



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL (PET-FARMÁCIA)



Tutora: Profa. Dra. Leônia Maria Batista

1º Consultoria Acadêmica – Disciplina: Sociologia da saúde e da doença

Bolsista: Larissa Ribeiro Da Silva – Graduanda do 2º período

Orientador: Prof. Dr. Gabriel Rodrigues Martins De Freitas

JUDICIALIZAÇÃO DA CANNABIS

1. INTRODUÇÃO

- Justificativa

A Cannabis é uma planta que muito embora possua muitas propriedades terapêuticas já comprovadas pela ciência, bem como um amplo leque de possíveis usos que exigem mais investigação, há uma forte resistência quanto a liberação para utilizá-la com fins medicinais, dada a carga preconceituosa criada ao longo da história, que a criminalizou. No Brasil, a legislação atual dificulta o acesso dessa planta para o tratamento de doenças, o que contribui para as iniquidades da saúde, e leva ao processo de judicialização.

Dessa forma, é importante o debate fundamentado em pesquisas sólidas sobre a temática, livre de ideologias. Com o intuito que a sociedade possa ser beneficiada com acesso a essa nova terapêutica. Ademais, é importante que o profissional da saúde, em formação, conheça acerca da temática, e assim, atue como educador em saúde para garantir informação de qualidade de forma a orientar a população, livre do estigma que envolve o uso da cannabis.

2. HISTÓRICO

Cânabis, canábis, cânhamo, maconha, liamba, diamba, pango (TABACH, 2019) são termos em português para se referir a planta do gênero *Cannabis*, que apresenta como principais espécies *C. sativa*, *C. indica* e *C. ruderalis*, (ALMEIDA, 2015). Especula-se que está entre as primeiras plantas de cultivo da humanidade, de cerca de 12 mil anos. Quanto ao uso de canabinoides para fins terapêuticos, há evidências antigas de uso pelos povos hindus, persas, assírios, egípcios, dentre outros que mantinham relação com a planta (TABACH, 2019).

As evidências ancestrais são corroboradas por meio de estudos científicos contemporâneos (TABACH, 2019). Os quais indicam que CBD e THC, principais componentes ativos da cannabis, atuam no sistema endocanabinoide. Esse sistema de sinalização é importante na regulação neural; composto de dois receptores (CB₁ e CB₂, alvos do THC), ligantes endógenos (N-araquidonil-etanoamida [anandamida e 2-araquidonoilglicerol] e enzimas de produção e degradação. Entre os vários aspectos regulatórios que esse sistema está envolvido, vale destacar a ação natural como um dos mecanismos moleculares de redução de excitabilidade neural e prevenção de convulsões. (ROMERO-SANDOVAL, E. A, *et al.*, 2018; HUNTSMAN. J. R.; TANG-WAI. R.; SHACKELFORD. A.E, 2020).

Assim, uma vez que foi identificado a ação desse sistema de sinalização e que os fitoconstituintes da cannabis vão atuar diretamente e indiretamente modulando esses processos moleculares, foi possível identificar a ação positiva das substâncias encontradas na cannabis para algumas condições clínicas, como em casos de crianças com epilepsia refratária, dor crônica, de maneira geral, dores neuropáticas e distúrbios do sono associado a dor em adultos (WILSEY, B. *et al.*, 2013; ROMERO-SANDOVAL, E. A, *et al.*, 2018; HUNTSMAN. J. R.; TANG-WAI. R.; SHACKELFORD. A.E, 2020).

Vale ressaltar, ainda, que no ano 1000 a. C., na Índia, a cannabis era denominada “changha” e amplamente utilizada para fins terapêuticos. Enquanto que no subcontinente indiano, o uso apresenta raízes religiosas, em que segundo as escrituras sagradas hinduístas, a maconha teria sido enviada pelos deuses aos homens para alcançar o mais alto nível de prazer, libido e coragem (RESENDE, 2019).

