCA EXAMINADORA:

DATA DE APROVAÇÃO: ____/____/____

Orientadora: Profa. Emília Paranhos Santos Marcelino

Examinador Interno:

Examinador Externo:

Dedico a Deus, aos meus pais, Marli e Maria Aparecida por todo amor e cuidado incondicional que sempre me propiciaram. E as pessoas que estão encontrando na *Cannabis* medicinal uma melhor qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus por sua infinita bondade, que conduziu e protegeu minha vida e me ajudou a ser uma pessoa mais forte ao longo dos meus anos.

A minha família, por todo apoio na concretização do meu sonho, por lutar a cada dia para que este se tornasse realidade, todo o meu amor e admiração a vocês, meus pais amados, meus avós maternos Anorinda e Raul e aos meus avós paternos Iranete e Oscar, por serem minha inspiração de caráter e honestidade.

Aos meus irmãos de sangue, uma verdadeira dádiva divina, obrigada pelos bons momentos divididos em casa, por me ensinarem a ser uma pessoa melhor a cada dia. Em especial a Maroca, por sempre acreditar em mim, até nos momentos em que nem eu mesma acreditava.

Aos meus tios, primos, em especial aos que mesmo distante se fizeram presentes, tio Luis, tio Osmar, tia Madalena, tio Raimundo, tia Patrícia, tio Marcelo e tio Nereu. E os meus primos/irmãos queridos Priscila, Alan, Bruno, Renan, Luan, Bruna, Neire, Joaquim e Marcelo.

Aos de sempre, quero deixar aqui meus sinceros agradecimentos, vocês são mais que amigas (os), são os irmãos que eu pude escolher Suzi, Lari, Pri, Lórem, Flor, Marília, Lala, Vanessa, Bia, Caio e Amanda, que estiveram presentes nos meus melhores e piores momentos, e fizeram das minhas idas à Bahia sempre prazerosas.

A minha família sousense, como foi bom ter conhecido vocês! São responsáveis por tornarem meus dias na cidade sorriso muito mais felizes, Ray, Lary, Querol, Tata, Nathy, Kaká e Dri, amo vocês e as quero sempre em minha vida.

As meninas da residência, em especial Maya, Geisinha, Manu e Alick, pela amizade e preocupação comigo. A Lore, Bela, Marília Wandervelde e Maervelym, pela ótima companhia durante essa jornada.

Aos meus afilhados, por me fazer sentir o amor maternal, e aos meus compadres e comadres pela confiança depositada.

Aos freqüentadores assíduos do Bar de Marli, inclusive aos que já se foram e aos amigos dos meus pais, em nome Dina e Pepê, Tio Gilmar e Tia Sió, Gilva e Ernandes, Sônia e Roberto, Manhoso e Araci, Galego, Sergio, João Neto, Mira e Dema, Oberdan, Alba Sueli, Cássia e Seu Nê, Marcela, Joiran e Léia, Pedro Alecrim e Fabrício foi muito bom crescer ao lado de pessoas tão boas, mais que amigos vocês são uma família.

Ao meu padrinho Didi e as minhas madrinhas Rosicler e Dinha, por todo sentimento que uma segunda mãe e pai poderiam me dá. A toda minha família materna e paterna.

A Zefa por todo amor que me transmite, e pela paz de espírito que me passa. A Valdir *in memoriam*, o sonho de se tornar “bacharela” ta ficando mais próximo, sei que está em um bom lugar e se alegrando com minhas vitórias, você faz muita falta!

A todos os meus professores, da escola à universidade. Em nome de Vilvanete, Elivaldo, Gilmar, Josemar, Gilvete, Lia Daiane, Ilza Espínola, Marcia Glebyane, Iranilton Trajano, Remédios, Paulinho e Padre Paulo, por todo conhecimento dividido.

A minha orientadora, Emília Paranhos pela paciência e dedicação, que Deus te abençoe muito.

Ao pessoal do Ministério Público do Estado da Paraíba, pelos exemplos de profissionais humanos que são e pelos maravilhosos momentos compartilhados. A Neci e família por me fazerem sentir em casa e por todo carinho comigo e ao meu cunhado Vinicius, por fazer minha irmã feliz e se mostrar sempre atencioso a minha família. Enfim, a todos que não citei o nome, talvez por esquecimento e que direta ou indiretamente foram importantes nessa batalha, meu muito obrigada!

RESUMO

O presente trabalho tem como finalidade dissertar sobre a probabilidade de se utilizar de forma ampla a *Cannabis Sativa* (maconha) para fins terapêuticos no Brasil. São apresentados conceitos, definições do secular manuseio médico e ainda, avaliar as mudanças ocorridas no cenário nacional com a reclassificação do canabidiol (CBD) e de que forma essa decisão poderá contribuir para uma maior liberação da erva. A maconha é uma das drogas mais antigas utilizadas pela humanidade, tendo inclusive relatos que os chineses há cerca de 2000 anos já conheciam os seus potenciais terapêuticos, já no Brasil só se tomou conhecimento deste fato na década de 1930, através de relatos de médicos e escritores franceses. A planta foi proibida para o uso no país, mas devido seus benefícios à saúde, começaram a utilizá-la clandestinamente. Até que, Katiele Fischer, mãe de pequena Anny Fischer, foi em busca do judiciário para garantir a filha seus direitos à vida e à saúde com o uso do CBD, uma das substâncias da *Cannabis*, a partir de então, centenas de outros casos começaram a surgir, o que chamou atenção da classe médica, jurídica e a mídia nacional. A luta dessas famílias, fez com que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária alterasse a Portaria nº 344/98 e reclassificasse o canabidiol, que fazia parte das substâncias proscritas e passou a ser de uso controlado. No entanto, apesar dessa relevante decisão, a luta não pode cessar, pois o uso continua restrito e burocrático, além do que, há outros componentes presentes na erva que fazem bem à saúde. Portanto, o governo brasileiro deve permitir o uso amplo da maconha para uso médico, diante da viabilidade da legislação e incentivar pesquisas científicas com a planta. O método adotado é o dedutivo, já em relação ao caráter trata-se de uma pesquisa qualitativa, pois não é mensurada em números, no que se refere aos procedimentos técnicos é uma pesquisa bibliográfica, a técnica de pesquisa é a documentação indireta, pois o levantamento de dados baseia-se em documentos já existentes, como a averiguação de leis e posicionamentos doutrinários, e por fim o método de procedimento é o histórico, onde foi verificado o uso medicamentoso da maconha ao longo dos séculos.

Palavras-chave: *Cannabis sativa*. Uso medicinal. Direitos fundamentais.

ABSTRACT

The present work aims to give lecture on the likelihood of using broadly the *Cannabis Sativa* (marijuana) for therapeutic purposes in Brazil. Are presented concepts, definitions of medical handling and secular, evaluate changes on the national scene with the reclassification of cannabidiol (CBD) and how that decision could contribute to an increased release of the herb. Marijuana is one of the oldest drugs used by humanity, and even reports that the Chinese about 2000 years already knew their therapeutic potential in Brazil only became aware of this fact in the Decade of 1930, through reports of doctors and French writers. The plant has been banned for use in the country, but because of its health benefits, began to use it clandestinely. Until Kerry Fischer, mother of little Anny Fischer, went in search of the judiciary to ensure the daughter his right to life and to health with the use of the CBD, substance of *Cannabis*, from then on, hundreds of other cases began to emerge, which drew attention of the medical profession, legal and national media. The struggle of these families made the national health surveillance Agency amend the Ordinance n° 344/98 and reclassificasse the cannabidiol, which was part of the proscribed substances and is now controlled use. However, despite the relevant decision, the fight cannot cease because the use is still restricted and bureaucratic, besides, there are other components present in the herb that are good for your health. Therefore, the Brazilian Government should allow the widespread use of marijuana for medical use, on the feasibility of legislation and encourage scientific research with the plant. The method adopted is the deductive, already in relation to the character it is a qualitative research, as it is not measured in numbers, as regards technical procedures is a bibliographical research, research technique is the indirect documentation, because data collection is based on existing documents, such as the investigation of laws and doctrinal positions, and finally the method of procedure is the historic, where it was verified the drug marijuana use over the centuries.

Keywords: *Cannabis sativa* . Medicinal use. Fundamental rights.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO USO DA CANNABIS MEDICINAL E SUA PROIBIÇÃO	12
2.1 CONCEITO E HISTÓRICO DA <i>CANNABIS SATIVA</i> E O USO PARA FINS MEDICINAIS AO LONGO DOS SÉCULOS	12
2.2 DA PROIBIÇÃO GLOBAL DA MACONHA.....	19
3 A POSSIBILIDADE DO USO DA <i>CANNABIS SATIVA</i> (MACONHA) PARA O TRATAMENTO DE ENFERMIDADES NO BRASIL	29
3.1 <i>CANNABIS SATIVA</i> PARA FINS MEDICINAIS NA PANORAMA ATUAL	29
3.2 EFEITOS TERAPÊUTICOS DA MACONHA.....	32
3.3 DO CONFLITO ENTRE A PROIBIÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS COM SUBSTÂNCIAS DA MACONHA VERSUS O DIREITO À VIDA, A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E O DIREITO À SAÚDE	37
4 A TRANSFORMAÇÃO NO CENÁRIO NACIONAL COM A RECLASSIFICAÇÃO DO CANABIDIOL E A VIABILIDADE DA AMPLA LIBERAÇÃO DA MACONHA MEDICINAL	45
4.1 A BUSCA DO JUDICIÁRIO PARA A GARANTIA E PROTEÇÃO DOS DIREITOS CONSTITUCIONAIS DAQUELES QUE NECESSITAM FAZER USO DA MACONHA MEDICINAL	46
4.2 O POSICIONAMENTO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA E DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	50
4.3 O PAPEL DO PODER LEGISLATIVO E DO PODER EXECUTIVO FRENTE AO USO DA <i>CANNABIS</i> DE FORMA MEDICINAL NA SOCIEDADE BRASILEIRA	53
4.4 ANÁLISE SOBRE A LIBERAÇÃO DO CANABIDIOL, COMO O PRIMEIRO PASSO PARA A CONTINUAÇÃO DA LUTA E A AMPLA LIBERAÇÃO DA MACONHA MEDICINAL NO BRASIL	59
5 CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS	64

1 INTRODUÇÃO

O uso medicinal da *Cannabis Sativa* é milenar, mas a partir da década de 1930 a planta passou a ser alvo de controle penal do Estado. Atualmente, tem se visto uma flexibilização em diversos países com relação à utilização terapêutica, inclusive alguns já chegaram a legalizar a maconha para este fim. No caso do Brasil, trata-se ainda de uma planta proibida para qualquer que seja a utilidade, no entanto, já há alguns anos é feito uso de maneira clandestina da erva para o tratamento de enfermidades.

A luta de diversas famílias para conseguir importar medicamentos com substâncias presentes na *Cannabis*, dentre elas, a mãe de Anny Fischer, que chamou atenção da mídia, da classe médica e jurídica e acabou ocasionando a reclassificação do canabidiol pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Apesar do enorme avanço, o CBD é apenas uma das muitas substâncias encontradas na erva que possuem efeitos benéficos à saúde humana, e por isso é importante que seja viabilizado o vasto uso da maconha para fins medicinais.

O objetivo geral do trabalho é reconhecer a possibilidade da ampla reclassificação da maconha para uso terapêutico e científico. Para isto, dissertou-se sobre a importância da utilização de substâncias encontradas na *cannabis sativa* para o tratamento de enfermidades no Brasil; verificando-se o uso medicinal da mesma em um contexto histórico, analisou-se o direito à vida, a saúde e a dignidade da pessoa humana com relação o uso da *Cannabis* para fins terapêuticos, averiguando a responsabilidade do poder legislativo e executivo em viabilizar a garantia e proteção dos direitos fundamentais e a intervenção do Poder Judiciário na efetividade desses direitos; observando o papel do Conselho Federal de Medicina e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e por fim, as mudanças ocorridas com a reclassificação do canabidiol.

A metodologia empregada para o estudo foi à pesquisa qualitativa e bibliográfica, pois foi necessário fazer a leitura minuciosa em artigos, livros e julgados sobre a maconha, analisando sua história, como esta é empregada para fins médicos e as mudanças no cenário brasileiro com a liberação do CBD.

No que se refere ao método adotado, é o dedutivo, pois parte de uma generalização para de forma centralizada tratar da probabilidade do uso da maconha

medicinal para o tratamento de doenças no território nacional. O método de procedimento é o histórico, pois o presente trabalho faz uma análise do uso medicamentoso da *Cannabis* ao longo dos séculos. Por último, cabe frisar a técnica de pesquisa, que neste trabalho é a documentação indireta, pois o levantamento de dados baseia-se em documentos já existentes, como a análise de leis e posicionamentos doutrinários, artigos e pesquisa bibliográfica e dessa forma estudar meticulosamente o tema em questão.

A repercussão nacional com relação ao uso de substâncias encontradas na *Cannabis Sativa* (maconha) para tratamento médico chamou atenção e despertou o interesse em pesquisar sobre o tema, pois uma norma administrativa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária estava impedindo que direitos fundamentais como à vida e a saúde fossem concretizados. Este trabalho é importante para conscientizar a sociedade brasileira sobre um assunto que em muitos países já é discutido e inclusive permitido a utilização da planta para fins terapêuticos. No cenário jurídico há uma tendência em admitir que pacientes sejam medicados com esses componentes, pois os magistrados vêem como ser desumano proibir, tendo em vista a visível melhora na qualidade de vida dos enfermos. Com isso, pretende-se colaborar com a discussão trazendo posicionamento de diversos estudiosos, que pesquisam há anos os efeitos medicinais da maconha, demonstrando seus benefícios no trato de diversas doenças e também o lado negativo da planta, pois assim como qualquer outro medicamento estes também possuem consequências adversas.

O presente trabalho irá discutir sobre a possibilidade do amplo uso da *Cannabis Sativa* para tratamento de enfermidades no Brasil, iniciando com as seguintes problemáticas: por um lado tem-se a proibição da maconha pela Agência Nacional de Vigilância sanitária e do outro as pessoas que estão encontrando qualidade de vida na utilização dos canabinóides e na própria planta vaporizada, como solucionar essa questão? O que deve prevalecer, uma norma administrativa ou os direitos fundamentais? E ainda, qual o papel do poder legislativo e do poder executivo diante dessa realidade? E como o judiciário vem suprindo a falta de legislação específica para resolver este problema?

O primeiro capítulo traz uma avaliação minuciosa da história da maconha, analisando a origem e mostrando que as propriedades médicas já eram conhecidas

desde a antiguidade, e observado ainda, os motivos que levaram a planta a ser considerada perigosa e com isso ter seu uso proibido em diversos países do mundo.

No capítulo seguinte, será dissertado sobre a possibilidade do uso da *Cannabis Sativa* para o tratamento de enfermidades no Brasil, será demonstrado que esta vem sendo utilizada para fins medicinais no panorama atual, os seus efeitos terapêuticos e o conflito surgido no país com a proibição da erva, que tem desrespeitado princípios constitucionais tais como: o direito à vida, à saúde e a dignidade da pessoa humana.

E por fim, no último capítulo passará a debater sobre a transformação no cenário nacional com a reclassificação do canabidiol e a viabilidade da ampla liberação da maconha medicinal, a importância do judiciário para a garantia dos direitos fundamentais constitucionais das pessoas que precisam das substâncias a base da *Cannabis*, irá ainda, averiguar o papel do poder legislativo e do poder executivo com relação ao uso terapêutico da planta e pra finalizar uma análise da reclassificação do canabidiol, como o primeiro passo para a ampla liberação da maconha medicinal no Brasil

2 DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO USO DA CANNABIS MEDICINAL E SUA PROIBIÇÃO

Neste capítulo será abordada a conceituação da *cannabis sativa* popularmente conhecida no Brasil por maconha (erva e baseado) e o seu surgimento. Irá ser feita uma abordagem do emprego das substâncias extraídas da maconha em diversas culturas no mundo e também no Brasil.

Os chineses foram os pioneiros na utilização da *cannabis*, usavam-na para extrair o cânhamo, que servia para fazer artigos têxteis, a exemplo de tecido (Rowan Robison, 1999). De acordo com Káthia Maria Honório et. al (2006) os chineses também foram precursores na descoberta de potenciais terapêuticos desta planta no Pen-Ts'aoChing (considerada a primeira farmacopéia conhecida do mundo) há 2000 anos. Outras civilizações antigas, como a Assíria, Egito, Mesopotâmia também conheciam as propriedades medicinais da maconha. No Brasil tendo em vista a forte ligação com os escravos, diz-se que foi trazida da África e se expandiu para as camadas mais pobres do país (MALCHER-LOPES E RIBEIRO, 2007).

É evidente que a relação do ser humano com *cannabis sativa* é milenar. Sabe-se que se trata de uma planta que vem sendo utilizada há muitos anos pelo homem, seja para fins de recreação, rituais, têxtil e uso terapêutico. No entanto, a partir de 1914 teve início nos Estados Unidos a proibição da maconha, que eclodiu para os demais países do mundo (ROWAN ROBISON, 1999). Será por fim, abordado como se deu a oposição no Brasil, as principais leis antidrogas que foram editadas para coibir essa prática e por fim, uma análise da Lei nº 11.343 de 2006

2.1 CONCEITO E HISTÓRICO DA CANNABIS SATIVA E O USO PARA FINS MEDICINAIS AO LONGO DOS SÉCULOS

Relata Melcher-Lopes e Ribeiro (2007) que a *Cannabis Sativa* é a designação científica que está sendo aceita para indicar uma única espécie de planta, que existe na forma de três subespécies. Gêneros silvestres indicam que crescem no alto das Montanhas do Nepal, formando arbustos de aproximadamente um a três metros de

altura, com inflorescências brancas de perfume característico. Na Mongólia e do Sul da Sibéria, cresce uma planta de menor comprimento e mais vigorosa, a *Cannabis ruderalis*, que chega a um metro e meio. E nas savanas ensolaradas da África viceja a impotente *Cannabis Sativa*, que pode chegar a cinco metros de altura. Em todas essas plantas os sexos são separados, de forma que existem plantas femininas e masculinas. Os princípios ativos característicos e exclusivos da *Cannabis*, os canabinóides, existem em maior quantidade nas plantas femininas.

