

# IMPACTOS SOCIOECONÔMICOS DA LEGALIZAÇÃO DA MACONHA PARA FINS MEDICINAIS NO BRASIL

## SOCIOECONOMIC IMPACTS OF MARIJUANA LEGALIZATION FOR MEDICAL PURPOSES IN BRAZIL

CARLA LORENA SILVA DUTRA<sup>1</sup>

FERNANDO LOBO LEMES<sup>2</sup>

### RESUMO

O presente artigo trata da análise dos impactos socioeconômicos da legalização da maconha para fins medicinais no Brasil e suas nuances, tomando exemplos do mesmo acontecimento no exterior, para que possamos delimitar as prováveis mudanças que seriam notadas com a legalização no Brasil. A problemática central destaca a necessidade premente de pacientes que dependem de forma direta da medicação à base de maconha, mas enfrentam entraves legais que prevalecem em relação ao apelo pela legalização. Até o momento, a jurisprudência tem se mostrado progressista, de forma avessa ao dispositivo legal e apoiado a disponibilidade da medicação aos pacientes com base no direito fundamental à saúde. Destaca-se também os benefícios econômicos que tal mudança traria ao país, tendo em vista a riqueza do solo brasileiro. Para a realização desse trabalho, fora utilizado o método de compilação (ou bibliográfico), que consiste na exposição do pensamento de vários autores que escreveram sobre o tema escolhido. Então, perpassa-se a introdução e três capítulos com três tópicos cada, chega-se à conclusão e, por fim, ao referencial bibliográfico.

**Palavras-chave:** Cannabis. Legalização. Maconha. Medicinal. Medicamento.

### ABSTRACT

This article deals with the analysis of the socioeconomic impacts of the legalization of marijuana for medical purposes in Brazil and its nuances, taking examples of the same event abroad so that we can delimit the probable changes that would be noticed with the legalization in Brazil. The central issue highlights the pressing need for patients who depend directly on marijuana-based medication, but face legal obstacles that prevail in face of the call for legalization. So far, jurisprudence has been progressive, contrary to the legal provision and supporting the availability of medication to patients based on the fundamental right to health. It also highlights the economic benefits that such a change would bring to Brazil, given the richness of the Brazilian soil. The method of compilation (or bibliographic) was used to carry out this work, which consists of exposing the thoughts of several authors who have written on the chosen topic. Then, we go through the introduction and three chapters with three topics each, we conclude, and, finally, the bibliographical reference.

**Keywords:** Legalization. Marijuana. Medical. Drug. Cannabis.

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Direito da Faculdade Evangélica Raízes. Anápolis, Goiás, Brasil. E-mail: scarladutra@gmail.com

<sup>2</sup> Professor Orientador. Coordenador da Atividades de Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade Evangélica Raízes. Anápolis, Goiás, Brasil. E-mail: fernando.lemes@faculdaderaizes.edu.br

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo analisar e estudar um dilema moderno acerca do cultivo e uso da maconha para fins medicinais no Brasil, e se limitará a abordar os aspectos sociais e econômicos de uma possível legalização.

Serão traçados os aspectos históricos, desde os primórdios até a introdução da planta no Brasil, abordando o uso, seu papel na economia e a maneira como é encarada socialmente no decorrer do tempo, ressaltando as mudanças após a proibição legal na década de 1930.

Isso posto, será traçado um paralelo entre a situação dos diversos países do mundo no que tange à legalização e como a sociedade foi afetada por essas mudanças, com enfoque nos impactos econômicos e sociais gerados. Por fim, a abordagem demonstrará a importância do uso medicinal da maconha e como ele pode mudar vidas, trazendo à baila uma gama de problemas que circundam o tema.

É importante destacar que também será matéria do presente artigo o direito fundamental à saúde e a dignidade da pessoa humana, em razão de que esses direitos fundamentais ensejariam na legalização da maconha para fins medicinais tornando possível seu cultivo, estudo e implementação no mercado farmacêutico em território nacional.

Explorar-se-á, ainda, a atividade repressiva do Estado quanto ao uso da maconha, por meio da criação de normas e do uso da força policial, bem como o prejuízo sofrido pelas pessoas que poderiam utilizar do medicamento e acabam prejudicadas por tal entrave.

Ao final, pretende-se abordar a comercialização e os critérios econômicos para autorização da produção e venda de medicamentos à base da cannabis, abordando ainda sua influência perante a sociedade.

## 1. O USO DA MACONHA: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

A maconha é atualmente uma das drogas mais usadas no mundo, mas pouco se sabe acerca dos primórdios do uso psicoativo e medicinal e como este evoluiu com o passar do tempo.

Os tópicos seguintes buscam elucidar os mais diversos pontos relacionados à história da maconha no Brasil e no mundo e suas representações culturais e sociais no decorrer do tempo.

### 1.1. A CANNABIS E OS PRIMEIROS REGISTROS NA HISTÓRIA

O uso da maconha faz parte da história do desenvolvimento do ser humano e remonta a tempos longínquos, desde a pré-história até a contemporaneidade. Arqueólogos relatam que o

indício mais antigo existente deste uso foi encontrado em um sítio em Taiwan, datando de 10.000 anos atrás, nos quais constataram que ela foi a base de diversos artefatos no decorrer da história da China.

Segundo Nahas (1986, p. 28), “[...] sua descoberta foi atribuída ao imperador e farmacêutico chinês Shen Nung, cujo trabalho em farmacologia advogou o uso da planta como sedativo e como medicação de várias finalidades”. Ali, a maconha fez parte da agricultura familiar e os chineses usavam também sua fibra, hoje conhecida como cânhamo, na confecção de tecidos, roupas, sapatos, cordas e papel, tendo então função fundamental no desenvolvimento de sua civilização.

Ainda na China, há cerca de 2.000 anos a. C., a planta passou a ser utilizada com finalidade medicinal e os chineses acreditavam tratar-se de uma planta mágica, por suas propriedades curativas. Apesar dessa crença, os chineses foram capazes de identificar as diferenças entre as propriedades das plantas macho e fêmea e manipulá-las conforme a necessidade, bem como utilizá-las como anestésico em procedimentos cirúrgicos, realizados sem causar dor ao paciente.

Com a ascensão do Taoísmo<sup>3</sup>, seguiu-se o declínio do “reinado” da maconha na China, que naquele momento já vinha sendo utilizada também como alucinógeno de forma recreativa e vista de forma negativa por fazer com que o indivíduo “visse demônios” (ABEL, 1980, tradução nossa).

Assim, a cannabis foi uma das plantas cultivadas há muito tempo no Leste asiático, em função da produção dos seus grãos e fibras, bem como para uso recreativo, medicinal e para fins ritualísticos. Segundo Robert Spengler (2018 apud DONAHUE, 2019, on-line),

[...] a movimentação constante de pessoas através do Planalto do Pamir – um importante cruzamento que liga a Ásia Central e a China com o sudoeste da Ásia – poderia ter ocasionado a hibridização de variedades locais de cannabis com as de outras áreas. Embora seja de amplo conhecimento que a hibridização é outro fator que potencializa o THC psicoativo de variedades de cannabis, ainda não está claro se ela foi intencional ou uma feliz coincidência.

As plantas nativas passaram a ser cultivadas pela população da região e as condições geográficas, como a altitude e o clima fresco, potencializavam os níveis de THC, resultando em um efeito altamente psicoativo. A cannabis era usada tanto na forma recreativa quanto na forma ritualística ou religiosa, sendo encontrada por arqueólogos como parte de cerimônias mortuárias naquela parte do continente. Registros indicam que era plantada e consumida também pelos povos da Ásia Oriental há pelo menos 2.500 anos (DONAHUE, 2019, online).