A forma de uso era versátil, empregada em produção de tecido e papel; óleos e sementes eram alimentos; a resina de inflorescência tinha vasto uso

medicinal. (TABACH, 2019). A variedade de emprego se mostrou importante no renascimento, exemplo disso foi Johannes Gutenberg, criador da imprensa em 1430, que utilizou papel fabricado pelas fibras da maconha para fazer as primeiras 135 Bíblias do mundo. Além disso, sua importância econômica para Europa era notória, era utilizada para fabricar velas, cordas, cabos, e material de vedação dos barcos (BARROS; PERES, 2011), os quais aportaram no litoral brasileiro em 1500 (CARLINI, 2006).

No Brasil a história se relaciona com a cannabis, pois a chegada dos portugueses ao país, de certa forma, foi propiciada pela maconha, pois foi usada nas produções das embarcações, as quais foram fundamentais para exploração dos mares e chegada ao Sul da América em 1500. Ainda, documentos relatam que essa planta exótica e seu consumo (recreativo), teriam sido introduzidos pelos negros, que traziam sementes de cânhamo em bonecas de pano amarrada as tangas (CARLINI, 2006). Isso explica o porquê se referir a planta como “fumo de Angola” (RESENDE, 2019).

A lucratividade da maconha e versatilidade, fez a Coroa portuguesa preocupar-se com o cultivo. Dessa forma, o Rei D. João V decretou em 1656 estímulo ao plantio como uma “política de Estado” (BARROS; PERES, 2011). Mais tarde, em 1785 o Vice-Rei enviou uma carta ao Governador da Capitania de São Paulo, que recomendava o plantio e seriam enviadas 16 sacas de semente da maconha ao porto de Santos (CARLINI, 2006).

Simultaneamente a isso, o uso não médico se disseminou entre os negros e se estendeu aos índios, que passaram a cultivar para uso próprio. Como era um consumo restrito as camadas mais desfavorecidas da sociedade da época, não havia controle ou interesse pela classe branca dominante (CARLINI, 2006).

Porém, o uso mais frequente de maconha por esses grupos, levou a associação, mais tarde, entre maconha e pobreza, e posteriormente a criminalidade. Foi assim que em meados do século XIX o consumo passou a ser combatido, com a justificativa de que a erva pudesse fomentar a brutalidade as classes mais pobres, em especial os afro-brasileiros. Dessa forma, começou a surgir a legislação que punia o uso e venda da cannabis. Interessante notar que, a proibição fazia menção explícita

aos escravos, o que permite presumir que os negros são os destinatários dessa norma (RESENDE, 2019).

3. PRECONCEITO E CRIMINALIZAÇÃO

O início da criminalização e preconceito da maconha no Brasil relaciona-se com a chegada da família real, que preocupados com sua segurança vivendo em um local, na qual a maioria dos moradores eram negros, criou a chamada Guarda Real de Polícia, como forma de proteção, em que sua atuação relacionava-se com a “política de costumes”, isto é, a repressão de costumes, dentre eles o uso da maconha, que remetia a hábitos da população negra (BARROS; PERES, 2011).

Essa imposição de ordem intensificou-se com uma série de reformas inspiradas no despotismo esclarecido. As leis criminais do Brasil eram modificadas pela polícia de forma totalmente absolutista. A brutalidade com que os escravos eram punidos era tão evidente que antes do Código Criminal do Império de 1830 as punições eram entre 100 a 200 chibatadas, e mesmo com o código penal, que teoricamente defendia o direito individual, as punições ainda existiam, apenas houve uma “atenuação” quanto ao número de chibatadas, que reduziu a 50. Em contrapartida, nesse mesmo período o Brasil foi o primeiro país a editar uma lei que punia o uso da maconha, que por sua vez era muito usada pelos afro-brasileiros (BARROS; PERES, 2011).

Esse esforço pelas classes dominantes em criminalizar a maconha e associá-la a grupos sociais vulneráveis, demonstra a busca em manter a estruturação da sociedade colonial, em que a classe branca era dominante, e que buscou meios de se manter nesse patamar de domínio (BARROS; PERES, 2011).