Ainda, segundo os autores, crêem que a origem da *Cannabis* seja da região central da Ásia, onde ainda é encontrada em sua forma silvestre. Entretanto, há evidências de que a planta já existia por ali num período em que o clima era mais úmido e quente, o que deixa claro sua enorme capacidade adaptativa. Desta região a planta teria espalhado pelo mundo graças aos movimentos migratórios de nômades e à atividade de comerciantes. Foi através dessa antiga relação entre a planta e o homem, que acabou por gerar uma gama variada das três subespécies da *Cannabis*.

Os primeiros indícios da maconha vêm da China. De acordo Malcher-Lopes e Ribeiro (2007), em 1953, numa vila chamada Pan-p'ò, às margens do Rio Amarelo, trabalhadores escavavam as fundações de uma fábrica moderna sem nem imaginar que removiam do chão a terra que os separava da pré história de seu povo. O achado arqueológico sugere que a *Cannabis* era usada na tecelagem rudimentar e na confecção de cordas e redes de pesca pelos ancestrais dos chineses. A utilização da maconha é milenar, como se pode observar, Robison (p. 64, 1999), disserta:

Uma abundância de provas obtidas em sepulturas e outros Sítios através de toda a China demonstra o cultivo contínuo de cânhamo asiático desde tempos pré-históricos. Um sítio do período neolítico, com 12 mil anos de idade, escavado em Yuan-shan (no que hoje é Taiwan) incluía resquícios de cerâmica tosca, arenosa, com marcas de corda de cânhamo cobrindo-lhe a superfície, juntamente com um batedor de pedra entalhado, em forma de bastão, usado para malhar o cânhamo.(ROBISON, 1999, p. 64)

Restou evidente, que há milhares de anos o homem já tinha contato com a *Cannabis* e sua utilização era diversa, o cânhamo, que também é extraído da maconha, foi usado por anos na indústria têxtil. Não só na indústria que se faziam uso da *Cannabis Sativa*, segundo Robison (1999), era também popular na farmacopéia mais antiga que se tem notícia, o Pen-Ts'aoChing, na China, foi

codificado no século I ou II a.C de fragmentos mais antigos atribuídos ao legendário imperador Cheng Nong (c. 2.300 a.C.), e esse livro menciona que o cânhamo “cresce ao longo dos rios e dos vales em T’ ai-shan, mas agora é comum em toda parte”. Renato Malcher e Sidarta Ribeiro, em seu livro “Maconha, Cérebro e saúde”, narra sobre a existência do uso da maconha nas antigas civilizações, segundo os pesquisadores:

Também na região da antiga Mesopotâmia a maconha já era empregada por suas propriedades farmacológicas muito antes da era cristã. Os assírios, por exemplo, usavam incensos contendo maconha pelo me nos desde o século VIII a.C. Há também documentos arqueológicos indicando que usavam maconha para desfazer feitiços, para tratamento de inchaços, ferimentos, depressão, impotência, artrite, calculo renal e enxaqueca menstrual. (MALCHE-LOPES E RIBEIRO, 2007, p. 24)

Segundo Robison (1999), os arianos que invadiram a Índia adentraram no Oriente Médio e se expandiram pela Europa, chegando até o oeste da França, com isso, espalharam a semente do cânhamo por toda parte por onde passavam. Uma das mais antigas relíquias arqueológicas existentes é um fragmento de tecido de cânhamo encontrado em Çatal, Hüyük, em 8000 a.C. Referem-se à planta em textos assírios, que era chamada de *qu-nu-bu*, uma “droga para o desgosto”. Usava-se também o *qu-nu-bu* como remédio para o estômago, afrodisíaco, catoplasma para inchaços e fumigatório.

Os assírios usavam diferentes denominações para se referir à *Cannabis*, dentre elas estão *qunnu*, que era a planta era usada em rituais religiosos, para alguns historiadores a origem deste nome estaria agregada a palavra persa *Konoba*, e da palavra *Kannabis*, que era usada pelos gregos, responsável pela origem do então termo *Cannabis*, hoje utilizado. Em uma das passagens do Velho Testamento, Kaneh-bosm aparece como um dos elementos de um óleo de unção sagrado que Deus instruiu Moisés a fazer (MALHER-LOPES; RIBEIRO, 2007, p. 25). Segundo as palavras dos autores, está descrito no Velho Testamento que esse óleo tinha uma utilidade, que era:

O óleo preparado por Moisés deveria ser estritamente reservado para ungir objetos sagrados e o corpo dos sacerdotes durante cerimônias de adoração a Jeová, mas outras passagens sugerem o uso de preparações semelhantes para finalidades medicinais. (MALCHER-LOPES; RIBEIRO, 2007, p. 25)

Assim como ocorreu na Grécia e em Roma, a maconha também não foi explorada e nem incorporada na sua cultura de forma relevante, no entanto suas propriedades não foram plenamente ignoradas segundo as palavras de Malcher-Lopes e Ribeiro (2007, p. 22):

[...] Galeno (129-216 d.C.), um dos mais formidáveis médicos da história, escreveu por volta do ano 200 d.C. que havia o costume no sul de Roma de usar um doce feito com maconha para promover alegria e animar festas. Plínio (23-79 d.C.), o cientista e historiador romano, escrevendo sobre a “folha do riso” da Cítia, mencionou que a planta servia para tratar gota e que seu óleo era usado para extrair vermes e insetos de dentro do ouvido. Além desses dois relatos, não se sabe de mais nada realmente relevante que tenha sido escrito pelos romanos sobre aspectos da *Cannabis* que não estivessem relacionados à qualidade superior de suas fibras. (MALCHER-LOPES; RIBEIRO, 2007, p. 22)

O mérito de esclarecer de forma clara os efeitos bifásicos da maconha é da antiga medicina da Pérsia, Malcher-Lopes e Ribeiro (2007) dizem que segundo os persas, quando utilizavam em doses altas, os efeitos instigantes iniciais, como exemplo da euforia, estímulo do pensamento e crescimento no apetite e libido, podem ser gradualmente substituídos por melancolia, perda de peso, e perda de apetite sexual, sobretudo quando a droga é usada por um período prolongado.

Se os chineses foram os primeiros a fazer uso da fibra do cânhamo, no entanto, foi na Índia que as virtudes mais elevadas da planta foram plenamente apreciadas. Tanto que o cânhamo se tornou parte integrante da religião hindu, é que segundo a lenda, bhangue e Shiva tornaram-se inseparáveis, Rowan Robison (1999). Malcher e Ribeiro (2007, p.28) acentuam que:

Em nenhuma outra civilização a maconha teve um prestígio religioso e medicinal tão expressivo quanto na Índia. De acordo com o Vedas, o conjunto de textos que compõe a base filosófica do Hinduísmo, os deuses teriam mandado a maconha ao homem para que pudesse alcançar coragem, libido e prazer. (MALCHER-LOPES; RIBEIRO, 2007, p. 28)

A menção mais antiga às propriedades psicotrópicas do *bhang* (folhas de maconha que possuem menores teores de princípios ativos) aparece no *Atharva Veda* (Ciência dos Encantamentos), escrito entre 2000 e 14000 a.C. De acordo com Malcher-Lopes e Ribeiro (2007), são reconhecidos neste livro os benefícios da maconha para aliviar a ansiedade, e faz referência também como sendo esta planta, uma das cinco ervas sagradas do hinduísmo, e fonte de alegria, regozijo e liberdade.

Mesmo conhecendo os princípios medicinais da planta, os indianos também souberam reconhecer desde muito cedo as propriedades medicinais e os problemas de saúde devido ao uso exacerbado da mesma.

O grande valor cultural e respeito conquistado pela *Cannabis* na Índia, só encontram paralelo no planalto Tibetano, relata Renato Malcher e Sidarta Ribeiro (2007) que a planta é usada tradicionalmente, no Tibete e no Nepal para uso recreativo e medicinal, sobretudo no tratamento de ulcerações e feridas de difícil cicatrização, como estimulante sexual, contra o reumatismo e inflamações do ouvido, e como agente anticonvulsivo e antiespasmódico em casos de epilepsia e tétano

Os citas foram os responsáveis em levar o cânhamo da Ásia para Europa, passando pela Grécia e a Rússia, e depois os árabes o transportaram da África para a Espanha e ainda para outros portos de entrada no mediterrâneo. As aves também foram responsáveis pela difusão do cultivo global da maconha, de forma inconsciente, por conta de serem apreciadoras da semente da planta. É um grande mistério, o fato de até meados do século XIX, os europeus, sobretudo os ocidentais, conhecerem da maconha apenas sua fibra e seu óleo, de acordo Malcher e Ribeiro (2007, p. 32) a explicação era a seguinte:

Acontece que quando a *Cannabis* cresce em clima quente e seco, ou no clima seco das grandes altitudes, frio, mas com abundância de sol, maior quantidade de resina é produzida para prevenir a perda de água. Em contrapartida, a produção de fibras é inferior. Isto ajuda a explicar porque nos países temperados e úmidos da Europa pouco se soubesse sobre as propriedades farmacológicas da *Cannabis*, já que o clima favorecia a produção de fibras, mas não de resina. (RENATO MALCHER; SIDARTA RIBEIRO, 2007, p.32)

A Europa só veio tomar contato das propriedades medicinais da maconha, já no XIX, os responsáveis por difundir tais propriedades foram os médicos, o irlandês William Brook O'Shaughnessy e o francês Jacques Moreau, ambos ao visitarem a Índia ficaram impressionados com a utilização da *Cannabis* para o tratamento das mais diversas doenças. Ao retornarem e divulgarem aquilo que haviam aprendido, o impacto foi tamanho na medicina européia, pois não se tinha conhecimento ainda de nenhum tratamento tão eficaz para os sintomas de doenças infecciosas como raiva, tétano e cólera (MALCHER-LOPES; RIBEIRO, 2007).

A *Cannabis* já estava presente na América do Norte desde os tempos pré-históricos nas palavras de Rowan Robison (1999) provavelmente foram levadas por exploradores chineses e por navios que naufragavam que eram arrastados pela corrente e ainda, por aves que migravam através do estreito de Behring para costa oeste do continente. Devido ao fato da exploração dos Estados Unidos ter sido feita pelos europeus, começaram então estes, a cultivar o cânhamo no novo mundo. As metrópoles européias queriam a plantação da maconha a seu serviço, relata Rown:

O Ministro da Colônia do Quebec, Jean Talon, simplesmente confiscou toda a fibra que os colonos possuíam e os forçou a comprá-la de volta dele com cânhamo. Cedeu a semente necessária aos agricultores, que ficaram obrigados a reembolsar Talon com semente de cânhamo fresca de sua colheita. O cultivo de cânhamo era considerado compulsório também para os colonos ingleses. Os puritanos cultivavam cânhamo em Jamestown em conformidade com o contrato que haviam firmado em 1607 com a Virginia Company.(ROBISON, 1999, p. 78).

Na virada do século XIX para o século XX, o mercado do cânhamo se limitava, a cordame, barbante e linha, no entanto, Henry Ford, famoso pela previsão de novas tendências, anteviu a total transformação da indústria americana, pretendia este substituir tudo que era produzido por derivados do petróleo por carboidratos domésticos do cânhamo. Já em meados da década de 1930, a Ford Motor Company usava a *Cannabis* para a produção de combustível de carvão, metanol, creosoto, em sua usina secreta (ROBISON, 1999).

Já no Brasil, não se sabe ao certo como se deu a origem da *Cannabis Sativa*, mas acredita-se que esta tenha sido trazida pelos escravos vindos da África no período colonial. Segundo Malcher-Lopes e Ribeiro (2007), a razão pela qual se acredita nessa possibilidade que foram os escravos os responsáveis, diz respeito à nomenclatura que inicialmente era conhecida como “fumo de angola”, ou pelos nomes africanos diamba, liamba e pango. Apesar de não saber as procedências da planta no país, Rocco (1999, p. 114) relata que:

Os dados históricos, entretanto, nos fazem crer que foram os negros africanos que trouxeram o cânhamo para o Brasil na época da escravatura, quando eram traficados para cá. Segundo Pio Correa, citado por alguns autores, no ano de 1549 o cânhamo começava a chegar ao Brasil na forma de sementes dentro de bonecas de pano amarradas na ponta das tangas, e era denominado “fumo de angola”. (ROGÉRIO ROCCO, 1999, p. 114).

Outro fato que para o autor, reforça ainda mais a idéia que a maconha foi trazida pelos negros africanos, é que seu uso era associado a sessões de umbanda e candomblé. Os cultos afro-brasileiros não tinham essa pratica como regra, mas há registros que eventualmente ocorriam.

O Brasil possui um clima muito favorável para a produção da maconha, tendo em vista que é quente e seco e com umidade adequada ao solo, o que fez com o que a *Cannabis* se adaptasse rapidamente, em especial na região nordeste. No entanto, muitos acreditam que o cânhamo já existia antes mesmo da colonização, acreditam que os índios já o cultivavam (ROCCO, 1999).

Burgierman e Nunes (2002), afirmam que no Brasil, a planta chegou cedo, talvez ainda no século XVI, trazida pelos escravos, o nome “maconha” vem do idioma quimbundo, de Angola. Mas, até o século XIX, era mais usual chamar a erva de fumo-de-angola ou de diamba, nome também quimbundo. Por séculos, a droga foi tolerada no país, provavelmente fumada em rituais de candomblé (teria sido o presidente Getúlio Vargas que negociou a retirada da maconha dos terreiros, em troca da legalização da religião). Segundo Fonseca (1980), o cultivo da *Cannabis* no Brasil passou a ser uma preocupação para a Coroa Portuguesa no século XVIII, mas diferentemente do que se possa pensar, a Coroa procurava incentivar o plantio de maconha.

O cânhamo era usado pelas camadas mais pobres, pelos negros escravos, pescadores e pelos índios que inclusive passaram a cultivá-las, com exceção da rainha Carlota Joaquina. No livro *Escândalos de Carlota Joaquina*, de autoria de Assis Cintra, é revelado que D. Carlota Joaquina de Bourbon, esposa de D. João VI, rainha de Portugal e do Brasil e, ainda, mãe de D. Pedro I, ao sentir a chegada da morte pediu que seu criado lhe trouxesse o potinho de fibras de *Diamba* do Amazonas, com o qual a rainha havia mandado para o inferno tantos inimigos (ROCCO, 1999).

O uso medicinal da maconha no Brasil, só se iniciou na metade do século XIX, segundo Elisaldo Carline et. al (2005), começaram a chegar às notícias dos efeitos da planta como medicamento, principalmente depois da divulgação pelo médico Jacques Moreau, da Faculdade de Medicina da Tour, e também de vários escritores e poetas franceses.

Ainda de acordo o autor, o uso medicinal da *Cannabis* teve uma maior penetração e mais bem aceito na classe médica, inclusive estava presente em

diversos formulários médicos, era indicada no tratamento de bronquite crônica de crianças, catarro, insônia, roncadura e etc. No entanto, a partir da década de 1930 começaram as primeiras proibições da venda e do uso da maconha.

2.2 DA PROIBIÇÃO GLOBAL DA MACONHA

Relata Robison (1999) que os reformadores sociais tentaram incluir a maconha nas proscições da Lei Harrison, em 1914, nos Estados Unidos. No entanto, a indústria farmacêutica se opôs, tendo em vista que diversos medicamentos e também a medicina veterinária dependia de substâncias da *Cannabis*. Esta lei obrigou aos que plantavam e produziam o ópio e a coca a se registrarem e pagarem um imposto ocupacional. Ainda, segundo o autor, as primeiras leis contra as drogas, eram na verdade uma tentativa de fazer alguma coisa, contra algo que na verdade não existia, pois o temor da *Cannabis* mais parecia refletir o medo que tinha a sociedade da mente humana liberta.

Diversas publicações negativas de artigos em jornais e revistas sobre a maconha, que começaram a surgir desde 1915, atribuíam a planta diversos males que influenciou a opinião pública. Foi publicado no *Journal of Criminal Law and Criminology*, em 1932, uma matéria que dissertava sobre a associação entre maconha, crime e insanidade, matéria esta, que passou a ser rotineiramente citada a partir de então como um estudo determinante (ROBISON, 1999). De acordo as palavras do autor:

Uma associação arbitrária que vinculava a “loucura da maconha” com mexicanos, afro-americanos, jazz e violência havia sido adotada por doutrinadores, cujos temores e fantasias eram alimentados pela mídia. “Conserve a América americana” era a fórmula usada pelos que buscavam transformar em bodes expiatórios as minorias raciais e as ondas de novos imigrantes, exibidos como uma ameaça a moralidade da nação em histórias sensacionalistas de primeira página que encontraram seu epítome na imprensa marrom de William Randolph Hearst. (ROBISON, 1999, p. 91)

Contudo, os verdadeiros motivos para a proibição da *Cannabis Sativa* estavam relacionados muito mais a economia e ao racismo do que a moralidade, como se pode observar. Burgierman e Nunes (2002) acentuam que em 1920 devido

à pressão de grupos religiosos protestantes, os Estados Unidos decretaram a proibição tanto da produção como comercialização de bebidas alcoólicas, a chamada Lei Seca que durou até 1933. Foi nesse contexto, que surge Henry Anslinger na vida pública americana, pois este reprimia o tráfico de rum que vinha das Bahamas.

Devido a Lei seca, o consumo de maconha aumentou gradativamente, deixando de ser uma droga usada apenas pelos mexicanos. O militante do cânhamo Jack Herer, segundo Robison (1999), publicou em 1994 um livro, com título *O rei está nu*, no qual reafirma também que os motivos para a proibição da *Cannabis* não foram apenas “morais” e sim por fatores econômicos. Robison disserta que:

Os produtos do cânhamo ameaçavam certos grupos de interesses financeiros e industriais, que conspiraram para destruir a indústria dando apoio aos zelosos reformadores morais que visavam sua proibição e nível federal. As indústrias petroquímicas e de polpa de celulose, em particular corriam o risco de perder bilhões de dólares se o potencial comercial do cânhamo fosse plenamente explorado. Herer cita Hearst e Du Pont como dois grupos de interesse mais responsáveis pela orquestração da extinção da manufatura do cânhamo. (ROBISON, 1999, p. 91)

Temeroso que a indústria do cânhamo prejudicasse as indústrias petroquímicas e de polpa de celulose, Du Ponte, pressionou o principal conselheiro do Departamento do Tesouro, Herman Oliphant, para que proibisse a maconha e o assegurou que os produtos sintéticos feitos do petróleo, que eram produzidos em sua indústria podiam substituir o óleo da semente de cânhamo (ROBISON, 1999).