---

<sup>3</sup> Na cultura chinesa, doutrina mística e filosófica formulada no século VI a.C. por Lao Tse e desenvolvida a partir de então por inúmeros epígonos, que enfatiza a integração do ser humano à realidade cósmica primordial, o tao, por meio de uma existência natural, espontânea e serena (Seu caráter contemplativo, na vida religiosa chinesa, é o principal rival do racionalismo pragmático que caracteriza o confucionismo).

Na Índia a maconha é considerada sagrada pelos hindus, que acreditam ter sido um presente recebido do deus Shiva e usam tanto a resina (chara), quanto a flor (ganja), sementes e folhas (bhang). O bhang é uma preparação com leite, tomada no dia a dia e, historicamente, até mesmo antes das batalhas.

Justamente por ser considerada sagrada e fazer parte da cultura indiana, a planta não foi proibida, pois poderia ocasionar o declínio da satisfação pessoal de grande parte de seus habitantes.

A invasão do povo ariano na Índia acabou por difundir a cannabis para outras regiões, como a Pérsia. Há semelhanças entre a forma que os hindus e os persas viam a cannabis em virtude dos ensinamentos do profeta Zoroastro, que também a considerava sagrada, tornando-a, conseqüentemente, importante para todos aqueles que seguiam suas orientações. Além disso, segundo a revista History (2019, on-line, tradução nossa),

O Haxixe (uma forma purificada de cannabis fumada com um cachimbo) foi amplamente utilizado em todo o Oriente Médio e partes da Ásia após cerca de 800 d.C. Sua ascensão na popularidade correspondeu com a propagação do islamismo na região. O Corão proíbe o uso de álcool e algumas outras substâncias intoxicantes, mas não proibiu especificamente a cannabis.

Segundo Gontiès e Araújo (2003, p. 53), “[...] no século XI é fundada, por um fatímida, Hassan Ibn-Sabbah, a seita de drogados assassinos, chamados Haxixins”, que sequestrava homens jovens mantidos dependentes da bebida à base de haxixe e, sob seu efeito, matavam e roubavam conforme as ordens do chefe. De acordo com Penteadó (1982, p. 69),

O nome dessa sociedade originou a palavra francesa “assassin” e, logo depois, o termo “assassino” em nossa língua. Nós usamos, aliás com propriedade, o termo assassino para indicar um homicida. No entanto, a palavra assassino, etimologicamente, significa: FUMANTE DE MACONHA – HAXIXE.

Um pouco mais tarde, no século 5 a.C., o historiador grego Heródoto descreveu a prática dos Citas (grande grupo de nômades iranianos) de inalar a fumaça proveniente de sementes e flores fumegantes da cannabis com o intuito de entrar em estado de intoxicação ou euforia. Este ritual era visto como meio para que alcançassem a purificação após enterrarem os mortos, criando banhos de vapor que nem os gregos puderam superar (DONAHUE, 2019, online).

Através de um longo percurso, a maconha passa do Oriente Médio ao Norte da África, passando a ser largamente consumida pelos povos do continente, difundindo-se em toda a região, sendo, curiosamente, proibida por Napoleão Bonaparte, séculos depois, no Egito.

As cruzadas correspondem ao momento histórico no qual houve a disseminação da maconha pela Europa. Nesta mesma época, relata-se o uso por parte dos Aztecas em rituais religiosos. Já em Cuba, por volta de 1492, encontrou também o hábito de inalar a fumaça de folhas secas incandescentes para provocar um prazer singular (GONTIÈS; ARAÚJO, 2010, p. 54).

Como objeto de pesquisa científica em potencial, a maconha chegaria na Europa apenas durante o século XIX, devido, sobretudo, ao fato de ser prescrita na Ásia em função de suas propriedades medicinais. Antes disso, porém, de acordo com Barros e Peres (2011, online), durante o período da Renascença,

[...] a maconha era um dos principais produtos agrícolas da Europa. Prova de sua grande influência na mudança de mentalidades é que, além das páginas de papel de cânhamo dos primeiros livros impressos, artistas pintavam em telas feitas com suas fibras. Tanto que a palavra Canvas, usada em várias línguas para designar “tela”, é uma corruptela holandesa do latim 'cannabis': daí dizer-se 'oil on canvas' (óleo sobre tela).

Intentando entender os efeitos do haxixe sobre o homem, os poetas Théophile Gautier e Charles Baudelaire, bem como outros participantes, fizeram parte do clube de comedores de haxixe na França do século XIX, como relata Nahas (1986, p. 33). Suas experiências foram diversas e seus relatos variados, chegando a afirmar que “o haxixe nunca revela à pessoa mais do que ela já é”.

Sir William O’Shaughnessy Brooke foi quem trouxe efetivamente a cannabis para a medicina ocidental. Médico inglês, ele serviu no Serviço Médico de Bengala, na Companhia Britânica das Índias Orientais, e, após constatar os resultados obtidos pelo uso medicinal da maconha, escreveu um artigo no qual relatava que “no cânhamo nós, profissionais, ganhamos um remédio anti convulsivo da maior importância” (NAHAS, 1986, p. 33).

Com as expedições europeias de colonização, a maconha chega às Américas e “por ser uma planta de rápido crescimento, fácil de cultivar e com muitos usos, o cânhamo foi amplamente cultivado em toda a América colonial e em missões espanholas no Sudoeste” e, inclusive, no início de 1600, “as colônias da Virgínia, Massachusetts e Connecticut exigiram que os agricultores cultivassem cânhamo” (HISTORY, 2019, online, tradução nossa). Ainda segundo Nahas (1986, p. 34), “Nos Estados Unidos, em 1720 a planta do tipo fibra era cultivada na região litorânea, e as fibras do caule eram utilizadas na confecção de cordas, barbantes, tapetes, velas, sacos e cintos. Já das sementes extraía-se o óleo para sabões, tintas, dentre outros”. Segundo o autor, foram utilizados uma série de termos pelos quais a cannabis é conhecida mundo afora:

A lista multilíngue de 1968, distribuída pelas Nações Unidas, de drogas entorpecentes sob controle internacional, arrola 267 nomes para a Cannabis Sativa e para os preparados da cannabis, embora normalmente os nomes para os dois sejam empregados alternativamente. Embora a expressão cannabis sativa seja mais exata, ela é comumente abreviada para cannabis. No Marrocos e na costa do norte da África o termo é kif; no Oriente Médio, Egito e Irã, é conhecida como haxixe; na Índia, a bebida preparada com o cozimento das folhas e copas da planta é denominada bhang, enquanto ganja indica o material resinoso que é fumado. Este nome também é empregado na Jamaica, porque a planta foi ali introduzida por trabalhadores indianos. O nome marijuana, familiar nos Estados Unidos e no Canadá, originou-se no México; haxixe também é usado, mas para descrever um preparo mais forte; este é o nome mais em voga na Europa (NAHAS, 1986, p. 26).

Finalmente, é imprescindível que a temática da cannabis seja abordada em sua totalidade para possibilitar a realização de uma reconstrução histórica do imaginário presente no senso comum, adicionando aquilo que foi suprimido a seu respeito nas obras mais populares e ignorando seu papel em espaços de utilização diversos, tais como no sustento material, no lazer, na arte e na identidade cultural de povos por todo mundo.