Para tanto, buscava-se excluir grupos de indivíduos. Exemplo disso foi a primeira Constituição Republicana que excluía analfabetos, mulheres, soldados, integrantes de ordens religiosas e menores. Tal visão vai ser fundamental para o período pós-escravatura, visto que, não era mais possível punir os escravos, mas era possível usar as leis e justificar que determinados grupos não respeitavam a ordem com base em seus traços físicos, biológicos e atávicos (BARROS; PERES, 2011).

Tal estruturação de pensamento é baseada no discurso lombrosiano que tentava associar traços físicos e comportamentais, inspirado em estudos genéticos, afirmando que criminosos tinham evidências físicas que demonstrava reaparecimento de características comportamentais de descendentes distantes. Essa linha de pensamento se aplicava para os escravos e demais grupos sociais “indesejados”, e, portanto, devia-se fazer a “assepsia” social para livrar a sociedade dos maus elementos, quando na verdade tratava-se de uma nova forma de segregação (BARROS; PERES, 2011).

Além disso, o psiquiatra Rodrigues Dória (1857-1958) teve grande influência no processo de criminalização da maconha, o qual, chegou a associá-la com uma forma de vingança dos negros contra os brancos, que os havia escravizado. Nas suas teses não só criminalizava negros, mas também outros grupos sociais como nativos, mulheres, capoeiristas, sambistas, maconheiros, prostitutas, macumbeiros, cachaceiros (BARROS; PERES, 2011), corroborando o estigma que existe até hoje sobre essas minorias.

Mas a criminalização da maconha ganha formas mais concretas após as primeiras ações internacionais quanto a proibição de psicoativos, que teve início na Convenção Internacional de Ópio, organizada pela Liga das Nações, em Genebra, 1925. Ela recomendava aos estados signatários que examinassem a possibilidade de criminalizar a posse de ópio, morfina, cocaína e derivados. Na segunda conferência, vale destacar a presença do Dr. Pernambuco, brasileiro, o qual afirmou que a maconha era mais perigosa quando comparado ao ópio. Porém, levando em consideração que a pauta da conferência desde a primeira era sobre o ópio, é indiscutível que esse médico influenciou a criminalização da maconha em contexto mundial, baseado exclusivamente em ideias racistas e escravocratas (BARROS; PERES, 2011).

Aliás, a falta de fundamento contido nessas afirmações é relatada por documento oficial do governo brasileiro da época, em que afirmavam: “ora, como acentuam Pernambuco Filho e Heitor Peres, entre outros, essa dependência de ordem física nunca se verifica nos indivíduos que se servem de maconha”. Por conseguinte, colocar a maconha como uma substância narcótica foi um erro (CARLINI, 2006). Dessa forma, percebe-se que há um forte viés racista no debate sobre a

descriminalização da maconha e pouco embasada no conhecimento científico (RESENDE, 2019).

4. JUDICIALIZAÇÃO E DIREITO À SAÚDE

A necessidade de judicialização atual encontra-se na discordância das leis e direitos fundamentais, visto que, embora a utilização de medicamentos à base dessa planta traga considerável qualidade de vida e garante ao paciente saúde e dignidade, a Lei de Drogas de nº 11. 343/2006 veta uso e plantio da cannabis (CINTRA, 2019).

A Constituição Federal de 1988, por sua vez, garante o direito à vida e a saúde, bem como a lei Orgânica da Saúde 8080/1990, concebida com base na Constituição, a qual estabelece o princípio da universalidade, integridade e equidade (BÔAS; REZENDE, 2020). De modo geral, é com base nesses documentos que se apoia o processo de judicialização da saúde, assim como o uso da cannabis medicinal no Brasil. Considerando que a judicialização seria um meio pelo qual busca-se por via judicial a concessão de acesso a algo que se tem direito, e que nesse caso, indiscutivelmente, esse “algo” é o acesso a uma terapia que pode salvar uma vida, que está apoiado em um documento importantíssimo, a Constituição, além da própria lei base do SUS (RESENDE, 2019).