Quem também iria sair ganhado, com o impedimento da maconha seriam algumas grandes companhias farmacêuticas, pois os tranquilizantes sintéticos iriam ganhar o espaço que seria deixado pela *Cannabis*. Devido a todos esses fatores, o fato da maconha está atrapalhando grandes empresários e ser associada aos mexicanos de baixa renda, se iniciou uma grande perseguição para chegar à proibição da planta.

Os primeiros passos para impedir a utilização da maconha se deram com a apresentação de um Senador do Texas e outros congressistas, em 1929, fizeram pressão para que a agência responsável pela proibição e controle acrescentasse imposto sobre a erva na Lei Harrison (ROBISON, 1999). No entanto essas primeiras tentativas foram frustradas, pela seguinte razão:

A Agência Prohibition foi contrária a ambas as propostas porque o cânhamo era um produto nacional. Como tal, não podia ser controlado por legislação federal, a menos que envolvesse comércio interestadual ou internacional, de acordo com a separação constitucional entre os poderes federal e estadual. (ROBISON, 1999, p. 94)

Diante desse impasse a Agência de controle criou a Lei de Uniformização de Narcóticos. É nesse cenário que surge a figura de Harry Anslinger, que para muitos é o principal responsável pela má fama da maconha ao longo dos anos. Anslinger foi um comissário do serviço de narcóticos, foi o primeiro diretor da Agência Federal dos Narcóticos (FBN), permaneceu no cargo de 1932 a 1962, até ser demitido por J.F. Kennedy (ROBISON, 1999).

Segundo o autor, o FBN encontrou uma enorme dificuldade para se firmar, devido à economia amortecida da depressão e de início firmou esforços para que a Lei Harrison fosse cumprida, que proibia o ópio e a cocaína. Só após a aprovação da Lei de Uniformização é que as atenções se voltaram para a maconha.

Não se sabe ao certo os motivos que fizeram Anslinger a lutar para que a *Cannabis* se tornasse ilegal, mas o fato é que, de acordo Robison (1999), ele (Anslinger) era sobrinho por afinidade do secretário do Tesouro, Andrew Mellon, um banqueiro que colaborava financeiramente para crescente indústria petroquímica de Du Pont, inclusive fora Mellon que indicou Harry para o cargo que ocupava e como se sabe, o cânhamo estava se destacando e ameaçando diversos produtos derivados do petróleo, isso causou um grande desconforto para aqueles que investiam alto neste setor.

Apesar da aprovação da Lei de Uniformização em 1932, somente era aplicada em dez estados, Anslinger estava frustrado com a tentativa mal sucedida de convencer os legisladores em coibir a maconha, com isso intensificou sua campanha de propaganda para conseguir a aprovação do público e despertar o temor contra a *Cannabis*. O diretor da FBA encontrou um grande aliado para a guerra contra as drogas, em especial a maconha que havia travado Randolph Hearst, foi responsável por histórias absurdas de usuários da planta. Um desses artigos publicado pelo Jornal *American Magazine*, em 1937, dissertava que:

O corpo esparramado de uma mocinha jazia esmigarrado junto à calçada no dia seguinte depois de um salto do quinto andar de um prédio de apartamento de Chicago. Todos qualificaram aquilo de suicídio, mas na verdade foi assassinato. O assassino foi um narcótico que a América conhece como Marihuana, e a história como haxixe. É um narcótico usado

na forma de cigarros, relativamente novo para os Estados Unidos é tão perigoso como uma cascavel armando um bote. (ROBISON, 1999, p. 94).

Na verdade isso nunca ocorreu, foi mais uma das invenções criadas por Anslinger e Hearst, para tornar a maconha à inimiga nacional. Randolph Hearst, também tinha motivos particulares para querer que a maconha fosse exterminada, pois sabidamente odiava mexicanos. Esse ódio talvez se devesse ao fato de que, durante a Revolução Mexicana de 1910, as tropas de Pancho Villa (que, aliás, faziam uso freqüente de maconha) desapropriaram uma enorme propriedade sua. Hearst era dono de terras e as usava para plantar eucaliptos e outras árvores para produzir papel. Não é difícil de concluir que ele também tinha interesse em que a maconha americana fosse destruída e com isso levando com ela a indústria de papel de cânhamo (BURGIERMAN; NUNES, 2002).

Herman Oliphant, conselheiro geral do Tesouro e Harry Anslinger se uniram para criar a Lei de Taxação da Marihuana, que atribuía um imposto proibitivo sobre a venda da *Cannabis*, em sigilo para apresentar ao Congresso, buscaram diversas opiniões científicas, mas que não fosse contrária a seus interesses. O procurador do Tesouro S.G Tipton, obteve várias histórias alarmantes oferecer ao Comitê Ways and Means da Câmara (ROBISON, 1999).

O comitê foi escolhido porque já enviava os projetos diretamente para a Câmara sem necessidade de debate, e ainda o seu presidente Robert L. Doughton, do estado da Carolina do Norte era aliado da dinastia Du Pont, e com a proibição da maconha também sairia beneficiado financeiramente. O projeto foi encaminhado ao comitê de finanças do Senado, sendo Pretice Brown o responsável e que também tinha uma ótima relação com Du Pont. E nas palavras de Robison (1999, p. 97), ocorreram os seguintes passos para proibição:

O projeto foi apresentado ao plenário no dia 14 de junho de 1937. Somente quatro representantes pediram uma explicação do mesmo e, em resposta um membro do Comitê Ways and Means apresentou um relato de atos criminoso pretensamente relacionado com o uso da maconha. A lei foi aprovada pela Câmara sem controvérsias e enviada ao Comitê de finanças do Senado. A audiência do subcomitê foi realizada no dia 12 de julho daquele ano. Apesar dos desses apelos de senso comum o comitê já parecia estar decidido. O projeto foi devolvido à Câmara com algumas sugestões que foram adotada e devolvida após ser aprovado, sem que fosse feita uma chamada. O Senado aprovou o projeto sem uma discussão séria. O presidente Franklin Roosevelt deu o golpe final, assinando a Lei de Taxação da Marihuana no dia 2 de agosto de 1937. (ROBISON, 1999, p. 97).

A aprovação dessa lei foi apenas os primeiros passos para uma campanha ainda maior para erradicar a *Cannabis* mundialmente. Nas palavras de Malcher-Lopes e Ribeiro (2007), o declínio para o uso médico da maconha ocorreu em 1939, devido às autoridades americanas colocarem taxas de valores proibitivos para os médicos que prescrevessem medicamentos que continha *Cannabis*. E em 1941, a planta saía de vez da farmacopéia norte-americana para aparecer nas páginas policiais. Os deputados que votaram em impedir o cultivo, uso e venda da planta não se basearam em nenhuma pesquisa de cunho científico que comprovava que a maconha não era uma substância segura. Não se coibiu apenas a droga, e sim a planta, o homem aboliu o direito da *Cannabis Sativa* de existir.

Aslinger não se contentou com a proibição apenas nos Estados Unidos. Segundo Burgierman e Nunes (2002), o diretor da FBA atuou também internacionalmente, sendo o idealizador de uma rede de espões bem como passou a ir reuniões da liga das nações (antecessora da ONU), sugerindo tratados cada vez mais severos para impedir o tráfico internacional, e ainda, começou a se reunir com lideranças de diversos países e disseminar as mesmas histórias aterrorizantes que amedrontaram os estadunidenses, e com isso não foi difícil convencer os governantes.

Em 1961, segundo Robison (1999), as Nações Unidas seguiram uma política com relação às drogas em que cada nação-membro podia tomar métodos necessários para impedir a utilização das folhas da maconha e o tráfico ilícito da mesma. E também não se poderia usar a *Cannabis* para propósitos médicos e científicos. Nas palavras de Burgierman e Nunes (2002):

Estava erguida uma estrutura mundial interessada em manter as drogas na ilegalidade, a maconha entre elas. Um ano depois, em 1962, o presidente Jhon Kennedy demitiu Aslinger – depois de nada menos que 32 anos à frente do FBN. Um grupo formado para analisar os efeitos da droga concluiu que os riscos da maconha estavam sendo exagerados e que a tese de que ela levava a drogas mais pesadas era furada. Mas não veio a descriminalização. Pelo contrário. O presidente Richard Nixon endureceu mais a lei declarou “guerra as drogas” e criou o DEA (em português Escritório de Coação das Drogas), um órgão ainda mais poderoso que o FBN, porque, além de definir políticas, tem poder de polícia. (BURGIERMAN; NUNES, 2002)

Apesar de todos os esforços dos norte-americanos em exterminar a maconha, relata Malcher-Lopes e Ribeiro (2007) que o uso e abuso da planta elevaram gradativamente, tanto de maneira recreativa como também para automedicação, e

em 1967, 5% dos estadunidenses já haviam experimentado a *Cannabis*, pelo menos uma vez na vida. E com o movimento *hippie* nos anos 70, a planta foi o símbolo político de liberdade e desobediência civil. Hoje há diversas discussões no sentido de que medida tomar com relação à maconha, diversos países já vem legalizando, outros descriminalizando e existe também a chamada despenalização.

Para Carline et al. (2006) “a demonização da maconha no Brasil inicia-se na década de 1920, e na segunda Conferência Internacional do Ópio, em 1924, em Genebra”. Isso se deu ao fato de que o representante brasileiro disse que no Brasil a maconha era mais perigosa que o ópio. De acordo o Ministério das Relações Exteriores (1959):

Ora, como acentuam Pernambuco Filho e Heitor Peres, entre outros, essa dependência de ordem física nunca se verifica nos indivíduos que servem da maconha. Em centenas de observações clínicas, desde 1915, não há uma só referência de morte em pessoa submetida à privação do elemento intoxicante, no caso a resina canábica. No canabismo não se registra a tremenda e clássica crise de falta, acesso de privação (sevrage), tão bem descrita nos viciados pela morfina, pela heroína e outros entorpecentes, fator este indispensável, na definição oficial de OMS, para que uma droga seja considerada e tida como toxicomanógena. (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES, 1959)

Então, o que se pode analisar é que esse posicionamento do representante brasileiro não foi acompanhado de uma pesquisa científica que comprovasse tal afirmação, que a maconha era mais grave que o ópio. O motivo que levou a proibição no Brasil estava ligado a uma perseguição racista, tendo em vista que a *Cannabis* veio junto com os escravos africanos, inclusive a lei de posturas do Rio de Janeiro deixava claro em seu texto que os escravos eram os principais consumidores.

A partir da década de 1930 diversos estados brasileiros passaram a reprimir a maconha. Segundo disserta Mamede (1945) começaram uma batalha diária em face dos fumadores da erva, no Rio de Janeiro, Pernambuco, Piauí, Alagoas e Bahia, e essa repressão se mostrava cada vez mais forte. A primeira proibição brasileira ocorreu no estado do Rio de Janeiro, em 1930, a Câmara Municipal do Rio promulgou sua lei de posturas, que reprimia a venda e o uso da planta (ROGÉRIO ROCCO, 1999).

Disserta Fonseca (1980) que “a proibição total do plantio, cultura, colheita e exploração por particulares da maconha, em todo território nacional, ocorreu em

25/11/1938 pelo Decreto-Lei nº 891 do Governo Federal”. Essa postura repressiva perdurou por muito tempo, o que contribuiu para esse fato foi a Convenção Única de Entorpecentes, da Organização das Nações Unidas, de 1961 que o Brasil é signatário. Sabe-se, que essa Convenção continua considerando a maconha extremamente perigosa, tanto para sociedade como para a saúde.

Somente em 1940 é que a legislação brasileira começou a solidificar-se nacionalmente através da vigência do novo Código Penal de 1940, nessa época a principal preocupação do legislador, segundo Rocco (1999) era criminalizar o tráfico de drogas e as atividades correspondentes, sem, no entanto, se referir as ações de consumo pessoal. Mas que ficasse claro que a *Cannabis* não era permitida. No período da Ditadura Militar ocorrem algumas modificações, relata Rocco (1999, p. 120):

Foi nessa sombria conjuntura que o art. 281 do Código Penal sofreria uma primeira modificação através do decreto-lei nº 385/68, editado em 23 de dezembro de 1968, ou seja, treze dias após o início da vigência do AI-5. Na busca de meios para reprimir os que se colocavam à frente das reações à ditadura, os militares passaram a aplicar a mesma pena a usuários e traficantes de drogas. O Congresso Nacional estava fechado, a imprensa estava calada, não havia qualquer possibilidade de debate sobre o assunto. (ROGÉRIO ROCCO, 1990, p. 120).

O art. 281 do Código Penal só foi revogado com a Lei nº 5.726/71 após três anos, porém não trouxe grandes mudanças. Em 1976, foi editada a Lei nº 6.368, para Carline et al. (2005) a nova norma previa pena de prisão para a os indivíduos que fossem encontrados com qualquer quantidade de maconha, ainda que para uso pessoal seriam presos.

Em 2002 entrou em vigor a Lei nº 10.409, que não trouxe solução para as questões jurídico-penais e processuais atinentes à prevenção e à repressão do uso e tráfico de drogas ilícitas, além do mais a lei sofreu diversas vedações presidenciais e estava permeada por vícios de inconstitucionalidade e impropriedades técnicas (MARCÃO, 2002). Recentemente a lei que trata dos crimes de drogas é a Lei Federal nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que de fato trouxe inovações.

De acordo Araújo (2014) “A nova Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006)” inaugurou no ordenamento jurídico brasileiro uma nova forma de tratar este tema tão delicado. Se antes às antigas leis de drogas (Lei nº 6.368/76 e Lei nº 10.409/02) tratavam o tema mais voltando para o lado penalista do que sociológico a partir de 2006 ocorreu uma mudança. Ainda, segundo o autor:

Com o advento do novo diploma legal, o legislador demonstrou maior preocupação com o aspecto sociológico do tema. Percebeu-se que o problema não era apenas de direito penal: envolvia assistência social, economia, critérios criminológicos, políticas públicas e uma série de fatores que contribuem para a disseminação, em todo o território nacional, de substâncias entorpecentes. Tais circunstâncias revelam-se decisivas no processo de construção da política antidrogas a ser adotada pelo legislador brasileiro. (ARAÚJO, 2014)

Com esse novo panorama em relação ao tratamento do tema, ocorreram diversas inovações, dentre elas tem-se a mudança na penalização dos usuários de drogas, que antes da nova lei recebiam tratamento equivalente aos traficantes. O art. 28¹ da lei nº 11.343/2006, disserta que:

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

Portanto não é mais cabível a pena privativa de liberdade para aqueles que se enquadram no tipo penal do artigo referido. Com essa nova redação, surgiu uma discussão, se no art. 28 trata-se de descriminalização da pena ou despenalização, o conceito dos dois institutos está bem definido nas palavras do Gomes (2011):

[...] despenalizar significa adotar penas alternativas para o ilícito penal de modo que suavize a resposta penal e evite a aplicação da pena privativa de liberdade. Enquanto que descriminalizar seria retirar o caráter ilícito do comportamento, legalizando-o ou transferindo-o para outra área do Direito a aplicação de penalidades.” (GOMES, 2011)

Para Alguns autores a exemplo de Gomes (2006) ocorreu à descriminalização, segundo este:

Não há dúvida que a posse de droga para consumo pessoal (com a nova lei) deixou de ser “crime” porque as sanções impostas para essa conduta (advertência, prestação de serviços à comunidade e comparecimento a programas educativos – art. 28) não conduzem a nenhum tipo de prisão. Aliás, justamente por isso, tampouco essa conduta passou a ser contravenção penal (que se caracteriza pela imposição de prisão simples ou multa). Em outras palavras: a nova Lei de Drogas, no art. 28, descriminalizou a conduta da posse de droga para consumo pessoal.

¹Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm> Acesso em 28 de jan. de 2015

Retirou-lhe a etiqueta de “infração penal” porque de modo algum permite a pena de prisão. E sem pena de prisão não se pode admitir a existência de infração “penal” no nosso País. (GOMES, 2006)

Então, aos que concordam com este posicionamento, uma condenação por uso de entorpecente não mais caracterizaria maus antecedentes e reincidência. Dessa forma o usuário continuaria a ser réu primário e não teria maus antecedentes, o que do ponto de vista penal lhe traria diversos benefícios. Ocorre que, esse posicionamento é minoritário, uma vez que a doutrina majoritária e o próprio Supremo Tribunal Federal acolherem, acertadamente, a tese da despenalização.

A intenção do legislador não é discriminar a conduta penal, e sim de buscar penas alternativas para o ilícito penal, tendo em vista as condições do cárcere que em nada contribui para a ressocialização do indivíduo, e também o potencial ofensivo do delito que é mínimo para uma medida tão drástica como a privação da liberdade individual.

Com relação à figura do traficante de drogas, que está descrito no art. 33 da Lei antidrogas, a pena ficou mais gravosa. De acordo Araújo (2014, p. 1) “isto explica-se em razão da natureza do crime de tráfico: não se atenta apenas contra o fato de ser um comércio ilegal, mas sim em relação ao perigo trazido à coletividade pela ação do traficante de drogas”. Mas o Decreto nº 5.912², de 27 de setembro de 2006, trouxe uma mudança na figura do agente que cultiva substâncias entorpecentes, dispõe que:

Art. 14. Para o cumprimento do disposto neste Decreto, são competências específicas dos órgãos e entidades que compõem o SISNAD:

I - do Ministério da Saúde:

c) **autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, exclusivamente para fins medicinais ou científicos**, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, ressalvadas as hipóteses de autorização legal ou regulamentar. (grifo nosso)

Ficou evidente que a alteração com relação aos agentes que cultivam substâncias entorpecentes para uso próprio, antes da vigência da Lei Federal nº 11.343/06, que antes eram enquadrados como traficantes, nas palavras de Thiago Lauria (2007) “O artigo 28, §1º do referido diploma legal definiu como crime a

² Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2006/Decreto/D5912.htm> Acesso em 28 de jan. de 2015

conduta daquele que cultiva substância entorpecente, em pequena quantidade, para uso próprio”. A pena prevista para o crime é a mesma aplicada para o porte de substância entorpecente para uso próprio. Ou seja, o legislador, por motivos de política criminal, optou pelo entendimento defendido pela corrente majoritária, equiparando a figura daquele que cultiva para uso próprio à do usuário.