## 1.2 DA UTILIDADE DO CÂNHAMO AOS USOS DA CANNABIS NO PROCESSO DE EXPANSÃO DO IMPÉRIO PORTUGUÊS NA AMÉRICA

Na Europa ocidental do século XV, o cânhamo foi de grande relevância para o desenvolvimento econômico e cultural dos diversos grupos sociais. Por exemplo, era utilizado na confecção de cordas, tecidos e papel, em virtude de sua resistência e maleabilidade. Com o crescimento das expedições marítimas, percebeu-se que o cânhamo era de muita utilidade na confecção de velas para as caravelas e que o produto obtido de suas fibras, por ser “dotado de rigidez e elasticidade, proporcionava às caravelas uma enorme velocidade” (BARROS; PERES, 2011, online).

Visando as riquezas do Oriente, os europeus encontraram na navegação uma forma de se desviar da rota da seda tradicional, pretendendo chegar até lá dando a volta no continente africano. Logo, a demanda por cânhamo foi intensificada e a Holanda tomou a dianteira na produção. Com sua tecnologia de moinhos de vento, o trabalho era facilitado, reduzindo boa parte do tempo, mão-de-obra e poupando recursos.

Em Portugal, o cultivo de cânhamo foi incentivado inclusive por um decreto do rei Dom João V, de 1656, tornando-o uma política de Estado devido à sua importância (BARROS; PERES, 2011, online). Ainda em 1492, Cristóvão Colombo já havia transportado consigo, através do oceano Atlântico, 70 toneladas de cordame e lonas de cânhamo (ROBINSON, 1999, p. 76).

Essenciais ao desenvolvimento da navegação, as caravelas que chegaram à América, no início do século XVI, traziam velas de tecidos feitas de cânhamo. Desta forma, podemos dizer que a maconha teve seu primeiro contato com esta terra que logo seria chamada de Brasil.

O que não podemos afirmar, entretanto, é que a cannabis chega ao Brasil no momento de seu descobrimento: a região já era habitada por nativos, denominados “índios” pelos portugueses, logo não sendo possível que houvesse qualquer descobrimento propriamente dito. Apenas posteriormente estes nativos entraram em contato com a maconha, incorporando-a em sua vivência e cultura.

Entende-se, portanto, que a cannabis não é uma planta nativa do Brasil, tampouco da América Latina, mas sim das regiões da África e Ásia. Foi trazida para a América ainda nos primórdios da colonização portuguesa, primeiramente pela utilidade do cânhamo como produto agrícola e, apenas posteriormente, teria outra destinação.

Na prática, apenas após a chegada dos negros africanos trazidos na condição de escravos, é que o uso recreativo e medicinal da maconha foi introduzido na região. Eles escondiam as sementes em suas vestes e traziam consigo na longa viagem de travessia do Atlântico, para que fossem plantadas logo que se estabelecessem na nova terra, usando-a, posteriormente, como bálsamo para seu sofrimento (CARLINI, 2006, p. 315).

Oswaldo Pessoa Jr. e Anthony Henman (1986, p. 132) questionam se este teria sido realmente o meio de chegada da cannabis ao Brasil, devido ao fato de que, por aproximadamente um século, os negros tenham sido trazidos nus durante todo o trajeto desde a África, não havendo evidências suficientes para seu convencimento. Em contrapartida, Saad (2011, p. 04) argumenta que “não se deve excluir a possibilidade da planta ter sido trazida nos navios negreiros por outros personagens que viajavam em melhores condições que os escravos, como tripulantes, traficantes e passageiros.”

À época já haviam novas denominações, como diamba, banguê, pito de pango e fumo-d'Angola, e o uso recreativo, além de se disseminar entre os escravos africanos, também chegou aos índios nativos das terras brasileiras, que passaram a cultivar para consumo próprio, incorporando o uso da maconha em sua própria cultura, a seu próprio modo.

Conforme relata Fonseca (1980 *apud* CARLINI, 2006, p. 315), a Coroa portuguesa chegou ainda a incentivar o cultivo da cannabis no Brasil no século XVIII. De acordo com o autor, “Aos 4 de agosto de 1785 o Vice-Rei [...] enviava carta ao Capitão General e Governador da Capitania de São Paulo [...] recomendando o plantio de cânhamo por ser de interesse da Metrópole [...] e remetia ao porto de Santos [...] “dezesesseis sacas com 39 alqueires” de sementes de maconha”.

Inicialmente, a cannabis não era de grande relevância para os povos brancos, dado que era popular entre as classes menos privilegiadas e marginalizadas, “exceção a isso talvez fosse”, como alega Carlini (2006, p. 315), “a alegação de que a rainha Carlota Joaquina (esposa do rei D. João VI), enquanto aqui vivia, teria o hábito de tomar um chá de maconha”. À época, na medicina popular a maconha era indicada para asma, insônia, problemas gastrointestinais e cólicas menstruais, bem como por seu efeito analgésico e afrodisíaco (ROBINSON, 1999, p. 117).

Assim, a partir do século XIX, chegam ao Brasil informações vindas da Europa acerca dos efeitos hedonísticos gerados pela cannabis. Logo, os negros, que já sofriam repressão constante da polícia, passaram a ser ainda mais severamente punidos pelo uso da maconha. Polícia esta que, segundo Barros e Peres (2011, online), já existia mesmo antes da existência de qualquer lei penal no território e operava à base de truculência. De acordo com os autores,

Para se ter uma ideia da brutalidade das normas no Brasil, é emblemática a comparação com um relatório do estado de Virgínia, Estados Unidos, em 1825, onde o maior castigo a um escravo consistia em 39 açoites pelo furto de um par de botas. [...] Observa-se que, antes do Código Criminal do Império (1830), eram aplicados entre 100 a 300 açoites para pequenos crimes, pelo Intendente da Polícia e pela Guarda Real. Além disso, no Brasil, os castigos chegavam a assumir o risco de matar o escravo. (BARROS; PERES, 2011, online)

De fato, as propriedades medicinais da maconha foram pouco estudadas no Brasil, diferentemente do que aconteceu em outros países, em decorrência da sua origem de natureza recreativa, introduzida por meio de populações marginalizadas.

Contrariamente ao que acontecia no restante do mundo, a relação do Brasil com a maconha tomou rumos proibicionistas, calcados em princípios racistas, excludentes e elitistas. Robinson (1999, p. 117), ao discorrer a este respeito, destaca pontos contraditórios levantados por Dória (1915), que a princípio buscava enfatizar os malefícios da cannabis:

O quadro sintomático pode ser diverso. São conhecidos nos lugares, onde abusam da maconha, o delírio, a loucura transitória e mesmo definitiva, causados pela planta, e com fisionomia perigosa. Os embriagados tornam-se rixosos, agressivos, e vão até a prática de violências e crimes, se não são contidos.

Robinson então destaca que após apenas dois parágrafos Dória se contradiz ao relatar situação diversa envolvendo os efeitos da maconha:

Um preto carregador, de 39 anos, de disposição alegre e risonha, fumou a maconha, e sentiu forte excitação, deu pra pular, correr; depois dormiu, e sonhou coisas maravilhosas, passando mais ou menos neste último estado por dois dias. Diz ter melhorado de câimbras e de dores reumáticas que sofria.

Neste diapasão, “o Brasil foi o primeiro país do mundo a editar uma lei contra a maconha: em 4 de outubro de 1830, a Câmara Municipal do Rio de Janeiro penalizava o ‘pito de pango’” (BARROS; PERES, 2011, online).