No Brasil a judicialização teve início por parte de familiares de doentes que tinham como única esperança para o tratamento a cannabis. Essa busca pelo direito de importar esse produto foi concedida em nome do direito a saúde respaldado pela Constituição. Dessa forma, o processo da judicialização ganhou notoriedade no país, principalmente por meio da exposição do caso da menina Anny Fischer na imprensa, a qual tinha 60 convulsões, que não respondiam a nenhum tratamento, aos cinco anos de idade, mas que ao fazer uso da cannabis conseguia reduzir as convulsões para 1 por dia (RESENDE, 2019).

Isso abriu a possibilidade para que outras pessoas também pudessem buscar o direito de uso dessa medicação, por meio de ações judiciais, bem como, trouxe a luz o debate sobre a descriminalização da maconha e regulamentação do uso medicinal. Posteriormente, isso também possibilitou a liberação, da primeira instituição brasileira, Abrace (Associação Brasileira de Apoio Cannabis Esperança),

em João Pessoa, na Paraíba, com autorização para plantar maconha e produzir óleo para distribuir aos associados, a um preço muito mais acessível do que os pleiteados pelo processo de importação (RESENDE, 2019).

Com isso em vista, ao longo dos últimos anos, desde a primeira resolução de 2015, criada pela Agência Nacional De Vigilância Sanitária (ANVISA), algumas outras RDCs foram criadas. E em 2019 a Anvisa ampliou a discussão para uso de produtos à base dessa planta e houve a criação de novas resoluções, a RDC 327/2019 e RDC 335/2020. A primeira trata, principalmente, da liberação da venda desses produtos na farmácia e sobre critérios de prescrição médica e a segunda reduz o tempo e processo de aquisição do produto importado. Isso demonstra um avanço importante, contudo, ainda não resolve a questão do acesso (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020; BÔAS; REZENDE, 2020).

5. ACESSO

Os avanços conseguidos quanto ao uso em casos específicos e normatização da importação da cannabis medicinal, graças ao debate iniciado pela busca de familiares de doentes que precisavam da terapia, são notórios, mas pequeno, dado o preço altíssimo desse produto (RESENDE, 2019), como exemplo disso, o Mevatyl (primeiro medicamento a base de cannabis permitido no país), chega com um preço de quase três mil reais. Ao passo que, essa norma beneficia apenas uma minoria de pessoas de maior poder aquisitivo no Brasil e desfavorece a maioria que possui um padrão de renda inferior ao preço do medicamento (CINTRA, 2019).

A omissão do Estado em regulamentar e legislar de vez o uso medicinal e plantio da cannabis no Brasil, bem como outras drogas, levanta questionamentos quanto a violação do direito fundamental á saúde, dito universal (RESENDE, 2019). Além disso, quanto mais perdurar a inércia do Estado, mais se colabora para que famílias desprovidas de boas condições financeiras, que necessitam do uso dessa droga, busquem ter acesso a matéria prima por meio do tráfico e plantio ilegal, além de não terem os meios necessários para extração da substancias terapêuticas (CBD e THC) nas concentrações adequada (CINTRA, 2019). Essa atitude do governo vai contra o papel de agente interventor na sociedade e saúde pública, que evita injustiças

desnecessárias, por meio da criação de políticas públicas e programas que combatam a iniquidade de saúde gerada pelos determinantes sociais (BUSS; FILHO, 2007).

6. CONCLUSÃO

Dessa forma, a utilização da cannabis como planta medicinal não é um assunto do século XXI, é milenar, em tempos que não havia distinção entre seus usos, sejam eles medicinais ou para o prazer individual, sendo o seu uso uma escolha do indivíduo.

Como demonstrado, a criminalização é um processo histórico que se deu de forma arbitrária, baseada no racismo e interesses políticos, e, portanto, o proibicionismo é sem fundamentos científicos e significativamente prejudicial a uma parcela da população, que tem nos medicamentos à base de canabidiol um importante aliado no tratamento e alívio de suas moléstias.