3 A POSSIBILIDADE DO USO DA *CANNABIS SATIVA* (MACONHA) PARA O TRATAMENTO DE ENFERMIDADES NO BRASIL

Serão abordados nesse capítulo os efeitos da maconha e quais são as doenças que podem ser amenizadas com o uso da planta. Será dissertado ainda, como está à relação do Brasil com a *Cannabis* medicinal, tendo em vista que a droga é ilegal no país, e, no entanto diversas pessoas se utilizam dos canabinóides para tratamento medicamentoso.

Em meados da década de 1930 começaram as proibições do uso da *Cannabis Sativa* para utilização médica. Esse processo que desencadeou nos Estados Unidos foi-se espalhando pelo mundo, e aumentou a repercussão devido a Organização das Nações Unidas, em 1961, determinar que as drogas são ruins a saúde e o bem-estar da humanidade e que seria necessário a colaboração universal para reprimir seu uso.

Mas, aos poucos diversos países começaram a legalizar ou liberar a maconha para fins medicinais. O país pioneiro foi o Canadá, e seguindo o exemplo o Reino Unido, vale ressaltar que nos Estados Unidos já são vinte dois estados que legalizaram, apesar de ter sido o país que iniciou as proibições, e não seria imprudente falar que foi o responsável em coibir a *Cannabis* medicinal no mundo (Site: <http://campanharepense.org/>).

Irá tratar também como a proibição da planta e da maioria das substâncias encontradas na mesma vem violando uma série de direitos. E por fim, será feita uma análise do conflito que tem surgido, pois de lado tem-se a proibição de medicamentos com componentes da maconha e do o outro o princípio da dignidade da pessoa humana, o direito à saúde e à vida.

3.1 *CANNABIS SATIVA* PARA FINS MEDICINAIS NA PANORAMA ATUAL

Segundo Brandalise e Perez (2014) o Canadá foi o primeiro país do mundo a regulamentar a maconha medicinal, isso se deu após a justiça canadense autorizar, em 1997, Terrece Parker, tanto a consumir como plantar *Cannabis* para tratar sua epilepsia. Esse exemplo foi seguido por diversos outros países, dentre eles os

Estados Unidos que já contam com vinte dois estados que permitem a comercialização da planta para tratar de enfermidades.

Ainda, de acordo com as autoras, “no Reino Unido, um laboratório fabrica um medicamento em forma de spray com dois componentes mais conhecidos da planta: o tetrahydrocannabinol (THC) e o canabidiol (CDB)”. E Recentemente, a França aprovou a venda desse mesmo remédio, assim como outros países europeus. Em Israel, também é possível adquirir a droga através autorização do governo. Na Holanda compra-se a erva na farmácia

Em março de 2014, ocorreram algumas mudanças na regulamentação do acesso à maconha medicinal no Canadá, a partir dessa data, de acordo o os pacientes com prescrição médica podem comprar a erva diretamente dos produtores licenciados do governo. Vale frisar, que desde o início de 2013, já são mais de 28 mil pessoas autorizadas a usar *cannabis* medicinal. Ainda, na Holanda o país criou em 2011 um Escritório de Cannabis Medicinal, com a finalidade de organizar a cadeia produtiva da planta para fins terapêuticos e científicos.

Vale ressaltar, que no Canadá somente uma empresa tem autorização do governo para produzir e com um rígido controle. Ela fornece uma variedade de quatro variedades da erva, cada uma indicados para um tipo de enfermidade, ambos os tipos podem ser encontrados em farmácias comuns, é claro que necessita da prescrição médica, e aproximadamente os dez mil pacientes medicinais do país podem pedir reembolso do plano de saúde pelos gastos com a droga (Site: <http://campanharepense.org/paises-cannabis/>).

Ainda, de acordo o site, em Israel o governo criou um programa de *Cannabis* medicinal, mantido pelo Ministério da Saúde que desde 2013 fornece maconha *in natura* para cerca de treze mil pacientes. A erva é plantada por uma empresa criada pelo governo para atender o programa. O procedimento para se obter é através uma solicitação feita via fax ou e-mail pelo médico do respectivo paciente, e é analisada por um dos trinta e um médicos que fazem parte da triagem dos casos. Em 48 horas os pedido são respondidos, vale salientar que esse prazo é para os pacientes terminais, e em até duas semanas no caso de doentes de câncer em quimioterapia.

Cabe destacar que à Áustria, Bélgica, Finlândia e República Tcheca também possuem leis que na teoria admitem o acesso a Cannabis medicinal, porém devido serem muitos restritivas, acaba que são poucas as pessoas beneficiadas. Recentemente, o Uruguai regulamentou o uso da maconha medicinal, mais

precisamente em 2014, mas o programa ainda está no início (Site: <http://campanharepense.org/paises-cannabis/>).

No Brasil, de acordo Elisaldo Carline, médico psicofarmacologista e trabalha no CEBRID, Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, e professor da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, em entrevista para a Revista Pesquisa Fapesp, disserta que desde a década de 1990 se vem lutando para tentar fazer com que a medicina aceite no Brasil a *Cannabis* como medicamento. Segundo o médico:

Em 1995, como secretário nacional da Vigilância Sanitária, eu coordenava o registro de medicamentos no país. Falei para o ministro da Saúde, Adib Jatene, que desejava organizar dentro da Vigilância Sanitária uma reunião para discutir se o delta-9-THC poderia ser licenciado como medicamento contra náuseas e vômito na quimioterapia do câncer. Ele concordou e falei com o presidente do Conselho Nacional de Entorpecentes, Luiz Mathias Flack, que também aceitou. Os dois abriram a reunião. Mas não conseguimos fazer nada. Os médicos não aceitaram. (MARCOLIN; ZORZETTO, 2010)

Com relação às pesquisas científicas no país com relação à planta, Malcher-Lopes e Ribeiro (2007) asseveram que “o Brasil tem tradição na pesquisa sobre a maconha e o sistema endocanabinóide”. Segundo os autores os cientistas pioneiros nas investigações com a maconha foram José Ribeiro do Valle e Elisaldo Carline (Universidade Federal de São Paulo/Unifesp). Hoje o país conta com uma gama de renomados médicos e pesquisadores com relação o uso da maconha como remédio. De acordo Malcher-Lopes e Ribeiro (2007, p. 41):

Esses e outros cientistas brasileiros têm se dedicado, sobretudo, a questões relativas ao fenômeno da intolerância, às interações farmacológicas dos canabinóides com outras drogas, e aos efeitos dos canabinóides no aprendizado e memória. (MALCHER-LOPES; RIBEIRO, 2007, p. 41)

Vale salientar, que foi do Departamento de Psicofarmacologia foi o percussor na descoberta de que o canabidiol misturado com o delta-9-THC em determinadas concentrações melhora o efeito da Cannabis. Inclusive foi no Brasil que surgiu o trabalho responsável pela posterior fabricação de medicamentos com as duas substâncias na Inglaterra, isso tem reconhecimento internacional. Apesar de isso ser comprovado por pesquisas publicadas desde os anos de 1970 e 1980, em revistas renomadas, no Brasil nunca foi possível retirar algo positivo desses trabalhos, pois o país não se interessa por isso (CARLINE, 2011).

O consumo da maconha é crime, no entanto com a entrada da nova lei antidrogas, em meados de 2006, vem ocorrendo uma despenalização. Os usuários deixam de ser punidos por penas privativas de liberdade para serem por restritivas de direito, elencadas no art. 28 da Lei Federal 11.343/2006. Ocorre que, há muitos anos, de acordo Brandalise e Perez (2014) já se tem notícia de pessoas que usavam a *Cannabis* para tratamento, por conta própria, como última alternativa para minimizar o sofrimento, situações-limite, como espasmos, efeitos colaterais drásticos por conta da quimioterapia, convulsões, dentre outros sintomas. Atualmente a legislação brasileira admite o uso de substâncias ilegais, necessitando de autorização especial, após a comprovação de seus efeitos terapêuticos por autoridades médico-sanitaristas brasileiros.

O fato é que, após a repercussão da história de Anny Fischer, 6 anos, houve uma grande mudança no cenário nacional com relação à maconha. Essa mudança refletiu na sociedade, porque o assunto começou a deixar de ser um tabu, tendo em vista que passou a ser exibido nos principais jornais brasileiros, e com isso passaram a entender que existe outro lado da erva.

Devido à forte campanha para a liberação de remédios que são feitos à base de substâncias da erva, começaram diversas discussões e reuniões com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com o Conselho Federal de Medicina (CFM). Nos primeiros dias do mês de janeiro de 2015, a ANVISA retirou o canabidiol, presente na *Cannabis*, do rol de substâncias proscritas e passa a fazer parte das substâncias de uso controlado, Lígia Formenti (2015).

3.2 EFEITOS TERAPÊUTICOS DA MACONHA

Atualmente a maconha, em diversos países e também no Brasil, tem sido uma alternativa eficaz para tratar de diversas enfermidades. Em estudos publicados e outros tantos em processo de pesquisa, tem demonstrado a eficácia terapêutica da planta. No entanto, devido o grande preconceito que ainda cerca, mesmo que comprovado seus benéficos, só são indicados como forma de tratamento no último caso.

Disserta Malcher-Lopes e Ribeiro (2007) que foram descobertas mais de quinhentas substâncias químicas na *Cannabis*, dentre elas o THC, que segundos os pesquisadores obtiveram uma atenção maior dos cientistas, pois é a primeira molécula purificada da planta e que sozinha produz a maior parte dos seus efeitos psicológicos e funcionais.

Médicos oncologistas e pacientes são defensores do uso da maconha, principalmente do THC, que é o fundamental componente psicoativo da planta, como um antiemético (medicamento utilizado para aliviar os efeitos colaterais de outras drogas). Vale frisar, que confrontado com outros agentes terapêuticos a maconha tem um efeito menor, mas pode ser potencializado se associado com outros antieméticos (HONÓRIO et al., 2006). Com relação ao tema cabe destacar a reportagem da ISTOÉ de Brandalise e Perez (2014):

Em 2010, ao dar a luz a sua primeira filha, Gaia, Thaís Carvalho descobriu um câncer no ovário. Logo, começou a quimioterapia. “Tinha dor, enjoô, não comia, mal saia da cama. Estava definhando”. Em pesquisa pela internet, o marido, Jairo Carvalho, 32 anos, encontrou informações sobre a propriedade medicinal da maconha de aliviar esses efeitos. O oncologista não quis nem ouvir a possibilidade. Na primeira vez Thaís fumou, os incômodos diminuíram e a fome voltou. Carvalho comprou sementes de cannabis em um site britânico. Thaís superou o câncer e não fuma mais. “Mas se não fosse a maconha eu não teria aguentado os devastadores da quimioterapia. “Em março, o marido recebeu uma intimação da Polícia Federal para prestar explicações. “O importante é que estou viva”. (BRANDALISE; PEREZ, 2014)

Um dos efeitos que mais se associam ao uso da erva, é um crescente aumento de apetite, que inclusive recebe o apelido aqui no Brasil de “larica”. Devido a esse fato, tanto a maconha como o THC, são úteis para o tratamento de enfermidades que causam perda de apetite e em consequência diminuição de peso.

Devido a essa finalidade da planta, relata Malcher-Lopes e Ribeiro (2007) ela é utilizada para o tratamento de anorexia grave resultante de doenças cansativas e quimioterapia, a exemplo da AIDS e do câncer. Nesses casos, a maconha medicinal não só ajuda no aumento de peso, como ainda para diminuir as náuseas que são fortes e demoradas. Inclusive, vale salientar que esses resultados trazem uma melhor qualidade devida ao enfermo e melhoram o prognóstico dos mesmos. De acordo o autor:

Um estudo canadense comparou os efeitos antieméticos da maconha com os efeitos de pílulas de THC em pacientes recebendo quimioterapia. Os

resultados no controle da êmese (vômito) foram semelhantes, mas grande parte dos pacientes prefere fumar maconha porque o uso da pílula de THC demora muito para produzir seu efeito, e seus efeitos adversos, tais como sonolência, são mais duradouros. O efeito da maconha, por outro lado, é imediato e relativamente transitório, permitindo um melhor controle da dose pelo próprio paciente. Além disto, muitos casos os paciente não conseguem engolir a pílula de THC ou qualquer outro remédio disponível, ou acabam vomitando o remédio imediatamente após sua ingestão. **Para esses casos, a inalação da maconha se mostra uma ótima alternativa.** (MALCHER-LOPES; RIBEIRO, 2007, p. 73) (grifo nosso)

São evidentes, as diversas formas que se pode fazer uso da *Cannabis*. Cabe esclarecer, que a maconha vaporizada não é igual à fumada, inclusive não é recomendável fumar, isso porque, de acordo (Asthon, 1999 apud Honório et al., 2006) “o fumo crônico da maconha provoca alterações das células do trato respiratório e aumenta a incidência de câncer de pulmão entre os usuários”. Os vaporizadores são eficazes, principalmente pra minimizar os danos. No vapor, contêm todas as substâncias medicinais presentes na *Cannabis* (canabinóides), mas sem a implicação danosa causada pela combustão (GAGAU, 2014).

Hazekamp e Grotenhermen (2010) avaliaram 37 estudos controlados com os resultados terapêuticos de derivados da *Cannabis Sativa* e concluem que os canabinóides apresentam um interessante potencial terapêutico, principalmente como analgésico em dor neuropática, estimulante do apetite em moléstias debilitantes (câncer e aids), bem como no tratamento de esclerose múltipla”.

Com relação à ação antiinflamatória, a maconha também tem se mostrado eficaz, principalmente os canabinóides THC, CBC e CBD. O CBD, para minimizar a inflamação crônica quando ministrado por via oral. Dentre as inflamações, a artrite reumatóide vem sendo tratada pelo canabidinol, pois está sendo constatado como uma ótima opção, por ser confiável e eficiente (MALCHER-LOPES; RIBEIRO, 2007).

A *Cannabis* tem apresentado como um bom analgésico e tem sido usada com sucesso para cuidar de enfermidades como a esclerose múltipla, espasmo e dores em membros fantasmas. Por se tratar de dores muito bruscas, com os analgésicos tradicionais nem sem se obtêm êxito. A maconha é uma ótima alternativa com relação à morfina, pois, apesar desta ser eficaz para diminuir a dor, o uso recorrente pode desencadear uma grave dependência física (MALCHER-LOPES; RIBEIRO, 2007, p.79).

Apesar de costumeiramente se ouvi falar que a erva causa dependência física, vários cientistas tem demonstrado que tal afirmação não é verídica. De acordo

Petersen (1980) a “Cannabis não causa dependência física (como a cocaína, heroína, cafeína e nicotina) e que a suspensão do uso não causa síndrome de abstinência (como álcool e a heroína). Seu uso prolongado em certas circunstâncias causa dependência psicológica, e pode levar ao consumo de outras drogas”.

Devido ao fato do THC e do CBD presentes na erva em quantidades elevadas, serem excelentes para a diminuição da dor, a Bayer adquiriu no ano de 2004 direitos específicos para vender extratos padronizados de maconha, comercializados sob a denominação de Sativex para aplicação sublingual, o medicamento é em forma de spray (MALCHER-LOPES; RIBEIRO, 2007, p. 80). Vale ressaltar a história de Juliana Paolinelli, em reportagem da revista ISTOÉ por Brandelise e Perez (2014):

Aos 17 anos, Juliana Paolinelli, hoje com 34, foi diagnosticada com um problema de coluna chamado espondilolistese congênita, já no último grau, o quarto. Depois de duas cirurgias desenvolveu a síndrome da cauda eqüina, lesão nos nervos na parte baixa da coluna. Usava várias drogas e uma bomba de morfina implantada internamente. Um dia soube que a maconha ajudava e resolveu testar. Sentiu o incômodo ser aliviado. Aos 29 anos, engravidou, parou de tomar os remédios e só usava cannabis. “Certamente teria resultados mais efetivos se usasse uma medicação controlada”. Deu entrada com o pedido na defensoria pública de Minas Gerais para que o medicamento sativex, composto de cannabis, seja importado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). (BRANDALISE; PEREZ, 2014)

Cabe salientar, que como forma de obter o THC, Paolinelli continua fumando a *Cannabis*, pois a burocracia e o custo do Sativex ainda não permitiram que a mesma pudesse testar o medicamento.

Na esclerose múltipla, como já foi dito, a maconha se mostra como uma boa alternativa. Tanto o THC como a erva fumada são usados para amenizar os sintomas da doença. As pílulas de THC são recomendadas para uso noturno, pois devido o resultado ser prolongado e também por ser sedativa (MALCHER-LOPES E RIBEIRO, 2007, p. 81). No Brasil, há relatos de pessoas com esclerose que se utilizam desse método, vale ressaltar o caso de Gilberto Castro:

Há 15 anos, Gilberto Castro, foi diagnosticado com esclerose múltipla, doença degenerativa do sistema nervoso. No caso dele, os sintomas mais dolorosos eram os espasmos, e os corticóides não tinham o efeito esperado. “Até que um médico sugeriu usar cannabis”, diz. Segundo Castro, a erva foi essencial. “Eu não tinha mais algumas sensações do corpo e passei a ter de novo. “O designer defende a legalização do uso medicinal. “Só uso a maconha que tenho acesso, a da rua, porque é minha única

opção”, afirma. “Meus médicos sabem que fumo, mas só poderão me indicar um remédio quando as substâncias forem legais”. (BRANDALISE; PEREZ, 2014)

Apesar do importante salto com a reclassificação do canabidiol, que agora está no rol das substâncias de uso controlado, o THC continua proscrito, e por isso nenhum medicamento que contém esse canabinóide na sua fórmula não pode ser receitado por nenhum médico e nem importado legalmente, exceto por um pedido excepcional na Anvisa que pode ser muito demorado devido a grande burocracia e ainda, por via judicial.