Os anos subsequentes foram marcados pela proibição e, após a abolição da escravatura, em 1888, “buscando a assepsia da sociedade, modificavam-se as respectivas formas de segregar os excluídos, pela adoção de novas medidas de controle social” (BARROS; PERES, 2011, online) permeadas do pensamento lombrosiano de modo a firmar a dominância etnocêntrica presente na sociedade brasileira até a atualidade.

### 1.3 A CANNABIS E O USO RECREATIVO E MEDICINAL NAS ÚLTIMAS DÉCADAS NO BRASIL

O início do século XX foi marcado pela chamada “guerra às drogas”, fortemente marcada por um caráter racista e xenofóbico presente nas campanhas políticas e publicitárias do Brasil e do mundo, sugerindo que a miscigenação racial fosse um dos maiores males da população brasileira.

Não era apenas a maconha que incomodava, mas também tentava-se extinguir o samba, a capoeira e o candomblé, ou seja, suprimir ao máximo qualquer manifestação cultural que não estivesse dentro dos padrões europeus adotados pela elite. Surgia a preocupação de que estes hábitos alcançassem e interferissem nos modos de vida das camadas mais altas da sociedade.

Utilizando-se constantemente do adjetivo “africana” para designar a origem da maconha, os jornais de circulação diária retiram o assunto da esfera restrita da academia e dos discursos oficiais e levam para dentro do cotidiano da sociedade, uma nova forma, ainda mais abrangente, de controle social da numerosa população afro-descendente (SAAD, 2011, p. 10-11).

“Em 1914 os Estados Unidos [...] decretaram o *Harrison Act*, primeira lei no mundo dedicada à fiscalização do uso ‘não-medicinal’ das drogas de origem vegetal” (SAAD, 2011, p. 2-3), ao passo que a medicina, adotando uma postura médico-policial, passa a dar mais importância ao criminoso que ao crime.

Pioneiros nos estudos sobre a maconha e sua proibição, Dória e Iglésias mostram-se preocupados com a manutenção da moral e dos bons costumes. Por meio de estudos deveras tendenciosos, atribuem à maconha efeitos equiparados ou até piores que os do ópio.

Em 1924 ocorre em Genebra a II Conferência Internacional do Ópio e,

[...] alinhando-se às recomendações dos EUA, O Brasil aderiu a acordos firmados em reuniões da Liga das Nações Unidas, em 1921, e reafirmou suas intenções proibicionistas. Em 1924 representantes do Egito, da Grécia e do Brasil trouxeram à reunião internacional suas preocupações sobre o haxixe e pediram a inclusão da planta na lista de substâncias proscritas (SAAD, 2011, p. 10).

Nesta ocasião, Pedro Pernambuco, então representante do Brasil na reunião, declara para delegações de 45 outros países que “a maconha é mais perigosa que o ópio” (BARROS; PERES, 2011, online). No entanto, o mesmo Pernambuco relata que em seus estudos não ter sido possível perceber o resultado de dependência ou abstinência nos usuários, bem como a morte em decorrência de seu uso.

O processo de proibição consistiu em várias etapas e se modificou com o passar dos anos, porém a postura repressiva foi mantida no Brasil durante décadas, inclusive com o apoio da ONU - Organização das Nações Unidas (CARLINI, 2006, p. 316).

Barros e Peres (2011, online) trazem dados a respeito dos posicionamentos legais no Brasil no que tange à política de drogas em relação ao usuário:

Em 1932, entrou em vigor, no Brasil, o decreto 2930 que passava a penalizar também o usuário, porém, diferenciando-o do traficante. [...] Em 1940, entrou em vigor um novo Código Penal, que apenava a conduta de traficar. [...] Em 1968, em plena ditadura militar, por meio do Decreto-Lei 385 e alteração do artigo 281 do Código Penal, o usuário foi equiparado ao traficante. Lula, [...] em agosto de 2006, sancionou a Lei 11343, que acabou com a pena de prisão para os usuários de substâncias ilegais e para quem plantar pequena quantidade de maconha para uso próprio.

Durante a Era Vargas a repressão ao consumo de drogas ilícitas foi intensificada: a maconha era especialmente perseguida e associada à loucura, mesmo este sendo o período em que apareciam as primeiras pesquisas afastando esta correlação (NERY FILHO, 2009, p. 103-105).

Avançado aos anos da ditadura militar no Brasil, a maconha passa a ser associada não mais estritamente à loucura e criminalidade, mas também à dissidência e comunismo, principalmente entre os jovens. Com a ascensão da contracultura, também surgiram novas associações dentre os simpatizantes, caracterizando o prazer hedonista e também a valorização de suas propriedades como um todo (NERY FILHO, 2009, p. 105-106).

Ainda em análise ao que traz Nery (2009) em seu trabalho, percebe-se que a proibição se intensifica e o foco da repressão, mesmo pairando sobre a substância, se dá em razão da classe que a utiliza e das diferenças socioculturais existentes entre ela e a classe dominante. Ressalta-se, desta forma, a repetição dos padrões de repressão, apenas, por ora, com sujeitos diferentes.

Todo o tabu instaurado acarretou atrasos à pesquisa e aprendizado, principalmente pelo fato da classe médica, mesmo sabendo das potencialidades da maconha no campo científico, se alinhar aos ideais políticos vigentes, endossando a proibição. Posteriormente, estudos demonstraram a utilidade do THC (tetraidrocanabinol) como auxiliar no tratamento de câncer e a substância inclusive foi registrada como medicamento em vários países.

Com o fim da ditadura militar no Brasil, houve mudanças no que diz respeito ao enfrentamento às drogas: políticas humanizadas, visando educar o usuário, surgiram, apesar de ainda existirem aquelas alinhadas aos moldes tradicionais em voga no país. Nery Filho (2009, p. 107-108) relata que “o primeiro programa brasileiro de Redução de Danos, implantado em 1989, gerou a resistência dos setores mais conservadores da sociedade e dos órgãos de segurança pública”.

Mesmo com a proibição, a maconha se tornou a substância ilícita mais usada no Brasil, como expõe Carlini (2006, p. 317):

O I Levantamento Domiciliar sobre Consumo de Drogas no Brasil (2002 apud CARLINI, 2006, p. 317) revelou que 6,9% dos 47 milhões de habitantes das 107 maiores cidades brasileiras já consumiram a planta pelo menos uma vez na vida, o que corresponde a 3,249 milhões de pessoas.

A recente despenalização do usuário somada à política de redução de danos adotada pelo Estado brasileiro proporcionou avanços no campo da conscientização acerca das falhas do modelo proibicionista. Este demonstra que o usuário mais é vítima de sua própria condição que um criminoso ou delinquente e que o enfrentamento repressivo não tem resultado expressivo, apesar de ser o entendimento predominante nas classes médica e policial.

No início do século XXI, começa a ser elucidado pela ciência o sistema endocanabinóide presente no corpo humano e suas características: “os receptores canabinóides são identificados em

várias células e sistemas, além do sistema nervoso central, e a ciência avança na área da imunologia e oncologia” (AMA+ME, online).

Há que se falar em um grande passo dado neste século em direção ao reconhecimento das potencialidades do uso medicinal da maconha. Em 2011 a Marcha da Maconha é liberada pelo Supremo Tribunal Federal no Brasil e em 2013 acontece o primeiro Congresso Internacional de Drogas, Lei, Saúde e Sociedade,

[...] foi considerado o maior congresso sobre inovação de política de drogas já realizado na América Latina, [...] Além disto, o evento contribui para a consolidação de uma rede interdisciplinar, que culminou com a criação da Plataforma Brasileira de Políticas Sobre Drogas, fundada formalmente em 2014 (AMA+ME, online).