A judicialização da planta, por sua vez, é um processo que vai além de uma questão jurídica, trata-se de uma questão social e médica, uma vez que a saúde é um direito universal e inquestionável.

Nessa perspectiva, deve ser de conhecimento dos profissionais da saúde e população em geral, os benefícios dessa planta, a qual apresenta um grande potencial terapêutico; bem como, maior liberação de pesquisas que buscam entender os efeitos biológicos da cannabis; mais além, vale ressaltar que é uma planta que apresenta-se como importante insumo econômico em várias áreas da indústria.

Logo, para que a questão da cannabis no Brasil seja resolvida o quanto antes, se faz necessário discutir a respeito para que se entenda as formas de uso e como o uso medicinal é importante na qualidade de vida de muitos doentes. Esse debate deve ser pautado com base no conhecimento científico para que não haja viés conservador, que leve a um debate baseado pelo senso-comum. Só então será possível garantir o acesso aos produtos à base da cannabis para aqueles que precisam e que não conseguem pagar pelos produtos importados.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. G. L. **Fitoquímica, Farmacologia e Terapêutica da Cannabis sativa, Uma Revisão Sistemática**. Juazeiro do Norte, CE. 2015.

BARROS, A.; PERES, M. Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas. **Revista Periferia**, v. 3, n. 2, p. 1-20, 2011. Disponível em: Acessado em: 03 jul. 2020.

BEZERRA, G. A. V. **A legalização da cannabis para fins medicinais**. Mossoró. 2019.

BÔAS, V. G. K; REZENDE, M. A. Discussão sobre o acesso aos medicamentos derivados da Cannabis à luz da Inovação em Saúde no Brasil. **Revista Fitos**. Rio de Janeiro. 2020.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 327, de 11 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os procedimentos para a concessão da autorização sanitária para a fabricação e a importação, bem como estabelece requisitos para comercialização, prescrição, dispensação, monitoramento e fiscalização de produtos derivados da Cannabis para fins medicinais. Brasília, DF, ANVISA, 2019. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-n-327-de-9-de-dezembro-de-2019-232669072>> Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 335, de 24 de janeiro de 2020. Define os critérios e os procedimentos para a importação de Produto derivado de Cannabis, por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, para tratamento de saúde. Brasília, DF, ANVISA, 2020. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-335-de-24-de-janeiro-de-2020-239866072>> Acesso em: 28 jul. 2020.

BUSS, P. M; FILHO, A. P. Saúde e Seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARLINI, E. A. História da maconha no Brasil. **Jornal Brasileiro de psiquiatria**, v. 55, n.4, p. 314-31, 2006. disponível em: acessado em:

CINTRA, C. H. M. Uso Medicinal da Cannabis e o Conflito Entre Direitos e Normas. **Revista Juris UniToledo**. Araçatuba, SP, v. 04, n. 01, p. 127-142, jan./mar. 2019.

HUNTSMAN. J. R.; TANG-WAI. R.; SHACKELFORD. A.E. Cannabis for Pediatric Epilepsy. **Journal of Clinical Neurophysiology**. v. 37, n. 1, p. 1-7. Jan, 2020.

RESENDE, J. R. V. **Ampliação Regulamentatória do Uso da Maconha Como forma de efetivação do Direito Fundamental à Saúde**. Dissertação (mestrado) Programa de Pós-Graduação em Direito. Universidade Federal de Uberlândia. 2019.

ROMERO-SANDOVAL, E. A. Cannabis for Chronic Pain: Challenges and Considerations. **Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy**. North Carolina, NC, EUA. v.38, p.6, p. 651–662. 2018.

TABACH, R. *et al.*, Sistema de Farmacovigilância em Plantas Medicinais. **Boletim Planfavi**. n. 52, p. 1- 4. out./ dez. 2019.

WILSEY, B. *et al.*, Low-Dose Vaporized Cannabis Significantly Improves Neuropathic Pain. **The Journal of Pain**. v.4, n.2, p. 136–148. 2013.