Falando em CBD, o seu uso oral tem sido testado em pacientes epiléticos e apresentado uma ótima eficácia. Inclusive, convém lembrar que o uso da maconha para tratar da epilepsia é conhecido há anos. Malcher-Lopes e Ribeiro (2007) acentuam que “uma pesquisa feita em 2004 nos Estados Unidos mostrou que 21% dos pacientes de epilepsia entrevistados testaram o uso da maconha e a quase totalidade destes obteve resultados satisfatórios, com diminuição das convulsões”. Como já foi dito, há anos que no Brasil já se fazia uso das substâncias da *Cannabis*, mas ganhou maior repercussão, com o caso da criança Anny Fischer, sua mãe Katiele Fisher entrou com um pedido judicial para importar dos EUA, um medicamento à base de CBD, é interessante relatar o quadro da criança após iniciar o tratamento:

Com apenas 6 anos, Anny Fisher, de laranja, é um símbolo da luta pela liberação de um medicamento à base de canabidiol (CBD), usado para tratamento de um tipo de doença genética rara, a CDKL5. O diagnóstico veio aos 4 anos. Os pais, Katiele e Noberto Fischer, desesperados ao verem Anny tendo 80 convulsões por semana, souberam da droga que poderia ajudá-la e a importaram ilegalmente de uma empresa americana. Na terceira vez que o produto entrou no Brasil, foi encaminhado para Anvisa. “Mas não consegui resolver e não podíamos esperar. Então entrei com uma liminar”, diz Katiele. Com o CBD, as convulsões de Anny caem drasticamente – chegaram a apenas três. “Queremos que o CBD se torne acessível para todos que precisam”. (BRANDALISE; PEREZ, 2014)

A reclassificação da substância, que ocorreu em janeiro do presente ano, vai facilitar o acesso daqueles que necessitam do CBD. Os benefícios da *Cannabis*, não se limitam apenas aos que foram citados, estudos de pesquisadores renomados tem demonstrado que a erva pode ser uma ótima saída para tratar diversas outras doenças. No entanto, vale salientar, que assim como qualquer outra planta que é

utilizada para produzir medicamento, também possui suas reações adversas, da qual trataremos a seguir.

Os que são contra o uso da maconha medicinal no Brasil, argumentam que isso seria uma forma de se incentivar o uso recreativo. E com isso geraria catastróficas para a saúde pública por conta das graves reações adversas, causadas pela erva. Gorman e Huber (2007) dissertam que “consiste com outros estudos, as leis que permitem o uso médico da maconha não parecem aumentar seu uso recreativo”.

Carline (2011) revela que dezenas de trabalhos científicos que são realizados em seres humanos com o uso da maconha medicinal, há uma ausência efeitos adversos graves. Com relação ao exposto, um editorial do *Canadian Medicinal Association Journal* (2008), afirma que “A atual revisão da evidência de ensaios clínicos de canabinoides e extratos de cannabis para indicação médica sugere que os efeitos negativos da sua utilização em curto prazo são modestos”. Mas se faz necessário uma pesquisa, para analisar esses efeitos em longo prazo.

Todos os medicamentos têm seus benéficos, mas pode provocar uma reação indesejada, não vai haver nenhum remédio que na bula expressa que não provoca nenhum tipo de reação adversa, e é claro que isso também vale para as plantas (CARLINE, 2011). Disserta Araújo (2015), que alguns opióides permitidos causam efeitos colaterais e dependência em níveis bem mais elevados, no entanto a gama de benefícios são maiores que os perigos, devido à utilização sob supervisão médica. É através desse equilíbrio que se verifica a utilidade terapêutica, e é por isso que não deveria ser diferente com a maconha e suas substâncias.

3.3 DO CONFLITO ENTRE A PROIBIÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS COM SUBSTÂNCIAS DA MACONHA VERSUS O DIREITO À VIDA, A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E O DIREITO À SAÚDE

Com relação ao direito à vida, brilhantemente Canotilho (2000) assevera ser este é um direito subjetivo de defesa, para o autor existe dois viés desse direito fundamental, o primeiro se trata de uma garantia de “não agressão” e o segundo de uma proteção desse direito. Então, o Estado tem a obrigação de proteger o indivíduo

e não causar-lhe a morte e tem-se ainda este indivíduo o direito à vida diante das outras pessoas, estes não podem praticar ações que atentem contra a vida de outrem.

Para De Cupis (1961), pode-se definir a vida devido à existência biológica. O autor afirma que este é um direito inato, obtido através do nascimento, e, portanto é intransmissível, irrenunciável e indisponível. Cabe aqui ressaltar que o direito à vida é o mais fundamental dos direitos fundamentais.

Não seria exagero dizer que o referido princípio é o mais importante do ordenamento jurídico brasileiro. Que todos os demais direitos só são possíveis através deste. Este direito está consagrado na Constituição Federal, no artigo 5º caput, que assegura a inviolabilidade do direito à vida, trata-se de um direito absoluto, diferente dos demais que são apenas relativos, e tem eficácia plena, ou seja, possui efeitos de imediato e não há necessidade de normas infraconstitucionais para restringi-lo ou regulamentá-lo. Inclusive é protegido por ser uma cláusula pétrea, e, portanto não pode ser abolida da CRFB/88.

Nas palavras de Alexandre de Moraes (2000, p.62): “A Constituição Federal proclama, portanto, o direito à vida, cabendo ao Estado assegurá-lo em sua dupla acepção, sendo a primeira relacionada ao direito de continuar vivo e a segunda de se ter vida digna quanto à subsistência”. Sem garantia do direito à vida, todos os demais estariam prejudicados. Não haveria o que se falar em dignidade da pessoa humana ou em direito à saúde.

A Proteção ao direito à saúde está expressa na Declaração Universal das organizações das Nações Unidas (ONU), de 1948, em que enfatiza que a saúde e o bem-estar da humanidade são direitos fundamentais do ser humano. Vale salientar, que assim como a ONU, diversas convenções de tratados internacionais que o Brasil tem ratificado também fazem menção ao direito a saúde como sendo um direito social fundamental.

Ainda, com relação ao plano internacional, cabe destacar que a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH), assim como tem feito a Convenção Americana de Direitos Humanos e seu protocolo, tem afirmado que a fruição do direito à vida está intrinsecamente relacionado ao fornecimento de condições que possibilitem a tutela à integridade física, psicológica e moral do indivíduo. O direito à vida possui uma intrínseca relação com o direito à saúde.

Sendo este é um direito social fundamental, disciplinado no art. 6^o³ da Constituição brasileira, que dispõe:

Art. 6^o **São direitos sociais** a educação, **a saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 64, de 2010). (grifo da autora).

Para Salazar (2009, P.13): “a saúde se liga umbilicalmente ao direito à vida, vida digna, integrando o núcleo essencial do princípio da dignidade da pessoa humana”. Podemos elencar a saúde com o mínimo existencial, que vem a ser o acesso ao hospital público, a medicamentos necessários, ser atendido por profissionais qualificados, são alguns exemplos.

A saúde é um direito subjetivo, que deve ser tutelado pelo poder público. A Constituição assegura no art. 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, indicando ao Poder Público o caminho para assegurá-lo: mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Da leitura do supracitado artigo, pode-se analisar que o constituinte teve a preocupação em coagir o Estado a oferecer aos cidadãos brasileiros prestações de saúde sem qualquer empecilho. São inclusas nessa prestação estatal, o dever de adotar ações de promoção, proteção e recuperação de saúde. O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo também coaduna com esse posicionamento, e acentua que:

1. ADRIANO DE CUPIS, no merecidamente clássico / Diritti della Personalità, lecionou que a tutela complementar da vida, da integridade física e da saúde reclama a garantia dos meios econômicos e financeiros idôneos a prover os cuidados necessários à preservação ou reintegração desses bens da personalidade, e observou que o Estado se obriga a assegurar o fornecimento desses meios para tornar possível a gratuidade da cura dos necessitados. 2. "O art. 196 da Constituição Federal estabelece como dever do Estado a prestação de assistência à saúde e garante o acesso universal e igualitário do cidadão aos serviços e ações para sua promoção, proteção e recuperação. **O direito à saúde, como está assegurado na Carta, não deve sofrer embaraços impostos por autoridades administrativas, no sentido de reduzi-lo ou de dificultar o acesso a ele**" (RE 226.835 -STF -1a Turma -Ministro ILMAR GALVÃO). 3.

³ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 31 de jan. de 2015

A jurisprudência dos Tribunais superiores, a despeito de que dissidie quanto à natureza da norma inscrita no art. 196 da Constituição Federal de 1988, vale dizer, se norma de eficácia contida (ou restringível) ou se norma programática, é consensual em que se aplique ela de imediato, pois, ainda a entender-se programática, essa norma "não pode converter-se em promessa constitucional inconstitucional, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado" (AgR no RE 271.286 -STF -2* Turma -Ministro CELSO DE MELLO; cfr., em acréscimo, RE 264.269 -STF -1* Turma -Ministro MOREIRA ALVES; RE 247.900 -STF -decisão do Ministro MARÇO AURÉLIO; RE 267.612 -decisão do Ministro CELSO DE MELLO; REsp 212.346 -STJ -2" Turma -Ministro FRANCIULLI NETTO; RMS 11.129 -STF -2* Turma -Ministro FRANCISCO PEÇANHA MARTINS; REsp 625.329 -STF -1* Turma -Ministro LUIZ FUX) (TJ-SP - AGR: 578447620088260114 SP 0057844-76.2008.8.26.0114, Relator: Ricardo Dip, Data de Julgamento: 21/03/2011, 11ª Câmara de Direito Público, Data de Publicação: 05/04/2011) (grifo da autora)

As jurisprudências dos tribunais brasileiros como também do órgão de cúpula do Poder Judiciário, tem decidido no sentido de que é papel do Estado não somente criar normas que possibilitem o direito à saúde, como também da concretização dessas normas, permitindo dessa forma o pleno acesso dos brasileiros a esse direito essencial.

Esse direito social fundamental, também vem sendo regulamentado em normas esparsas, a exemplo da Lei Nº 8.080/90⁴, que é responsável por trazer as regulamentações do Sistema único de Saúde e preceitua que:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; (grifo nosso)

⁴ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 01 de fev. de 2015.

Dos artigos mencionados pode-se concluir que a assistência terapêutica é o conjunto de ações que o Estado oferece ao indivíduo analisando suas necessidades clínicas, e que essa análise é individual para cada caso. Apesar do art. 19-M, I e II da Lei nº8.080/90 que se trata de uma norma organizacional, de grande valia, sobretudo pra planejar o financiamento da assistência farmacêutica, não deve impedir à consideração de novas terapias e fornecê-las aos pacientes que tem encontrado nelas a cura de enfermidades ou uma melhora na qualidade de vida.

Vale aqui frisar que o artigo supracitado disserta que é proibido em todas as esferas do SUS, a dispensa, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, que seja nacional ou vindo do exterior, que não tema registro na ANVISA. O Ministério Público do Distrito Federal na Ação Civil Pública nº0802543-14.2014.4.05.8200⁵, considera esse dispositivo da lei inconstitucional, pois lei ordinária não pode restringir onde a Constituição não o faz.

Relata ainda o *parquet* que reconhece o papel da ANVISA, em controlar, registrar e aprovar medicamentos e outros recursos terapêuticos no Brasil, mas que a não aceitação dos medicamentos derivados da *Cannabis Sativa* está relacionado muito mais ao fato de que a planta é proibida no país do que a impossibilidade de que tais produtos preencham as imposições de eficácia e segurança para a sua administração em pacientes humanos.

As jurisprudências dos tribunais brasileiros não têm acatado o art. 19 da Lei nº 8.080/90, pois sabidamente compreendem que a Constituição deixa claro que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Sobre o tema, o seguinte precedente:

ADMINISTRATIVO, CONSTITUCIONAL E PROCESSO CIVIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). TRATAMENTO MÉDICO NO EXTERIOR. UNIÃO E ESTADO DO CEARÁ. LEGITIMIDADE PASSIVA. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL. MINISTÉRIO PÚBLICO. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. NATUREZA INDISPONÍVEL. LEGITIMIDADE ATIVA PARA MANEJO DE AÇÃO CIVIL PÚBLICA. PEDIDO INICIAL. EXISTÊNCIA E HIGIDEZ. ALEGAÇÃO DE IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA DO PEDIDO. CONFUSÃO COM O MÉRITO DA LIDE. CUSTEIO DE TRATAMENTO MÉDICO NO EXTERIOR PELO SUS. AUSÊNCIA DE VEDAÇÃO LEGAL. MSUD ("MAPLE SYRUP URINE DISEASE"). TRATAMENTO ATRAVÉS DE TRANSPLANTE DE FÍGADO. CENTRO MÉDICO NO EXTERIOR. ÚNICO COM EXPERIÊNCIA E PROTOCOLO ESPECÍFICO. AUSÊNCIA DE REALIZAÇÃO ANTERIOR DESSA CIRURGIA NO BRASIL. CUSTO FINANCEIRO DO TRATAMENTO NO EXTERIOR APENAS UM POUCO SUPERIOR. SOPESAMENTO DOS INTERESSES FINANCEIRO DA

⁵ Disponível em: <<http://www.prdp.mpf.mp.br/>> Acesso em: 01/02/2015

ADMINISTRAÇÃO E DO MENOR SUBSTITUÍDO. RISCO À INTEGRIDADE FÍSICA E À VIDA MAIOR NO TRATAMENTO LOCAL. PREVALÊNCIA DOS INTERESSES DO MENOR. REALIZAÇÃO DO TRANSPLANTE NO EXTERIOR. DIREITO. EXISTÊNCIA. CUSTEIO DA VIAGEM E ESTADIA NO EXTERIOR. ALTO CUSTO. AUSÊNCIA DE PROVA DE DESNECESSIDADE. CABIMENTO. 1. **A jurisprudência do STJ encontra-se pacificada no sentido de que as ações relativas à assistência à saúde pelo SUS (fornecimento de medicamentos ou de tratamento médico, inclusive, no exterior) podem ser propostas em face de qualquer dos entes componentes da Federação Brasileira (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), sendo todos legitimados passivos para responderem a elas, individualmente ou em conjunto.** 2. Em face da legitimidade passiva da UNIÃO nesta causa, resta evidenciada a competência da Justiça Federal para seu processamento, afastando-se a preliminar de incompetência deduzida pela UNIÃO. 3. **A jurisprudência do STJ encontra-se, também, pacificada quanto à legitimidade do Ministério Público para propor ação civil pública, bem como quanto ao cabimento da utilização desse instrumento processual, na defesa do direito à vida e à saúde de pessoa determinada para fins de fornecimento a ela de tratamento médico, em face da natureza indisponível desses direitos.** 4. A petição inicial desta ação civil pública tem pedido principal (fl. 18), sendo este de idêntico conteúdo ao pedido liminar, vez que a tutela antecipada pleiteada abrange na integralidade o objeto da lide, não havendo qualquer óbice processual a que o pedido principal seja de confirmação da liminar ou de concessão das medidas ali postuladas, caso anteriormente não deferidas. 5. A preliminar de impossibilidade jurídica do pedido deduzida pelo Estado do Ceará, confunde-se com o mérito da lide, devendo com ele ser analisado. 6. Os arts. 1.º e 23 da Lei n.º 8.080/90 vedam, apenas, a exploração da assistência à saúde através do SUS por empresas estrangeiras ou de capitais estrangeiros, de forma direta ou indireta, no território nacional, não se constituindo em óbice a que seja prestada essa assistência no exterior, nas hipóteses em que necessária. 7. Conforme corretamente analisado pela sentença apelada, o tratamento da MSUD ("Maple Syrup Urine Disease") (em português, Doença do Xarope do Bordo na Urina - DUXB) através de transplante de fígado, nos termos das informações médicas colhidas nos autos, nunca foi realizado no Brasil, havendo, apenas, um centro médico no mundo com protocolo específico para sua realização (Thomas E. Starzl Transplantation Institute, em Pittsburgh, Pennsylvania, EUA) e casos bem-sucedidos decorrentes desse tratamento. 8. As manifestações médicas transcritas pela UNIÃO em sua apelação e já existentes nos autos, sobretudo a do Hospital das Clínicas da UFRGS, apenas indicam, como já examinado na sentença apelada, que a possibilidade de realização dessa cirurgia no Brasil dependeria da confecção de protocolo médico específico, aquisição de equipamentos e de solução parental necessária à estabilização metabólica, e de viagem de treinamento de membro da equipe médica ao exterior para capacitação técnica. 9. Na hipótese, conforme, também, bem analisado na sentença apelada, em sendo os custos médicos do tratamento cirúrgico do menor substituído no exterior, em face de descontos e subvenções conseguidas, apenas um pouco superior ao de seu tratamento no Brasil, não há razoabilidade na sua submissão ao tratamento local por equipe sem experiência na modalidade específica de transplante em questão, como o demonstram as necessidades de criação de protocolo específico e aquisição de equipamentos e solução parental, com maior risco à sua integridade física e à sua vida, devendo, na hipótese, prevalecer o interesse dele na proteção desses bens jurídicos indisponíveis. 10. Ademais, conforme ressaltado pelo MPF em suas contra-razões, a simples manutenção do tratamento alimentar especial ao qual submetido o menor substituído, conforme notas fiscais juntadas aos autos, já supera o valor de seu tratamento cirúrgico no exterior, além de não atender completamente

aos interesses na proteção à sua saúde em face dos riscos à saúde aos quais constantemente expostos, não sendo, também, razoável, sequer do ponto de vista financeiro estatal, a sua não submissão ao tratamento objeto da condenação judicial de 1.º Grau. 11. O menor substituído, ademais, em face da execução provisória da tutela antecipada deferida nestes autos, após a revogação das decisões que, temporariamente, a suspenderam, já teve a si concedidos os recursos necessários ao tratamento de saúde no exterior, conforme é possível verificar em consulta processual à execução provisória de sentença n.º 2005.81.00.006475-5, extraída destes autos e em trâmite na 5.ª Vara Federal da Seção Judiciária do Ceará, realizada através da página da Seção Judiciária do Ceará na rede mundial de computadores. 12. Na hipótese, o tratamento no exterior do menor substituído, em face das peculiaridades acima examinadas, não viola o art. 196 nem o art. 5.º, ambos, da CF/88, não representando privilégio, mas, apenas, a adoção da medida administrativa mais razoável quando sopesados os custos para a Administração e os riscos decorrentes do local de tratamento médico para o referido menor. 13. Quanto ao custeio da viagem e estadia no exterior para o tratamento médico do menor substituído é ele parte integrante da assistência médica devida pelo SUS, não havendo, nos autos, prova de que seu fornecimento, em face dos altos valores envolvidos, seja desnecessário, razão pela qual é cabível a sua imposição, também, como parte da condenação judicial, nesse caso, a parcela imposta ao Estado do Ceará. 14. Não provimento das apelações. (TRF-5 - AC: 360863 CE 0020298-45.2004.4.05.8100, Relator: Desembargador Federal Rogério Fialho Moreira, Data de Julgamento: 05/11/2009, Primeira Turma, Data de Publicação: Fonte: Diário da Justiça Eletrônico - Data: 19/11/2009 - Página: 176 - Ano: 2009). (grifo nosso)

Dessa forma fica claro que o direito a uma vida digna e saudável não podem ser impedidos por uma norma infraconstitucional que fere diversos preceitos constitucionais. Como já foi dito, existe uma conexão entre o direito à vida, à saúde e a dignidade da pessoa humana, ponto que passaremos a dissertar. A dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, assim está descrito no art. 1º⁶ da CRFB/88:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania;

II - a cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político. (grifo nosso).