Considerável foi o progresso no campo da conscientização para o uso medicinal, tendo inclusive melhor recepção em virtude desta finalidade. Recentemente, “a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) reclassificou o CBD”, colocando-o na lista de substâncias proscritas permitidas no país para importação, “porém toda a burocracia para importação ainda é limitadora ao acesso, até que se tenha uma produção nacional” (AMA+ME, online), sendo este o assunto principal do qual o presente trabalho tratará.

## 2. O USO MEDICINAL DA MACONHA

A partir da tomada de decisão do Estado em reprimir qualquer forma de consumo da maconha, aqueles que poderiam utilizá-la como medicamento acabaram sendo prejudicados, visto que a proibição do uso deu causa à proibição do cultivo e produção em caráter medicinal.

As pesquisas avançam a cada ano, demonstrando a eficácia da planta no tratamento de doenças degenerativas, musculares e que atingem ao sistema nervoso.

Logo, será abordada a forma encontrada pelo Estado para tornar viável a importação e introdução de medicamentos em território brasileiro para que seja garantido acesso de forma lícita àqueles que buscam no judiciário a resposta para suas súplicas.

### 2.1. OS AVANÇOS NAS PESQUISAS CIENTÍFICAS

A cannabis ou maconha, como é popularmente conhecida, possui amplas funções, sendo que da mesma forma em que é usada recreativamente em diversas regiões do mundo, também há a opção de se fazer o uso com fins terapêuticos e medicinais. Principalmente nos últimos anos, muito têm-se falado acerca da destinação da maconha como insumo na indústria farmacêutica, porém a sua utilização para este fim não é recente.

É possível a percepção de que os médicos da antiguidade prescreviam a maconha como medicação para quase todos os problemas de saúde, desde a utilização para alívio para dor de ouvido, até para as dores do parto. Destaca-se que estes médicos também informavam que o uso excessivo da planta poderia causar impotência, cegueira temporária e até mesmo alucinações, que eram consideradas como um “ver demônios”. (ROSSI, 2021, online)

Todavia este costume se perdeu e, conforme relatado anteriormente, o proibicionismo tomou o lugar da liberdade de escolha dos indivíduos, visto que se difundiu a ideia de que a maconha era prejudicial à saúde, levava à dependência e implicava em risco de vida. (CARLINI, 2006)

Foi em 1963 que, mesmo diante da proibição na América e Europa, Raphael Mechoulam, diretor de um departamento que pertencia à Escola de Medicina da Universidade Hebraica de Jerusalém, realizou o procedimento de isolar o canabidiol (CBD) e, no ano seguinte, isolou também o  $\Delta$ 9-tetra-hidrocanabinol (THC), sendo ambas substâncias encontradas na maconha. Este foi um grande marco do início de toda história da maconha e sua evolução para a ciência. (AMA+ME, online)

Em 1981, o grupo do professor Elisaldo Carlini (UNIFESP) publicou no *JClinPharmacol*, um estudo duplo cego, randomizado, método utilizado para testar eficácia de medicação contra determinada alteração fisiológica. Este estudo utilizou uma pequena amostra de oito pacientes, comparando com sete controles, os efeitos benéficos do CBD para controle de crises convulsivas (CARLINI, 2010).

Tendo em vista os inúmeros estudos realizados, a comunidade científica passou a focar, em meados dos anos 2000, na investigação da eficácia da maconha como medicamento, em razão do surgimento de diversos resultados encorajadores em diferentes áreas do corpo humano. (CARLINI, 2010).

Segundo a Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal (2019, online), descobriu-se em 2007, por meio de pesquisas, que o próprio corpo humano produz canabinóides que são capazes de absorver as propriedades da composição da cannabis, com resultados animadores no sistema nervoso central. (AMA+ME, online)

Neste sentido, Malcher-Lopes e Ribeiro expõem o seguinte:

A descoberta dos endocanabinóides, ou seja, moléculas análogas aos princípios ativos da maconha, mas produzidas pelo próprio cérebro, é a grande descoberta por trás desta guinada científica. Neste início de século XXI, acredita-se que os canabinóides possam estar envolvidos na remodelação dos circuitos neuronais, na extinção de memórias traumáticas, na formação de novas memórias e na proteção de neurônios. O sistema endocanabinóide é fundamental no controle da resposta imune, apetite, sono, estresse, emoção, dor, locomoção, funções cardiovascular e broncopulmonar, pressão intraocular, inflamação e reprodução, entre outros aspectos da fisiologia e do comportamento. A desregulação do sistema canabinóide pode estar envolvida nas causas de depressão, dependência psicológica, epilepsia, esquizofrenia e doença de Parkinson (MALCHER-LOPES; RIBEIRO, 2007, p. 8-9)

Posteriormente, em 2012, uma garotinha de 5 anos de idade, portadora de síndrome de Dravet, que lhe causava graves crises epiléticas, obtém sucesso no controle da doença com o uso do óleo rico em CBD, produzido a partir de uma cepa de cannabis *Sativa L.*, que acabou recebendo seu nome. Partindo deste caso, a ciência se aprofundou cada vez mais nos estudos acerca da maconha, em razão de a procura pelo medicamento para tratamento de doenças similares à da garota ter aumentado de forma considerável. (EPIFÂNIO, 2019, online)

No Brasil, no ano de 2014, uma criança portadora da síndrome CDKL5, que também ocasiona quadros epiléticos severos, obtém sucesso no controle das crises convulsivas também fazendo uso do óleo rico em CBD. Relatos de casos como esses começam a se espalhar e a ciência continua a evoluir em seus estudos para alcançar os necessitados, porém em território brasileiro as pesquisas encontram obstáculos, visto que a legislação proíbe o cultivo da erva, ocasionando em precariedade dos métodos e preconceito para com os resultados. (EPIFÂNIO, 2019, online)

Devido a tal, o então juiz Marcelo Rebello Pinheiro, da 16ª Vara Federal do TRF 1ª Região, determinou que a ANVISA retirasse o  $\Delta$ 9-tetrahydrocannabinol (THC), substância presente na maconha, da lista de substâncias proscritas (proibidas) no Brasil, para que desta forma os brasileiros que necessitassem da medicação que contém THC pudessem importá-la seguindo todos os trâmites definidos pela ANVISA. (MARQUES, 2018, online)

Em 2017, nasce para a medicina brasileira a oportunidade de se receitar o Mevatyl, o primeiro fármaco derivado da maconha a ter registro aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Este medicamento demonstrou eficácia para tratamento de doenças relacionadas à rigidez muscular e, inclusive para o tratamento da esclerose múltipla, dentre tantas outras. (MARQUES, 2018, online)

Atualmente a utilização da maconha para produção de medicamentos ocupa posto de discussão perante tribunais superiores, pois ao tempo que muitos consideram como uma oportunidade para desenvolvimento de tratamento de doenças graves outro enxergam como uma perda do poder do Estado em garantir o distanciamento das drogas, incorrendo na concessão de uma forma de “excesso” de liberdade para os indivíduos.

## 2.2 A IMPORTAÇÃO DE MEDICAMENTOS DERIVADOS DA CANNABIS

Conforme tratado alhures durante toda a história da evolução da sociedade grandes civilizações já faziam uso da maconha para fins medicinais. O que se criou em volta destas situações

foi a necessidade de controle de dosagem, tendo em vista que se má administrada ou administrada em excesso, esta poderia causar reações inesperadas aos usuários, como qualquer outra medicação.