A dignidade é inerente ao ser humano. Já dizia Kant (2004) que cada pessoa é um fim de si mesma, ou seja, a vida de cada um tem um valor intrínseco. Para Neto (2012, p. 33) “a dignidade pode ser definida como o valor superior, que

⁶ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 02 de fev. de 2015.

distingue a coisa e que coloca em posição de destaque frente a todas as outras e que está relacionada com o seu próprio fim. Ainda, preceitua o autor que:

Pode-se ver que a dignidade da pessoa humana é o fundamento de onde se irradiam todos os demais direitos fundamentais. É a própria razão de existir dos demais direitos fundamentais. Nada obstante, permanece como um conceito aberto. É impossível precisar o conceito a um ponto de certeza e detalhamento que sufoque o desenvolvimento e a expansão dos direitos fundamentais. Aliás, é precisamente aí que reside a sua força. A dignidade da pessoa humana dá respostas diferentes às situações concretas, exige sempre uma nova interpretação dos direitos fundamentais, fazem-nos evoluir e expandir-se sempre para assegurar que o ser humano, a maravilha da terra, como diz Sófocles, e a busca da sua própria realização sejam sempre o fim de todo resto. (JORGE NETO, 2012, p. 33).

Por ser um dos fundamentos da República, a dignidade da pessoa humana vem sendo violada pela ANVISA quando proibi o uso da maconha e suas substâncias (exceto o canabidiol). Enquanto os médicos não puderem receitar legalmente tratamento com os canabinóides, e as pessoas necessitadas recorrerem à tutela jurisdicional para garantir o uso desses componentes ou ainda se arriscar a comprar sem segurança produtos das mãos de traficantes, ainda não se pode dizer que a sociedade brasileira tem o direito á saúde assegurada.

Dworkin (2005) assevera que em caso de violação de direitos individuais, o Poder Judiciário deve sempre decidir de acordo os princípios, não se levando em relevância os argumentos de procedimento meramente políticos, portanto o julgador não irá deixar de tutelar o direito à saúde do litigante com a desculpa de que o custeio do tratamento para cura de doença rara está fora das políticas públicas aceitadas. Ele poderia se valer de outro princípio, mas não com argumentos políticos e econômicos.

Cumpra aqui ressaltar que a colisão entre regra e princípio a conclusão é que o princípio deve prevalecer. Utilizando das palavras do renomado doutrinador Celso Antônio Bandeira de Mello (2000, p. 747) sobre a questão, este argumenta que: “violar um princípio é mais grave que transgredir uma norma qualquer... É a mais grave forma de ilegalidade e inconstitucionalidade”. Portanto, desrespeitar uma norma constitucional seria o mesmo que romper com a própria constituição, a proibição administrativa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária tem violado os direitos fundamentais supracitados com a proibição do uso medicinal da maconha.

4 A TRANSFORMAÇÃO NO CENÁRIO NACIONAL COM A RECLASSIFICAÇÃO DO CANABIDIOL E A VIABILIDADE DA AMPLA LIBERAÇÃO DA MACONHA MEDICINAL

A maconha já vinha sendo utilizada como remédio no Brasil a um bom tempo, mas a repercussão maior foi no ano passado com a luta travada na justiça por Katielle Fischer, mãe de Anny, para que pudesse importar pra filha um medicamento à base de canabidiol. O caso de Anny foi o estopim para diversos outros que vieram à tona.

Com a proibição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que não permitia o uso de medicamentos com canabinóides no Brasil e nem importado do exterior, não restou alternativa senão buscar a tutela jurisdicional para efetivar os direitos fundamentais daqueles que precisam da maconha medicinal.

Será dissertado ainda, as discussões e reuniões da Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre os componentes da *Cannabis* para uso terapêutico. A importante ação do Conselho Federal de Medicina, que de forma inédita liberou que médicos neurocirurgiões e psiquiatras pudessem prescrever a erva para uso terapêutico. Esse foi um passo fundamental, para que posteriormente a Anvisa reclassificasse o canabidiol.

Tem-se feito uma forte campanha para a legalização da *Cannabis* medicinal, por isso será abordada qual tem sido a função do poder legislativo com essa mudança no cenário nacional. E também analisar o papel do Poder executivo, através do Ministério da Saúde, e dissertando de que forma ele tem contribuído para garantir o direito à saúde dos pacientes que precisam da maconha medicinal, tendo em vista ser este um dever do Estado.

Por fim, serão abordadas quais as mudanças de fato ocorridas após a liberação do CBD, tendo em vista que foi uma importante inovação para sociedade brasileira, mas que não se pode dá o assunto por encerrado, pois ainda há muito que se fazer para que o amplo uso terapêutico da maconha seja devidamente liberado.

4.1 A BUSCA DO JUDICIÁRIO PARA A GARANTIA E PROTEÇÃO DOS DIREITOS CONSTITUCIONAIS DAQUELES QUE NECESSITAM FAZER USO DA MACONHA MEDICINAL

O ano de 2014 foi marcado por diversas transformações no cenário brasileiro, tanto na medicina como no direito. Pois, após décadas a *Cannabis Sativa* sendo marginalizada, eis que então volta aos holofotes nacionais, não mais para ocupar as páginas policiais, mas sim como uma esperança para centenas de pessoas, que viram nas substâncias encontradas nessa planta uma relevante melhora na qualidade de vida.

Até então a maconha era tratada com preconceito, mas após a batalha de Katiele Fisher, mãe de Anny Fisher, para conseguir a importação de um remédio à base de CBD, para sua filha que sofre de uma síndrome rara, a planta começou a ser vista com outros olhos pela mídia e também pela sociedade. No entanto, os benefícios terapêuticos, já eram conhecidos pelos cientistas brasileiros, que há anos fazem pesquisas com os canabinóides, porém, sempre tiveram uma grande dificuldade devido aos entraves feitos pelo governo.

Após a filha começar a ter diversas convulsões por dia, e depois de tentar diversos tratamentos médicos, inclusive se submetendo a uma cirurgia para colocar um marca-passo no nervo vago, sem obter sucesso, os pais souberam da eficácia do canabidiol e resolveram importar o remédio para testar na criança. No relatório do processo nº 24632-22.2014.4.01.3400⁷, descreve que Anny tinha de 30 a 80 crises convulsivas na semana, após a administração do CBD ocorreu uma redução das crises até a completa cessação, inclusive os pais chegaram a interromper o uso da substância, para verificar sua eficácia e as crises voltaram, e assim que foi reiniciado o tratamento as convulsões cessaram. O pai da menina em entrevista ao Programa Fantástico, da Rede Globo, disse que “a gente chegava perto da Anny, falava o nome dela e ela olhava a gente nos olhos. Isso não tem palavras. Vale qualquer sacrifício, qualquer esforço, você saber que ela voltou a te olhar nos olhos”.

Na terceira vez que o casal importou o medicamento, foi barrado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, pois cabe ressaltar que o remédio não é registrado

⁷ Disponível em: <<http://portal.trf1.jus.br/sjdf/>> Acesso em: 02 fev. 2015

no Brasil e também a *Cannabis* é uma planta de uso proscrito no país. Após esse episódio, Norberto e Katiele Fisher começaram uma luta para garantir a filha o direito de ter uma vida melhor e mais tranquila e de amenizar o sofrimento da uma criança de apenas cinco anos. Foi então, que resolveram os pais buscar a tutela jurisdicional, para ter os direitos fundamentais à vida e a saúde assegurados.

Adentraram com ação na Justiça Federal do Distrito Federal, com pedido de tutela antecipada, tendo em vista a gravidade e a necessidade da demanda. Em abril de 2014, o juiz Bruno Apolinário deferiu o pedido da autora e ordenou que a Anvisa liberasse importação. De acordo o magistrado, diante dos fatos apresentados e ainda, do relatório de renomados médicos e pesquisadores da *Cannabis* medicinal, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, a melhor solução para a lide seria a liberação para a importação do remédio.

O juiz ressalta o importante papel da Anvisa na fiscalização e controle dos medicamentos de uso humano, mas que a significativa melhora da menina e a morosidade da autarquia até concluir se a substância de fato é segura, iria prejudicar à saúde da paciente. No final da sua decisão, Bruno Apolinário (2014) assegura que “pelos progressos que a autora tem apresentado com o uso da substância, com uma sensível melhora da qualidade de vida, seria absolutamente desumano negar-lhe a proteção requerida”.

Com essa inédita decisão judicial, à busca pelo judiciário para resolver esse conflito foi cada vez maior. Em vários estados do país, familiares e pacientes procuravam judicialmente a segurança para a garantia de direitos que na verdade é dever do Estado tutelar. E o estado-juiz não se esquivava em analisar tais questões, em respeito ao princípio da inafastabilidade do controle jurisdicional, anunciado no art. 5º, XXXV, da Constituição Federal de 1988, esse princípio é acionado toda vez que os anseios dos indivíduos não forem satisfeitos espontaneamente, poderão se valer da tutela do poder judicante.

Por conta da grande quantidade de pessoas que ingressaram com uma demanda individual para conseguir a importação dos canabinóides, e com sucesso, pois a maioria dos magistrados se mostravam favoráveis as necessidades dos pacientes, todos sopesando o direito à vida e a saúde acima qualquer proibição, foi então, que as procuradorias do Ministério Público Federal começaram a entrar com uma ação civil pública, por se tratar de direito coletivo. O primeiro caso foi no estado

da Paraíba, em que a Procuradoria da República para facilitar a aquisição do canabidiol a 16 pessoas, dentre elas crianças e adultos do estado.

Com a reclassificação do CBD, não é mais necessário o pedido na justiça para adquirir o componente da maconha para uso medicamentoso. No entanto, o tetrahydrocannabinol (THC) e a maconha vaporizada, mesmo sendo comprovados seus benefícios para o tratamento de diversas enfermidades, como em pacientes de esclerose múltipla, dores crônicas e usa-se também para amenizar os sintomas causados pela quimioterapia, ainda se encontram no rol de substâncias proscritas. Portanto, para adquirir essas substâncias para utilização terapêutica, faz-se imprescindível ainda, a busca do poder judiciário.

O procedimento comum para adquirir acesso ao remédio é moroso, e acaba prejudicando o paciente, e por isso a alternativa mais viável é procurar o judiciário pra facilitar a importação do medicamento. As decisões dos magistrados tem se mostrado favorável aos pacientes, sobretudo colocando o direito à vida e à saúde como o motivo principal para deferir as demandas, a exemplo do caso de Juliana Paolinelli em que o Tribunal Regional Federal da Primeira Região, Seção Judiciária do Estado de Minas Gerais deferiu a ação da autora, que sofre de um problema de coluna chamado espondilolistese congênita em último grau e necessita de um medicamento à base de THC e CBD como pode se analisar:

O medicamento pretendido (Sativex), além de não conter com registro prévio, inclui em sua composição substâncias psicotrópicas proscritas em ato normativo específico editado pela própria agência reguladora ré, qual seja, a Portaria nº 344/98. Sendo assim, referida condição impõe à autora inserir-se na clandestinidade para aquisição e utilização de psicotrópico proscrito. Por sua vez, do que se extrai da interpretação conjunta do disposto no art. 7º, VIII e IX, c/c o art. 8º, § 1º, da Lei nº 9.782/99, vê-se que constitui efetiva incumbência da Agência Nacional Vigilância Sanitária – ANVISA, regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública, (...) conceder registros de produtos e (...) anuir com a importação e exportação de medicamentos de uso humano suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias. Portanto, inquestionável a legitimidade da referida entidade para dispor sobre a concessão do registro do medicamento – o que faria em um momento futuro -, bem ainda para permitir sua importação. Entretanto, tratando-se de matéria eminentemente técnica, que pelas próprias particularidades envolvidas, demanda necessariamente a realização de pesquisas e, por vezes, a participação de órgão diverso, é de se presumir que os referidos procedimentos demandem tempo considerável de análise para que se chegue uma conclusão quanto à conveniência de seu registro ou eventual liberação de importação. Tempo este, contudo, com o qual a autora inquestionavelmente não conta. Assim, tendo em conta o delicado quadro clínico apresentado pela autora, a ausência de tratamentos alternativos e, por fim, o fato de que a disponibilização dar-se-ia tão

somente de forma unitária – privilegiando no caso presente um único cidadão nacional – **sopesada a garantia constitucionalmente assegurada de acesso à saúde, em confronto com o dever conferido à ré de perquirir acerca de eventuais riscos que o referido medicamento possa representar à saúde pública, entendendo pela prevalência do primeiro interesse tutelado.** Sendo inquestionável a presença do *periculum in mora*, entendendo igualmente caracterizada a plausibilidade das alegações, necessária ao deferimento da medida de urgência pretendida. (Decisão proferida nos autos da ação nº 0065693-21.2014.4.01.3800, pelo Juiz DA 13ª Vara Federal de MG) (grifo nosso)

A contribuição judicial tem sido de grande importância na concretização do direito à saúde, como se pode notar. Cabe aqui ressaltar as palavras de Neto (2012) expressa este que “a lógica-formal teve de ser abandonada com a ilusão de que a lei seria capaz de prever e oferecer todas as respostas para os conflitos jurídicos”. E que a decisão judicial, diferentemente do que o pensamento kelseniano dissertava, não é fruto apenas da vontade única e exclusiva do magistrado e sim fruto de um processo dialético discursivo que busca a melhor solução para o litígio (KELSEN, 2003).

Para o Ministro do Supremo Tribunal Federal Luis Roberto Barroso, essas decisões do poder judiciário em questões de repercussão política e social, que não são solucionadas por suas respectivas instâncias políticas tradicionais, a exemplo o Poder Legislativo e Poder Executivo é chamado de *judicialização*, que se caracteriza por uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. Para o autor, há diversos fatores para a ocorrência desse fenômeno. Algumas delas foram inspiradas em fatores mundiais; outras estão diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro.

No caso em tela, trata-se da judicialização da saúde, que ocorre quando, esse direito fundamental social que é dever do Estado não é concretizado por este, e com isso é indispensável à tutela judicial. As pessoas que necessitam de medicamento ou tratamento com o uso da maconha, exceto o CBD, precisam ainda da proteção do poder judiciário para conseguir.

Por fim, vale frisar que, os magistrados avaliaram como positiva a reclassificação do canabidiol para a lista das substâncias de controle especial no Brasil. Inclusive, em nota, o presidente da Associação dos Magistrados Brasileiros (AMB), o desembargador João Ricardo Costa, asseverou que o Judiciário teve um importante papel no processo e que a decisão da Anvisa era necessária para

garantir e dar continuidade ao avanço do tema. Para a AMB essa decisão dessa autarquia, é prova do reconhecimento dos diversos casos que chegaram à justiça com escopo de garantir o tratamento terapêutico com a *Cannabis*.

4.2 O POSICIONAMENTO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA E DA AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Desde meados do início de 2014 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária discutia a possibilidade da liberação do canabidiol. Ocorre que, devido à inércia da referida autarquia, o Conselho Federal de Medicina, em defesa dos pacientes, editou a Resolução 2.113/2014, em 30 de outubro de 2014 que permitia a prescrição do CBD, para crianças e adolescentes em casos de epilepsia grave sem alternativa terapêutica satisfatória com produtos registrados no país. Acentua a Resolução que:

Art. 1º Regular o uso compassivo do canabidiol como terapêutica médica, exclusiva para o tratamento de epilepsias na infância e adolescência refratárias às terapias convencionais;

Art. 2º Restringir a prescrição compassiva do canabidiol às especialidades de neurologia e suas áreas de atuação, neurocirurgia e psiquiatria; Parágrafo único. Os médicos prescritores do uso compassivo de canabidiol deverão ser previamente cadastrados no CRM/CFM especialmente para este fim (anexo I);

Art. 3º Os pacientes submetidos ao tratamento compassivo com o canabidiol deverão ser cadastrados no Sistema CRM/CFM para o monitoramento da segurança e efeitos colaterais. (anexos II e III);

§ 1º Os pacientes submetidos ao tratamento com o canabidiol deverão preencher os critérios de indicação e contra-indicação para inclusão no uso compassivo e doses adequadas a serem utilizadas (anexo IV);

§ 2º Os pacientes submetidos ao tratamento compassivo com o canabidiol, ou seus responsáveis legais, deverão ser esclarecidos sobre os riscos e benefícios potenciais do tratamento por Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (anexo V);

Art. 4º É vedado ao médico à prescrição da *cannabis in natura* para uso medicinal, bem como quaisquer outros derivados que não o canabidiol;

Parágrafo único. O grau de pureza do canabidiol e sua forma de apresentação devem seguir as determinações da Anvisa.

Art. 5º Esta resolução deverá ser revista no prazo de 2 (dois) anos a partir da data de sua publicação, quando deverá ser avaliada a literatura científica vigente à época;

Art. 6º Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Essa medida foi de extrema importância, pois enquanto a Anvisa não tomava nenhum posicionamento com relação ao CBD, antevendo a grande necessidade do

componente presente na maconha, o CFM de forma renovadora se adiantou e permitiu a prescrição como pode ser analisado.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde no Brasil, Criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro 1999. Essa autarquia sob regime especial tem como área de atuação não apenas um setor específico da economia, mas todos os setores relacionados a produtos e serviços que possam afetar a saúde da população nacional. A Portaria nº 344/98 da Anvisa, que foi atualizada pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 37/2012, trata-se de uma norma que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial no Brasil, o art. 61 da Portaria, dispõe que:

Art. 61 As plantas constantes da lista “E” (plantas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas) e as substâncias da lista “F” (substâncias de uso proscrito no Brasil), deste Regulamento Técnico e de suas atualizações, não poderão ser objeto de prescrição e manipulação de medicamentos alopáticos e homeopáticos.

A própria Portaria traz uma lista de medicamentos e substâncias sujeitos a controle especial, que só podem ser prescritas com apresentação e retenção de receita médica que esteja em conformidade com a previsão legal. A “LISTA – E” corresponde à lista de plantas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas, que consta a “*Cannabis sativa L*”. A “LISTA – F” trata-se das substâncias de uso proscrito no Brasil, sendo que se encontra na “LISTA F2” as substâncias psicotrópicas e a sob o nº 39, é o TETRAIDROCANABINOL ou THC.

Foi um avanço relevante para o Brasil, pois com a reclassificação, deixa evidente que a *Cannabis* tem uma utilidade terapêutica e que deve ser explorada. O Canabidiol foi retirado da lista das substâncias proibidas (F2) para a lista de substâncias controladas (C1), que pode ser prescritas por um médico por meio de receita em duas vias, esta decisão foi tomada em reunião pública da Diretoria Colegiada da Agência por unanimidade. Afirmou o diretor-presidente da autarquia, em reportagem publicada por Andrade (2015) em que Jaime Oliveira, afirma que “não há coerência em manter o CBD proscrito, pois essa substância não causa os efeitos psicoativos do THC, como amnésia e síndrome de abstinência”

Cabe ressaltar que, após a decisão do Conselho Federal de Medicina, e da realização de audiências públicas na Comissão de Seguridade Social e Família da

Câmara dos Deputados, a Anvisa reclassificou o CBD, em 14 de janeiro do corrente ano, mas desde maio do ano passado já vinha cogitando essa possibilidade e também já estava autorizando o uso excepcional.

No entanto, a neurologista e presidente da LBE (Liga Brasileira de Epilepsia) Souza (2015), diz que as mudanças com a liberação do CBD foram pouco perceptíveis, é certo que dará mais segurança aos médicos a receitar o componente da maconha, mas o uso continua sendo restrito apenas a crianças e adolescentes em casos de epilepsia grave e que não respondem a tratamentos convencionais, então o CBD não é usado como um remédio de primeira escolha.

Vale salientar que a importação continuará a ser feita em caráter excepcional, ou seja, para importar o canabidiol, cada caso continuará a ser analisado individualmente pela agência, pois destaca Jaime Oliveira (2015) que “a reclassificação não altera a necessidade de autorização excepcional, pois os produtos importados não são compostos apenas de CBD, mas também de outros compostos como o THC, que continuam proscritos”. E que só após 40 dias a Anvisa fará uma nova resolução que facilitará o processo de importação de acordo o site da Anvisa. Ainda, segundo o site, na prática, a medida será importante para mobilizar esforços em torno da pesquisa desta substância, promovendo a condução de estudos que possam levar ao desenvolvimento e conseqüentemente ao registro de um medicamento no território nacional.

Ainda que timidamente, o Brasil está começando a olhar de maneira diferente para o uso medicinal da maconha, e essa mudança só foi possível pela luta de centenas de famílias, que já estavam cansados de usar os componentes da *Cannabis* na ilegalidade. Fizeram diversos protestos, participaram das audiências públicas realizadas no Congresso e foram à mídia expor os seus dramas para conseguir a liberação. Um instrumento utilizado para divulgar essa realidade, foi o documentário “Illegal”, de Tarso Araújo e Raphael Erichsen, lançado em outubro de 2014, que narra histórias de diversas pessoas que fazem uso medicinal da planta.

4.3 O PAPEL DO PODER LEGISLATIVO E DO PODER EXECUTIVO FRENTE AO USO DA *CANNABIS* DE FORMA MEDICINAL NA SOCIEDADE BRASILEIRA

O Senado Federal disponibiliza na internet, um site que é um verdadeiro mecanismo da democracia, chamado e-Cidadania, que dentre outras tarefas, é um espaço destinado para proposição de novas leis e alteração da legislação vigente ou projetos em tramitação pelos cidadãos. Acontece que a sugestão 8/2014, que propõe a regulação da maconha para usos medicinal, recreativo e industrial, com o tratamento semelhante dado ao álcool e ao cigarro, do ativista e pesquisador da Fiocruz André Kiepper, recebeu 20 mil assinaturas, e foi remetida à Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH), que encarregou Cristovam Buarque para ser o relator (Site: <http://congressoemfoco.uol.com.br/>). O político fez à seguinte declaração a imprensa, acerca do assunto:

- O Projeto de Lei visa regulamentar o uso medicinal da maconha e os processos aplicados desde a sua produção até a entrega ao uso. O texto engloba todas as espécies das plantas do gênero *Cannabis* e todas as substâncias e produtos derivados. O uso *in natura* da planta está compreendido com uso medicinal, no aspecto legal;
- **A produção de maconha será realizada pelo Poder Público, por pessoa jurídica de direito privado, mediante autorização da União. Ficarão autorizados também, o cultivo de maconha pelo cidadão, exclusivamente para uso medicinal pessoal ou de familiar;**
- A aquisição da maconha para fins medicinais será vinculada à apresentação e retenção, pela farmácia ou drogaria, da prescrição emitida por um médico registrado no Conselho Regional de Medicina. Serão elaborados protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas que orientem os usos medicinais, além de serem implantados e mantidos cursos e treinamentos destinados à formação, especialização e aperfeiçoamento de profissionais de saúde, no âmbito do SUS;
- **A importação de medicamento derivado da maconha sem registro no País, para uso pessoal, terá processo e tramitação simplificada junto à autoridade sanitária, com distribuição gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para todos necessitados;**
- **O Poder Público incentivará e fomentará a pesquisa e o desenvolvimento científico e tecnológico na área de medicamentos e outros recursos terapêuticos da maconha,** tais como o financiamento e apoio técnico a pesquisas básicas e a estudos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos; como a estruturação e manutenção de centros de referência, promoção da regionalização de pesquisas, implantação e manutenção de sistemas de informação, edição de artigos científicos, periódicos e a elaboração e difusão e educação direcionada para estabelecimentos de ensino, serviços de saúde e população em geral;
- O não cumprimento da Lei, se aprovada, configurará infração sanitária, sujeitando o infrator ao processo e às penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 77, sem prejuízo de sanções de natureza civil

ou penal aplicáveis. Isso é, não mais caberá a pena de prisão para a produção, o registro, a prescrição, a dispensação, o cultivo, a comercialização e o uso da maconha para finalidades terapêuticas. (DAVE COUTINHO, 2014) (grifo da autora)

O Senador ficou encarregado de emitir um parecer em que irá declarar a rejeição da sugestão ou a sua transformação em projeto de lei. A conclusão desse parecer deve ser entregue à Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa, a quem cabe a decisão final da ideia. O político fez a seguinte declaração à imprensa:

Eu não vou devolver o processo, só porque é um tema tão polêmico. Eu vou assumir a responsabilidade de fazer um relatório com a posição que eu achar mais correta. (...) **Não podemos rasgar o que o povo manda.** Precisamos discutir e ter coragem de fazer um relatório e depois tomar uma decisão. (COUTINHO, 2015) (grifo da autora)

Após diversas audiências públicas realizadas, com ativistas, pesquisadores e familiares de crianças e adolescentes que precisam da maconha medicinal, eis que o Senador elaborou o relatório que foi apresentado a Senadora Ana Rita, em novembro de 2014. Cabe destacar algumas conclusões do Senador no relatório, que se refere ao uso medicinal da planta:

- a) O canabidiol tem um papel terapêutico no tratamento de algumas doenças, especialmente epilepsia e suas conseqüentes convulsões. Os profissionais ouvidos também manifestaram, apesar da dúvida de alguns deles, que o remédio tem efeitos positivos. Prova disto é que o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP autorizou, no dia 10/10/2014, os médicos filiados a receitarem esse medicamento;
- b) **Ficou claro que o atual sistema de autorização para importação do canabidiol se revela demorado e caro, acessível apenas para poucas pessoas bem informadas das classes abastadas,** condenando imenso número de pessoas à exclusão dos benefícios de um remédio que lhes dá a chance de uma forte melhoria na qualidade de vida;
- c) **Do ponto de vista humanista, é um absurdo negar a milhares de crianças e adultos o acesso a um remédio** de que necessitam para um mínimo de conforto e redução de sofrimento;
- d) Para que o canabidiol fique ao alcance de todos os que dele necessitam, me parece necessário **que lei ordinária autorize aos médicos a prescrição de medicamentos que contenham canabidiol e associados e de outros produtos derivados da Cannabis; que regulamente a importação desses medicamentos e sua distribuição pelo Sistema Único de Saúde aos pacientes de que deles necessitam,** determinando que o Conselho Federal de Medicina e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, estabeleçam regulamentos claros e precisos que garantam o acesso da população a medicamentos que sigam os preceitos legais para sua comercialização em solo brasileiro. **Ao mesmo tempo, essa legislação deve incentivar a pesquisa científica básica e farmacológica aplicada, para que instituições brasileiras se capacitem a encontrar medicamentos e dosagens a partir da Cannabis, a ser**

produzidos no Brasil. Deve também incentivar o estudo da Cannabis nas faculdades de medicina, para que os profissionais da área de saúde tenham acesso ao conhecimento gerado por pesquisas científicas e se guiem por preceitos científicos atualizados quando estiverem no exercício da profissão;

e) Se a autorização regulamentada do uso do canabidiol e de outros medicamentos derivados a partir de certos componentes da Cannabis é quase um consenso, o mesmo não se verificou no que se refere ao uso medicinal da maconha diretamente da erva, sob a forma de chá ou fumo. Mesmo que os depoimentos tenham sido enfáticos por pacientes que se beneficiam desse uso, especialmente mulheres submetidas à quimioterapia no tratamento do câncer, a possibilidade do acesso à erva in natura deve depender da regulamentação de seu plantio e de sua comercialização.

f) Apesar dos receios de que a autorização de produção para consumo próprio venha a provocar a expansão do consumo de uma droga de efeitos sociais ainda não claros, **é desumano impedir que portadores de doenças possam mitigar suas dores e sofrimentos**. O Chile iniciou a regulação do consumo de maconha in natura produzida em áreas específicas sob a fiscalização de prefeituras. O prefeito Rodolfo Carter, da cidade La Florida, Distrito de Santiago, disse, à revista “The Economist” de 01/11/14, que: “Isto não é sobre uso pessoal de maconha, mas prover as pessoas com um remédio natural, saudável e barato para o tratamento de suas dores”. É por isso que 20 países europeus, Estados e cidades dos EUA, além de Uruguai e Chile, já autorizam pesquisas, produção e uso de maconha para fins medicinais e/ou recreativos.

g) É, portanto, meu parecer que a CDH acolha a Sugestão 8 para definir regras legais que permitam o uso medicinal sob a forma do canabidiol, de outros fármacos derivados da Cannabis e associações, e que, em um prazo curto, estude as decisões tomadas em outros países para autorizar uma forma que se possa adotar no Brasil para a produção própria dessa droga para fins medicinais na forma in natura. Não fazer isso será um gesto de desumanidade diante do sofrimento de pessoas portadoras de câncer cujo único pedido é que o Estado não as impeça de viver seus últimos meses de vida sem o sofrimento produzido pela doença ou pelo tratamento que ela impõe.

h) Todas as opiniões que escutei foram insuficientes para me deixar convencido de qual modelo para um Projeto de Lei que atenda as necessidades do uso medicinal. **Recomendo, portanto dar continuidade ao debate sobre quais as melhores formas de produção e comercialização da Cannabis in natura, levando em conta as experiências de outros países, objetivando a regulamentação da produção pessoal da maconha, como direito humano de acesso a uma erva capaz de reduzir sofrimento**. Para colaborar com esse propósito, anexo trabalho elaborado pela Consultoria Legislativa do Senado (Anexo IV). (Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/>>, Acesso em: 05/02/2015) (grifo da autora)

Cristovam Buarque se mostrou favorável a liberação do uso da maconha medicinal no Brasil, tanto que depois da reclassificação do CBD pela Anvisa disse que “fico satisfeito em ver que a Anvisa reconhece as evidências científicas de que o uso do canabidiol já trouxe benefícios para muitos pacientes. Satisfeito em ver também que o órgão acata uma iniciativa que partiu diretamente da sociedade” — afirmou à Agência Senado (Site: <http://www.senado.leg.br/>).

Cristovam disse ainda que irá aguardar a definição de um processo simplificado para importação dos medicamentos, anunciada pela Anvisa para daqui a 40 dias, segundo ele só após esse fato é que irá se posicionar com relação a Sugestão popular que tramita no Senado. Falou ainda, que é necessária a continuação dos debates e que seria interessante a criação de uma subcomissão sobre a temática em questão. Buarque acredita que as audiências públicas e o relatório que este elaborou contribuíram para a reclassificação do CBD. Por fim, cabe ressaltar que a atual situação da Sugestão 8/2014 se encontra pronta para a pauta da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (Site: <http://www.senado.leg.br/>, 2015).

Com essa a Sugestão 8/2014, surgiram dois projetos de lei que autorizam a produção e a comercialização da maconha, o do Deputado Federal Eurico Júnior (PV-RJ), que é o Projeto de Lei nº 7.187/14. Foi apresentado em fevereiro de 2014, de acordo o projeto ficam proibidas a plantação, o cultivo, ressalvadas as seguintes hipóteses: pesquisas científicas, produtos terapêuticos de uso médico e para fins recreativos e depende de autorização prévia do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Revista Jurídica Consulex, 2014). E o Projeto de Lei nº 7.270/2014 do Deputado Federal Jean Wyllys, que foi apensado ao PL do Dep. Eurico Júnior, e estão aguardando a Constituição de Comissão Temporária pela Mesa (site: <http://www2.camara.leg.br/>, 2015).

Com relação à atuação do Poder Executivo nesse novo cenário brasileiro, já se pode observar a atitude positiva dessa esfera, com relação à liberação de um dos componentes da maconha pela Agência de Vigilância Sanitária, que é uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde.

No entanto é dever do Estado garantir para a população o acesso a saúde pública, e com relação a esse viés pode-se analisar uma deficiência do governo brasileiro, em assegurar esse direito social fundamental, pois os custos dos medicamentos à base da *Cannabis* são elevados, se tornando de difícil acesso pela camada mais pobre da população nacional. No relatório produzido pelo Senador Cristovam Buarque, ele disserta o que é necessário para que os remédios produzidos com a maconha medicinal se tornem mais acessíveis:

Para que o canabidiol fique ao alcance de todos os que dele necessitam, me parece necessário que lei ordinária autorize aos médicos a prescrição de medicamentos que contenham canabidiol e associados e de outros

produtos derivados da Cannabis; que regulamente a importação desses medicamentos e sua distribuição pelo Sistema Único de Saúde aos pacientes de que deles necessitarem, determinando que o Conselho Federal de Medicina e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, estabeleçam regulamentos claros e precisos que garantam o acesso da população a medicamentos que sigam os preceitos legais para sua comercialização em solo brasileiro. Ao mesmo tempo, essa legislação deve incentivar a pesquisa científica básica e farmacológica aplicada, para que instituições brasileiras se capacitem a encontrar medicamentos e dosagens a partir da Cannabis, a ser produzidos no Brasil. Deve também incentivar o estudo da Cannabis nas faculdades de medicina, para que os profissionais da área de saúde tenham acesso ao conhecimento gerado por pesquisas científicas e se guiem por preceitos científicos atualizados quando estiverem no exercício da profissão; (Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/>>, Acesso em: 2015)

E como já foi exposto no transcrito do presente trabalho, o poder público não pode se esquivar de garantir o acesso a tratamentos médicos, com a desculpa que não está disponível no SUS ou que se trata de medicamento estrangeiro, pois diversos tribunais têm decidido pela obrigação do governo em propiciar que o direito à saúde se torne acessível a população, e vale destacar que é dever de qualquer ente da federação. O uso de substâncias proibidas, como a maconha, para fins medicinais já está previsto na atual lei de drogas (11.343/2006)⁸, necessitando apenas ser regulamentado e implementado, como pode ser visto:

Art. 1º Esta Lei 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 e define crimes.

Parágrafo único. **Para fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência**, assim especificados em lei ou **relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União**.

Art. 2º Ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, **ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar**, bem como o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico-religioso.

(grifo da autora)

É interessante ainda observar que o parágrafo único⁹ do art. 2º supracitado, disserta que a União pode permitir expressamente a autorização para o plantio e

⁸ Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm> Acesso em: 05/02/2015

⁹ Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm> Acesso em: 05/02/2015

cultivo dos vegetais proibidos para fins medicinais ou científicos como se pode analisar a seguir:

Parágrafo único. **Pode a União autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais referidos no caput deste artigo, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização,** respeitadas as ressalvas supramencionadas. (grifo da autora)

Vale ainda frisar, o Decreto nº 5912/2006¹⁰, que ao regulamentar a Lei 11343/2006, dispõe que:

Art. 14. Para o cumprimento do disposto neste Decreto, são competências específicas dos órgãos e entidades que compõem o SISNAD:

I - do **Ministério da Saúde**:

- a) publicar listas atualizadas periodicamente das substâncias ou produtos capazes de causar dependência;
- b) baixar instruções de caráter geral ou específico sobre limitação, fiscalização e controle da produção, do comércio e do uso das drogas;
- c) **autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais do quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, exclusivamente para fins medicinais ou científicos,** em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, ressalvadas as hipóteses de autorização legal ou regulamentar;
- d) **assegurar a emissão da indispensável licença prévia, pela autoridade sanitária competente,** para produzir, extrair, fabricar, transformar, preparar, possuir, manter em depósito, importar, exportar, reexportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir, para qualquer fim, drogas ou matéria-prima destinada à sua preparação, observadas as demais exigências legais; (grifo da autora)

A simples análise dos dispositivos suscitados deixam claro que a União pode facilmente permitir o uso medicinal e científico de determinadas plantas, portadoras de substâncias proscritas. E que diante da grande problemática que tem surgido, não só poderia como deveria este ente da federação liberar a *Cannabis* para este fim, como outros países têm feito. Pois cabe o Estado não só se preocupar e sim assegurar o acesso a saúde da população, pois, se não o fizer, estará desrespeitando sua Constituição, assim como diversos tratados que o Brasil é signatário.

¹⁰ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2006/Decreto/D5912.htm>
Acesso em: 06/02/2015

4.4 ANÁLISE SOBRE A LIBERAÇÃO DO CANABIDIOL, COMO O PRIMEIRO PASSO PARA A CONTINUAÇÃO DA LUTA E A AMPLA LIBERAÇÃO DA MACONHA MEDICINAL NO BRASIL

A reclassificação do CBD, ainda que com mudanças imperceptíveis foi um grande avanço para a discussão da legalização da maconha medicinal no território nacional. Porém, a batalha ainda não terminou, pois o canabidiol é apenas um dos vários compostos da maconha para uso terapêutico.