Porém as capacidades psicotrópicas da maconha foram as maiores justificativas para sua proibição, mesmo com a comunidade científica internacional tendo realizado inúmeros trabalhos e pesquisas voltadas para estes tópicos e restando comprovado que a medicação à base de maconha, se administrada em doses regulares, traria benefícios para a saúde humana. (HONÓRIO, 2006)

Apesar dos percalços, os estudos não pararam e o Canabidiol passou a ser introduzido perante a comunidade médica, sendo bem aceito e até mesmo prescrito em casos de necessidade. Neste sentido, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo visou regulamentar a situação e passou a autorizar a prescrição de forma clara e prevista em resolução:

Art. 1º. O canabidiol poderá ser prescrito pelo médico mediante assentimento do paciente e consentimento livre e esclarecido assinado pelo seu responsável legal, para o tratamento das epilepsias mioclônicas graves do lactente e da infância refratárias a tratamentos convencionais.

Art. 2º. A presente Resolução entrará em vigência na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário. (BRASIL, 2014, online)

Esta resolução foi promulgada no ano de 2014 mesmo com o Brasil possuindo legislação abertamente contrária e proibitiva ao uso da maconha, em razão disso houve a dificuldade de difundir o conhecimento acerca do medicamento e todos os seus benefícios, tendo em vista que havia um preconceito por parte dos próprios pacientes para com o tratamento a base do canabidiol.

A evolução da discussão culminou na permissão da importação dos fármacos que estivessem em conformidade tanto com os critérios impostos pela Anvisa, quanto com aqueles determinados para a produção e venda em seus países de origem (BRASIL, 2015).

Porém, destaca-se que o procedimento para que seja realizada a importação dos medicamentos é rigoroso e deve atender aos requisitos estipulados na RDC nº 17/2015: “Art. 19 A importação de quaisquer produtos à base de Canabidiol, em associação com outros canabinóides, dentre eles o THC, que não atendam a todos os requisitos desta Resolução estarão sujeitos às sanções administrativas, civis e penais cabíveis” (BRASIL, 2015).

Seguinte a isso, no ano de 2016, em consonância com a lei de drogas do país, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) utilizou-se da portaria 344/98, para estipular a possibilidade de fabricação e comercialização restritiva de medicamentos à base da cannabis. (BRASIL, 2016). Por meio da RDC nº 246/2018, a cannabis foi incluída na lista de substâncias psicotrópicas sujeitas à notificação de receita “A” e nela são demonstrados os parâmetros exigidos pela Anvisa para que seja disponibilizada para consumo:

2) ficam sujeitos aos controles referentes a esta Lista os medicamentos registrados na Anvisa que possuam em sua formulação derivados de cannabis sativa, em concentração de no máximo 30 mg de tetrahydrocannabinol (THC) por mililitro e 30 mg de canabidiol por mililitro. (BRASIL, 2018)

A questão que urge, então, é tangente à acessibilidade, não apenas em relação ao Mevatyl, mas a qualquer outro fármaco derivado da cannabis que venha a ser comercializado no Brasil. Com o valor de mercado e as atuais condições de produção, apenas uma pequena (e rica!) parcela da sociedade pode alcançar os benefícios da liberação. Neste sentido, AMORIM (2020, online) expõe o seguinte acerca do Mevatyl:

Único medicamento à base de cannabis que já tem registro no Brasil, o produto é comercializado desde 2018 em embalagens com três ampolas de 10ml a um custo médio de R\$ 2.700. Cada mililitro de Mevatyl contém 52mg de canabinoides (27mg de THC + 25mg de CBD). Na conta preço/concentração, o custo do miligrama de canabinoide do Mevatyl é de R\$ 1,73, o que o torna o mais caro entre todos os produtos pesquisados.

Tendo em vista as proibições do cultivo até mesmo para fins científicos e de pesquisa, o Brasil tem de realizar a importação dos insumos em sua totalidade, elevando absurdamente tanto o valor gasto na produção, quanto aquele que chega ao consumidor final.

Com a descriminalização da maconha para fins medicinais o solo brasileiro poderia ser utilizado para a produção da matéria-prima, resultando em uma queda drástica do seu custo final. Neste sentido a criminalização para uso da maconha com fim medicinal deve perder força no país tendo em vista o direito fundamental de acesso à saúde, estipulado constitucionalmente. (TAVARES, 2016, online)

Superada a análise da importação dos fármacos e seu alto custo, passa-se à análise do direito do doente em ter acesso ao exercício do direito fundamental à saúde e a relação deste à dignidade da pessoa humana, de forma que a negativa e a omissão do Estado seja encarada como um atentado aos direitos fundamentais, uma vez que retirar esse direito do cidadão é privá-lo da dignidade, de ter acesso a saúde e de poder viver bem. (AMORIM, 2020, online).

### 2.3. O DIREITO À SAÚDE E À DIGNIDADE HUMANAS

O princípio da dignidade da pessoa humana possui caráter basilar em nosso ordenamento jurídico pátrio, ou seja, todas as normas que existem e as que vierem a surgir devem estar de acordo com os interesses coletivos de forma a propiciar individualmente dignidade mínima para viver. Esta dignidade poderá ser encontrada em atos simples praticados pelo Estado, como por exemplo, saúde, educação, esporte e lazer.

Segundo Lima (2012, online) a dignidade pessoa humana nasce com ela, é inerente a ela desde seu nascimento com vida e pertence a sua essência como ser humano, porém é obrigação do Estado utilizando-se das vias cabíveis manter e tutelar todos os aspectos que permeiam as relações humanas, tais como, pensamentos, comportamento, saúde, liberdade, imagem e consciência, para que assim, em momento algum este perca ou se afaste de sua dignidade.

Portanto é notável que o termo “dignidade” não adota caráter meramente formal, possuindo toda aplicabilidade ao que o ser humano necessita, tendo em vista que este assume o entendimento de qualidade, superioridade e “aquilo que merece respeito”. Desta forma, obtêm-se a clareza de que a dignidade da pessoa humana não pode ser calculada em pecúnia e não assume substituição por nenhum outro direito, devendo agir como norma fundamental para estipulação de normas que a tutelem. (LIMA, 2012, online)

Este princípio formador de todo o aparato legislativo vigente tem sua fixação acostada na Constituição Federal de 1988, da seguinte forma:

#### **DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS**

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.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição. (BRASIL, 1988) (grifos nossos)

Visto isto, é possível concluir que para que esta dignidade se mantenha e o ser humano conserve sua integridade, destaca-se a necessidade de cuidado para com a integridade física através da garantia de saúde. Para Tessler (2010, online) a saúde é direito do ser humano e dever do Estado devendo este ser aplicado por meio de políticas públicas, sociais e econômicas para manutenção da vida.

Neste sentido o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 preceitua o seguinte: “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido 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”. (BRASIL, 1988)

Assim percebe-se a intenção primeira do legislador em garantir a todo ser humana a dignidade por meio da saúde através de políticas que visem redução de contágio por doenças, sendo necessária a utilização de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde humana até que se finde a vida. (BRASIL, 1988, online)

Tanto o princípio da dignidade da pessoa humana quanto o direito fundamental à saúde encontram-se interligados pelo direito e respeito à vida. Viver plenamente é viver com qualidade, tendo a dignidade respeitada e a saúde mantida e tutelada pelo Estado.