Para Tarso Araújo (2015) “a reclassificação do canabidiol ainda não resolveu, no entanto, outra contradição ululante. O THC, outro composto da *Cannabis*, também tem propriedades medicinais reconhecidas pela ciência moderna”. Essa questão tem causado um grande questionamento, tendo em vista que vários medicamentos vindos do exterior não há somente na sua composição o CBD. O principal argumento para a proibição do THC, é que este composto é o responsável pelo efeito psicoativo e que causa dependência, no entanto esta justificativa de acordo o referido autor não é motivo para banir a substância, pois os opioides, a exemplo da morfina que tem efeitos adversos muito mais sérios que a *Cannabis*, e é autorizada no país

Já foi exposta no capítulo anterior a relevância da maconha para o tratamento de diversas doenças, inclusive relatado os benefícios da associação do tetrahydrocannabinol e do canabidiol para o tratamento de enfermidades. Mesmo com a liberação do CBD, remédios com os dois compostos ainda precisam de autorização excepcional pela Anvisa . Em entrevista ao jornalista Tarso Araújo, para a Revista Superinteressante, Jaime Oliveira, diretor-presidente da Anvisa relatou o seguinte:

Sem dúvida nenhuma, a situação do THC tem que ser explorada e analisada. É importante entender que ele tem uma diferença básica em relação ao CBD, que é o fato de ser psicotrópico. Por isso, a análise precisa de uma profundidade de dados maior que a do CBD. Mas um medicamento como o Sativex, que contém esses dois compostos, já esta sendo analisado pela agência, certamente trouxe informações para a agência sobre o THC. Se, em algum momento, esse medicamento for aprovado, vai ter que ser discutida a classificação do THC. Porque se o medicamento for aprovado, ele não poder conter drogas proscritas na sua composição. Mas precisamos fazer a análise. Estou comentando hipóteses, não posições da agência a respeito do THC. (ARAÚJO, 2015)

Cabe salientar que a ação civil pública proposta pelo Ministério Público do Distrito Federal, diferentemente do CFM e da Anvisa reconhecem o potencia terapêutico da maconha, inclusive de forma inalada. Os Procuradores tocaram em um ponto relevante, o sofrimento das pessoas que esperam pelo tratamento. Inclusive, deixam claro a demora demasiada do governo em regulamentar o uso da maconha medicinal e a falta de incentivo à pesquisa no país (RIBEIRO et al., 2015).

Portanto, a reclassificação do canabidiol como o primeiro passo de muitos outros, necessários para se conseguir a ampla liberação da maconha medicinal no Brasil. Os governantes devem também se preocupar em facilitar as pessoas de classe mais baixa a ter acesso a medicamentos com esses componentes, e tendo em vista o custo benefício, incentivar as pesquisas, pois o país tem condições apropriadas para o cultivo da planta e a produção de remédios com as substâncias, seria razoável tanto para os cofres públicos como também tutelava o direito à saúde daqueles que precisam.

5 CONCLUSÃO

Como pôde ser analisado ao longo do presente trabalho, o uso medicinal da maconha não é recente, pois as civilizações mais antigas já tinham conhecimento das virtudes terapêuticas da *Cannabis*. Na China, estava presente na primeira farmacopeia que se tem notícia no mundo, na Mesopotâmia, Assíria e na Índia, cabe aqui ressaltar que a planta faz parte da cultura do país, sendo conhecida como a favorita de Shiva.

A Europa demorou para conhecer as propriedades medicinais da planta, passando a ter contato após dois médicos irem à Índia e ao retornar ao continente europeu difundiram que além de servir na indústria têxtil a maconha serviria também como remédio para amenizar enfermidades. Obteve à América do Norte, por ter sido colonizada pelos europeus, conhecimento da *Cannabis Sativa*, e os Estados Unidos um país importante na difusão do uso da erva para fins medicinais, diversos medicamentos foram produzidos no país com suas substâncias, indicados para as mais diversas doenças.

Com a Colonização dos portugueses, a *Cannabis* também foi introduzida no Brasil, pesquisadores asseveram que foi trazida pelos escravos que vinham da África, o que leva a crer é o nome pelo qual era conhecido, sendo chamada de fumo de angola. Porém, apenas no século XX, que o país teve contato com suas propriedades medicinais, após a divulgação de médicos, escritores e poetas franceses, passando então a planta a fazer parte dos formulários médicos e sendo utilizada no tratamento de enfermidades como bronquite crônica e insônia.

Ficou demonstrado em estudos de médicos renomados como dos neurocientistas Renato Malcer-Lopes e Sidarta Ribeiro, em seu livro “Maconha, Cérebro e Saúde”, a utilidade do THC, um dos canabinóides presente na maconha, como antiemético, no tratamento de pessoas com anorexia grave, causada por doenças como câncer e a Aids, devido a um dos efeitos da planta que é a chamada “larica”, que aumenta a fome nas pessoas. Como Analgésico na melhora de enfermidades como a esclerose múltipla e dores crônicas, o tetraidrocanabinol tem se mostrado eficaz, resultando na Europa na fabricação de um remédio denominado Sativex, com essa substância.

A *Cannabis* serve também como antiinflamatória no tratamento de inflamações crônicas, os canabinóides tem se mostrado eficientes, em especial o canabidiol que é usado para tratar a artrite reumatóide, essa substância é ministrada também em pacientes epiléticos, para diminuir a quantidade de convulsões. Vale salientar que foi através do uso do CBD, que hoje a maconha deixa de ser um tabu e está sendo vista de maneira diferente na sociedade brasileira.

Esses foram apenas alguns dos muitos benefícios da planta. Cabe ressaltar, que esta também apresenta efeitos adversos, como a dependência psicológica, mas de acordo o médico e especialista em psicofarmacologia, Elisaldo Carline que há anos estuda as propriedades medicinais da *Cannabis*, assim como qualquer outro medicamento as plantas também possuem seus efeitos colaterais, mas que os efeitos da maconha são relativamente leves. E segundo Tarso Araújo, os opioides, a exemplo da morfina, causa dependência física, no entanto seu uso é permitido no Brasil, o autor diz que a utilização sob supervisão médica promove mais benefícios que malefícios, e é esse equilíbrio que se busca com a liberação da maconha medicinal no território nacional.

Foi à luta de Katiele Fischer, para conseguir importar um remédio à base de canabidiol (CBD) dos Estados Unidos, para sua filha Anny Fischer, de apenas cinco anos que sofre de uma doença genética rara, a CDKL5, e a partir deste caso deu uma nova visibilidade sobre a maconha a população nacional. E dessa forma o assunto *Cannabis* medicinal voltou a ser tratado pela classe médica, jurídica e ganhou grande repercussão na mídia nacional. A mãe da menina buscou a tutela jurisdicional para continuar o tratamento da filha, tendo em vista que a Anvisa barrou o medicamento, pois o mesmo não se encontra registrado no Brasil e se tratava de substância de uso proscrito no país. Em decisão inédita, o Juiz da Justiça Federal do Distrito Federal, deferiu o pedido de tutela antecipada, e argumentou dizendo que com a nítida melhora do quadro clínico da criança, que de 80 convulsões passou a diminuir gradativamente até a cessação, seria desumano de a sua parte indeferir o pedido, e utilizou o direito à saúde, à vida e dignidade da pessoa humana para embasar sua decisão.

Após a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), que permitiu que psiquiatras e neurocirurgiões pudessem prescrever medicamentos feitos com a *Cannabis Sativa*, para crianças e adolescente, acometidos de epilepsia grave, que apresentassem melhora com tratamentos convencionais. A Agência Nacional de

Vigilância Sanitária (Anvisa) resolveu então reclassificar o canabidiol, que saiu da lista de substância proscritas e passou a de substâncias controladas. Apesar de ser um passo importante, essa reclassificação na prática não trouxe grandes mudanças, pois continua a valer a mesma orientação da resolução do CFM, o CBD não é um tratamento terapêutico alternativo e nem um remédio de primeira escolha, e só após 40 dias da data da reclassificação é que a Agência fará uma nova resolução para facilitar a importação.

Apesar desse avanço, há ainda diversas transformações para acontecer, essa liberação deve ser vista apenas como o primeiro passo para o vasto uso da maconha medicinal no Brasil, como acontece em diversos países. A situação do THC deve ser analisada, pois a maioria dos remédios importados é uma associação dessa substância com o CBD, portanto é ilógico permitir o uso somente do canabidiol e ainda, da própria maconha vaporizada. Deve-se também, abranger a amplitude do CBD, pois não só crianças e adolescentes se utilizam desse componente da planta, não devendo ser apenas como uma alternativa devido a sua eficácia, podendo muito bem passar a ser um medicamento de primeira escolha.

O governo brasileiro também deve incentivar as pesquisas e futura fabricação de medicamentos no país, em virtude dos elevados custos da importação. Vale ressaltar, que cabe ao poder público fornecer essa medicação as pessoas que não tem a possibilidade de custear, lembrando o art. 196 da Constituição que disserta ser a saúde um direito de todos e dever do Estado. Portanto, a produção de remédios no país seria uma forma de desonerar os cofres públicos, cabe frisar, que a legislação permite que a união possa liberar o cultivo da *Cannabis* para uso medicinal e científico.

Diante dos fatos relatados e da comprovação da imensa quantidade de benéficos terapêuticos, ressalta-se a importância da liberação da maconha para fins medicinais, diante da viabilidade da atual legislação que existe a possibilidade concreta da liberação do uso. Neste sentido o Estado deverá preocupar-se com a sua atuação de garantidor dos direitos atualmente suprimidos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Thamires. **Anvisa libera uso controlado do canabidiol**. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2015/01/14/anvisa-libera-uso-controlado-do-canabidiol.htm>> Acesso em: 10 fev. 2015.

ARAÚJO, Tarso. **Canabidiol é apenas o primeiro passo**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2015/02/1584735-tarso-araujo-canabidiol-e- apenas-o-primeiro-passo.shtml>> Acesso em : 15 fev. 2015.

_____. **“Sem dúvida nenhuma, a situação do THC tem que ser explorada”, diz presidente da Anvisa**. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/blogs/psicoativo/2015/01/21/sem-duvida-nenhuma-a-situacao-do-thc-tem-que-ser-explorada-e-analisada-diz-presidente-da-anvisa/>> Acesso em: 15 fev. 2015.

ARAÚJO, Luis Felipe. **Análise da lei de drogas de 2006: preocupações sociais. Jus Navigandi**, Teresina, ano 19, n. 3885, 19 fev. 2014. Disponível em:<<http://jus.com.br/artigos/26744>>. Acesso em: 31 de jan. de 2015

ARROIO, Agnaldo; HONÓRIO, Káthia Maria; SILVA, Albérico Borges Ferreira. **Aspectos terapêuticos de compostos da planta *Cannabis sativa***, São Paulo, v. 29, n. 2, mar./apr 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010040422006000200024&script=sci_arttext> Acesso em: 15 fev. 2015.

BARROSO, Luis Roberto. **Judicialização, Ativismo e Legitimidade Democrática**. Disponível em: <<http://www.oab.org.br/editora>>. Acesso em 20.04.2014

_____; MARTEL, Letícia de Campos Velho. A morte como ela é. Dignidade e autonomia individual no final da vida. IN: GOZZO, Débora;

BEZERRA, Mirthyani. **Liberção do canabidiol deve ser vista com cautela, segundo especialista**. Disponível em: <<http://noticias.bol.uol.com.br/ultimas-noticias/ciencia/2015/01/14/liberacao-do-canabidiol-deve-ser-vista-com-cautela-segundo-especialista.htm>> Acesso em: 16 de fev. de 2015

BRANDALISE, Camila; PEREZ, Fabíola. **Maconha medicinal no Brasil**. São Paulo, ed.2322, Maio/2014 .Disponível em:<http://www.istoe.com.br/reportagens/364676_MACONHA+MEDICINAL+NO+BRASIL> Acesso em: 15 fev. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 fev. 2015.

_____. **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. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 28 de set. 2006. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm> Acesso em: 28 de jan. 2015.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 20 de set. 1990. Disponível <em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 01 fev. 2015.

_____. **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. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 24 de ago. 2006. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2006/lei/l11343.htm> Acesso em: 28 de jan. 2015.

_____. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 19 de maio 1998. Disponível em: < <http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/anvisalegis/VisualizaDocumento.asp?ID=939&Versao=2>> Acesso em: 15 fev. 2015.

____ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO. AGR: 578447620088260114 SP 0057844-76.2008.8.26.0114. Relator: Ricardo Dip. Data do julgamento: 21/03/2011. Data da publicação: 05/04/2011. Disponível em: <<http://tjsp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/18776765/agravo-regimental-agr-578447620088260114-sp-0057844-7620088260114>> Acesso em: 31 de jan. de 2015

____ TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL – 5ª REGIÃO. AC: 360863 CE 0020298-45.2004.4.05.8100. Relator: Desembargador Federal Rogério Fialho Moreira, Data de Julgamento: 05/11/2009. Data de Publicação: 19/11/2009. Disponível em: <<http://trf-5.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/8351717/apelacao-civel-ac-360863-ce-0020298-4520044058100>> Acesso em: 01 de fev. de 2015.

BURGIERMAN, D.; NUNES, D. Verdades sobre a maconha. **Superinteressante**. São Paulo: Abril, n. 179, agosto de 2002.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 4ª edição. Coimbra [Portugal]: Livraria Almedina, 2000.

CARLINI, Elisaldo Araújo. **A história da maconha no Brasil**. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n4/a08v55n4.pdf> > Acesso em: 15 fev. 2015.

CARLINI, Elisaldo Luis de Araújo; ORLANDI-MATTOS, Paulo Eduardo. **Cannabis Sativa I (maconha): medicamento que renasce?**. Brasília, v. 48, n. 4, p. 409-415, 2011.

DE CUPIS, Adriano. **Os Direitos de Personalidade**. Tradução de Adriano Vera Jardim e Antônio Miguel Caeiro. Lisboa: Livraria Moraes Editora, 1.961.

DWORKIN, Ronald. **Uma questão de princípio**. Tradução de Luís Carlos Borges. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FORMENTI, Lígia. **Anvisa libera uso terapêutico do canabidiol no país**. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,anvisa-libera-uso-terapeutico-do-canabidiol-no-pais,1619736> Acesso em: 17 de fev. de 2015

GAGAU, Greice. **Vantagens da vaporização**. Disponível em: <<http://projetocharas.com/vantagens-da-vaporizacao/>> Acesso em: 17 de fev. de 2015

GOMES, Luiz Flávio. **Corte Constitucional Argentina descriminaliza a posse de droga para uso pessoal (PARTE IV)**. Disponível em: <<http://www.lfg.com.br>> Acesso em: 05 fev. 2015.

_____. (Coord.) *et. al.* **Nova lei de drogas comentada artigo por artigo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006, p. 109.

GORMAN D.M.; HUBER JC Jr. **Do medical cannabis laws encourage cannabis use?** Int J Drug Policy. 2007;18:160-7.

HAZEKAMP A, Grotenhermen F. **Review on clinica studies with cannabis and cannabinoids 2005-2009**. Cannabinoids. 2010;5(special issue):1-25 [acesso 25 jan2011]. Disponível em: <http://www.cannabis-med.org/data/pdf/en_2010_01_special.pdf>

JORGE NETO, Nagibe de Melo. **O controle jurisdicional das políticas públicas: concretizando a democracia e os direitos sociais fundamentais**. Salvador: Editora Juspodivm, 2009.

JORNAIS repercutem posição da AMB sobre liberação do canabidiol. *Associação dos Magistrados Brasileiros*. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://novo.amb.com.br/?p=19513>> Acesso em: 20 fev. 2015.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Lisboa: Ed 70, 2004.

KELSEN, Hans. **Teoria pura do direito**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

LIGIERA, Wilson Ricardo, **Bioética e direitos fundamentais**. São Paulo: Editora Saraiva, 2012.

MALCHER-LOPES, Renato; RIBEIRO, Sidarta. **Maconha, Cérebro e Saúde**. RJ, Vieira & Lent, 2007

MAMEDE, E.B. **Maconha - Ópio do pobre**. Neurobiologia, 1945.

MARCÃO, Renato Flávio. **Ainda sobre o interrogatório na nova lei antitóxicos (lei 10.409/2002)**. Disponível em: <<http://www.argumentum.com.br/artigos/artigo.php?categoria=Penal>> Acesso em:

MARCOLIN, Neldson; ZORZETTO, Ricardo. **O uso medicinal da maconha: especialista em psicofarmacologia diz que já está mais do que na hora de reconhecer as qualidades médicas da droga no Brasil**, São Paulo, Ed. 168, p. 8-13, fevereiro/2010. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2010/02/008-013_entrevista_168.pdf?e3459e> Acesso em: 15 fev 2015.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de direito administrativo**. 12. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2000.

Ministério de Relações Exteriores - **Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes: Cãabis Brasileira (Pequenas anotações)** – Rio de Janeiro: Publicação nº 1. Eds. Batista de Souza & Cia. 1959.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 8ª ed. São Paulo: Editora Atlas S. A., 2000.

PAIS lutam na justiça por liberação de remédio derivado de maconha. *G1. Globo.com*, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/03/pais-lutam-na-justica-por-liberacao-de-remedio-derivado-da-maconha.html>>. Acesso em: 18 de fev. de 2015

Petersen, R. C.; **Marijuana Research Findings, Maryland**. Department of Health and Human Services, 1980.

RIBEIRO, Sidarta; TÓFOLI, Luís Fernando; MARRONA, Cristiano. **Maconha também é remédio**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2015/01/1574600-sidarta-ribeiro-luis-fernando-tofoli-e-cristiano-maronna-maconha-tambem-e-remedio.shtml?mobile>> Acesso em: 18 de fev. de 2015

ROBINSON, Rowan. **O grande livro da Cannabis: guia completo de seu uso industrial, medicinal e ambiental**. Tradução de Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

ROCCO, Rogério. *A cannabis no Brasil*. IN: ROBINSON, Rowan. **O grande livro da Cannabis: guia completo de seu uso industrial, medicinal e ambiental**. Tradução de Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar , 1999.

SALAZAR, Andrea Lazzarini; GROU, Karina Bozola. **A defesa da saúde em juízo**. São Paulo: Editora Verbatim, 2009.

Disponível em: < <http://www.senado.leg.br/>> Acesso em: 05/02/2015

Disponível em: < <http://campanharepense.org/>> Acesso em: 06/02/2015

Disponível em: < <http://congressoemfoco.uol.com.br/>> Acesso em: 06/02/2015

Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/>>, Acesso em: 05/02/2015

Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/>> Acesso em: 05/02/2015