A Constituição Federal de 1988 trata sobre o direito à vida em seu artigo 5º, ao afirmar que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. (BRASIL, 1988, online)

Deste modo o autor Daury Cesar Fabríz (2003, p. 267) afirma que:

A vida, antes de ser um direito, é pressuposto e fundamento maior de todos os demais direitos. A vida, no âmbito do Direito Constitucional brasileiro, configura-se como um princípio que deve ser observado a todos sem distinção, de modo que os seus titulares são todas as pessoas que se encontram submetidas ao ordenamento jurídico brasileiro.

No entanto, quando tratamos destes princípios e direitos enaltecidos perante a norma constitucional, faz-se necessário pensar: quais são os seus limites? O direito à vida deve constituir-se em direito absoluto? Esses e outros questionamentos surgem à medida em que a garantia do direito fundamental requer a tutela do Estado.

Porém, os demais direitos e deveres, como por exemplo, o dever previsto na Lei de Drogas nº 11.343/06, também requerem a tutela estatal. Assim, o Estado encontra-se em um dilema no qual não se vê capaz de garantir, ao mesmo tempo, a concessão de um direito e o cumprimento de um dever quando, na realidade, um acaba impedindo a eficácia do outro, que é o caso da utilização da maconha para fins medicinais. (BRASIL, 2006, online)

Desta forma, percebe-se que por vezes as normas e as leis entram em conflito nos trazendo insegurança jurídica quanto ao que vem sendo legislado no país. Se, de alguma forma, o medicamento traria melhora à saúde, levaria dignidade e constituiria a vida plena do indivíduo, nenhuma lei deveria proibi-lo.

### **3. ACESSIBILIDADE: LEGALIZAÇÃO PARA QUEM?**

Diante de tudo que já foi abordado até a chegada a este capítulo é possível a percepção de que o acesso à maconha e à sua função medicinal ainda não abarcam classes mais baixas que por sua vez também necessitam da medicação.

Neste capítulo pretende-se abordar em que passo se encontra o processo de regulamentação da maconha medicinal em território nacional pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de modo que com os avanços da ciência têm se tornado cada dia mais inegável os benefícios que podem ser percebidos a partir da utilização da medicação a base da cannabis.

Outro ponto que cabe atenção, versa exatamente sobre o processo de inclusão da maconha medicinal para as classes mais baixas, onde aqueles que não possuem poder aquisitivo suficiente e que possuam cadastro no Sistema Único de Saúde possam ter acesso à medicação sem que isso precise pôr em xeque o próprio sustento.

Por fim, é de interesse que neste capítulo se trate ainda da comercialização de medicamentos à base da cannabis e sua influência perante a sociedade, tendo em vista todo o misticismo e preconceito enfrentado pela maconha e seus derivados.

Assim espera-se que este capítulo cumpra com o dever de informar para que em um futuro não tão distante a maconha para fins medicinais seja amplamente aceita e sem maiores embates, podendo servir àqueles que dela necessitam.

### 3.1. A REGULAMENTAÇÃO DA MACONHA MEDICINAL NO BRASIL PELA ANVISA

Conforme abordado alhures, a ciência e as civilizações antigas já possuíam bastante sabedoria acerca dos benefícios trazidos pela cannabis para a saúde do seu povo através da experimentação prática. Os antigos testavam todas as plantas e conforme estas resolvessem determinado problema a informação era passada à frente, de forma puramente empírica e simples.

Essa disseminação de conhecimento foi contida em razão de um preconceito de cunho ideológico e racista, que teve como principal responsável a Organização das Nações Unidas (ONU), a qual adicionou a maconha ao rol de drogas nocivas à saúde e bem-estar humano. (ONU, online)

Porém conforme tratado em capítulos anteriores isso não foi o suficiente para impedir a evolução da ciência no sentido de privar a sociedade de acesso ao medicamento, apenas dificultou um caminho que poderia ter sido realizado com maior rapidez e ajudado pessoas que sofreram com dores, mal-estar, tremores, perda de memória e crises epiléticas até o fim de suas vidas.

Diante de inúmeras pautas e discussões sobre o uso medicinal da cannabis, esta cultura foi ganhando força e as pessoas através de articulações políticas passaram a lutar pela descriminalização da erva, como é o caso da “Marcha da Maconha”, que inclusive obteve liberação do Supremo Tribunal Federal (STF) para acontecer. (MELO, 2018, online)

Destaca-se que esta não foi a primeira vez que o STF se posicionou de forma favorável ao tema, tendo em vista que no ano de 2015, em voto oral no Recurso Especial nº 635.659, o Ministro José Roberto Barroso fez a seguinte declaração sobre o uso da maconha para fins recreativos, distinto do medicinal:

As pessoas têm, igualmente, o direito de escolher os seus prazeres legítimos. Há quem faça alpinismo, voe de ultraleve, participe de corridas de automóvel, ande de motocicleta ou faça mergulho submarino. Todas essas são atividades que envolvem riscos. Nem por isso são proibidas. O Estado pode, porém, limitar a liberdade individual para proteger direitos de terceiros ou determinados valores sociais. Pois bem: o indivíduo que fuma um cigarro de maconha na sua casa ou em outro ambiente privado não viola direitos de terceiros. Tampouco fere qualquer valor social. Nem mesmo a saúde pública, salvo em um sentido muito vago e remoto. Se este fosse um fundamento para proibição, o consumo de álcool deveria ser banido. E, por boas razões, não se cogita disso. (BRASIL, 2015)

Neste sentido, após estas falas e diante de todo o cenário articulador político nacional voltado para ações favoráveis à descriminalização da maconha para fins medicinais partindo de país,

associações, movimentos sociais, parte de médicos neurocientistas e deputados, a ANVISA resolveu modificar a normatização para importação de medicamentos à base de maconha. (ANVISA, 2015).

Assim, no dia 28 de janeiro de 2015, fora publicada no Diário Oficial da União a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 03, de 26 de janeiro de 2015, que atualizou o Anexo 1 da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, no que tange à relação de substâncias entorpecentes, psicotrópicas, precursoras e às de controle especial (ANVISA, 2015).

Através desta atualização o canabidiol passou a se enquadrar como substância sujeita a controle especial, o que se traduziu em uma grande vitória para aqueles que buscavam a validade e viabilidade de tratamentos à base de cannabis, embora não houvesse fabricante no país. Porém, para infelicidade daqueles que possuíam a intenção de tratamento com medicamento que também contivessem em sua composição o Tetrahydrocannabinol (THC), este não foi retirado do rol dos psicotrópicos, mantendo-se assim um medicamento pertencente à linhagem dos proscritos. (ANVISA, 2015)

Posterior a isso, em de 06 de maio de 2015, através da RDC nº 17, surge a definição dos critérios e procedimentos para a importação de medicamentos à base de Canabidiol (CBD), para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado. (ANVISA, 2015)

Mas esta restrição em relação ao THC continuou a incomodar aqueles que lutavam pela causa, uma vez que os manifestantes encaravam todas as composições como medicamentos (*full spectrum*) e negar-lhes isto era negar o os referidos direitos à saúde, à dignidade humana e, conseqüentemente, negar-lhes a vida.

Presenciando isto, o Ministério Público Federal resolve agir e ajuíza Ação Civil pública de forma a representar os ensejos do grupo de apoiadores da descriminalização da maconha para uso medicinal, promovendo assim um chamamento do judiciário e do Estado para sua responsabilidade, desprendendo-os da omissão constante em que se encontravam. (JUSTIÇA FEDERAL, 2015).

A Ação Civil Pública recebeu o número de tramitação 0090670-16.2014.4.01.3400, e visou obrigar a União e a ANVISA a retirarem o THC da lista de substâncias psicotrópicas proscritas, passando a conferir-lhe o posto de substância sujeita a controle especial. Esta, por sua vez, foi julgada procedente pelo então Juiz Marcelo Rebello Pinheiro, da 16ª Vara Federal em Brasília:

Pelo exposto, DEFIRO EM PARTE O PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA para determinar às Rés que: i) procedam, no prazo de 10 (dez) dias, à exclusão do THC (TETRAHIDROCANNABINOL) da lista F2 (substâncias psicotrópicas de uso proscrito no Brasil) da Portaria nº 344/98 da ANVISA, para incluí-lo na lista das substâncias psicotrópicas sujeitas à notificação de receita; ii) procedam, no prazo de 10 (dez) dias, à adequação do art. 61 da Portaria nº 344/98 da ANVISA e à inserção de “ADENDO” ao final da lista E (plantas que podem gerar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas) da mesma Portaria, para permitir, por ora, a importação, exclusivamente para fins medicinais, de medicamentos e produtos que possuam como princípios ativos os componentes THC (TETRAHIDROCANNABINOL) e CDB (CANNABIDIOL), mediante apresentação de prescrição médica e assinatura de termo de esclarecimento e responsabilidade pelo paciente

ou seu representante legal; iii) permitam a prescrição médica dos produtos acima referidos e também a pesquisa científica da Cannabis sativa L. e de quaisquer outras espécies ou variedades de Cannabis, bem como dos produtos obtidos a partir destas plantas, desde que haja prévia notificação à ANVISA e ao Ministério da Saúde, devendo haver fiscalização efetiva das rés quanto a tais pesquisas. (BRASIL, 2015).

De forma a cumprir a decisão judicial, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) divulgou a RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) nº 66, de 18 de março de 2016, que permitia de forma provisória que medicamentos à base de cannabis fossem importados e vendidos através de prescrição especial. (ANVISA, 2016).

Somente no ano de 2017 é que surge para o Brasil o registro do primeiro medicamento a base de cannabis sativa, qual seja o Mevatyl. Porém, como tratado de forma anterior, este possui alto custo e é restrito a certas faixas etárias, fazendo com que os interessados na liberação da maconha medicinal começassem a propor ações para receber a autorização do plantio da maconha em casa, para a realização de uma terapia alternativa com menores custos e burocracia. (BRASÍLIA, 2017).

Esta situação, por sua vez, destaca de forma direta a omissão legislativa quanto à matéria, fazendo com que os Tribunais criem precedentes que, em um futuro próximo, serão pacificados, abstendo o Congresso da responsabilidade de legislar acerca do uso e comercialização da maconha para fins medicinais.

### 3.2. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA DISTRIBUIÇÃO DA MACONHA MEDICINAL PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

De início, faz-se necessário o apontamento do que se tratam efetivamente as políticas públicas e como estas funcionam perante nosso ordenamento jurídico. Neste sentido, Andrade (2016, online) especifica que políticas públicas podem ser definidas

[...] como conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governantes, podendo haver ou não a participação, direta ou indireta, de entes públicos ou privados que tenham por interesse tutelar determinado direito de cidadania para diferentes grupos da sociedade ou até mesmo para determinado segmento social, cultural, étnico ou econômico.

Ao tratarmos da maconha para fins medicinais, destaca-se o atendimento da vontade popular, tendo em vista que foi através do apelo do povo, conciliado ao apoio do Ministério Público, Tribunais Federais e Supremo Tribunal Federal, que a difusão da matéria alcançou o patamar que ocupa atualmente.

Difícilmente seria permitida hoje a utilização de alguns medicamentos compostos por THC e CBD caso não tivesse havido reivindicação popular. Porém, diferentemente disso, as políticas

públicas tratam da aceitação do Estado e de seus governantes em promover políticas sociais de conscientização visando o bem comum. (ANDRADE, 2016, online)

Neste sentido, temos que a aceitação da maconha medicinal pelo Sistema Único de Saúde seria o maior dos feitos, tendo em vista a possibilidade de distribuição de medicações de alto custo como, por exemplo, o Mevatyl, que atualmente não possui valor acessível. (BERNARDO, 2021, online)

Aparentemente esta política pública de distribuição não está muito longe de se tornar realidade, tendo em vista que, segundo Collucci (2021, online), com a crescente de ações judiciais no sentido de obrigar a União, Estados e Municípios a fornecer produtos derivados de canabidiol (CBD), o Ministério da Saúde têm avaliado a inclusão de algum dos fármacos à base de maconha medicinal na rede pública de saúde.

Desde 2019, tramita pelas casas legislativas o projeto de lei proposto pelo senador Flávio Arns (Podemos/PR) com a seguinte disposição:

PL 4.776/2019

Dispõe sobre o uso da planta *cannabis* spp. (maconha) para fins medicinais e sobre a produção, o controle, a fiscalização, a prescrição, a dispensação e a importação de medicamentos à base de *cannabis* spp., seus derivados e análogos sintéticos. Autoriza, na forma do regulamento, a produção de *cannabis* para fins medicinais. Sujeita os medicamentos à base de *cannabis* a controle e fiscalização sanitária, permite a sua venda exclusivamente em farmácias, autoriza a sua prescrição e dispensação no âmbito do SUS e prevê procedimento simplificado para a sua importação direta para uso pessoal. Autor: senador Flávio Arns (Podemos/PR); Relator: aguardando designação. (BRASIL, 2019)

Outro projeto de lei, também apresentado em 2019, versa sobre a possibilidade de fornecimento de medicação através da *cannabis*. Proposto pelo então Senador Eduardo Girão (Podemos-CE), traz o seguinte texto no corpo da proposta:

PL 5.158/2019

Altera a Lei nº 8.080, de 1990 para obrigar o Sistema Único de Saúde (SUS) a fornecer gratuitamente remédios à base exclusivamente de canabidiol (substância que possui qualidades antiepiléptica, ansiolítica, antipsicótica, antiinflamatória e neuroprotetora), de acordo com diretrizes definidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e em conformidade com indicações aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Autor: senador Eduardo Girão (Podemos-CE); Relator: senador Styvenson Valentim (Podemos-RN). (BRASIL, 2019)

Diante destes projetos, se percebe notório o interesse do Estado em alterar a própria legislação para permitir o fornecimento da medicação por meio do Sistema Único de Saúde. No ano de 2020 aproximadamente 20 mil pessoas realizaram pedidos perante a justiça para buscar a autorização e custeio da medicação com base no direito fundamental à saúde, de forma a garantir a dignidade humana e a vida de pessoas que demonstraram melhora diante do tratamento à base da maconha medicinal. (KOTA, 2021, online)

Em razão destas demandas, o governo do Estado de São Paulo chegou a gastar no ano de 2020 cerca de 60 milhões de reais, a fim de cumprir determinações judiciais que obrigaram o Estado a importar e fornecer a medicação àqueles que a reivindicaram. (KOTA, 2021, online)

Segundo Collucci (2021, online) a pedido do Ministério da Saúde a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao Sistema Único de Saúde (CONITEC) estaria avaliando a inclusão do canabidiol na lista de medicamentos a serem fornecidos via SUS.

Ao final de março de 2021 este processo passou por uma consulta pública e tem aguardado desde então um parecer da CONITEC para saber a opinião da sociedade perante a inclusão do fitofármaco derivado de cannabis que, se aprovado, poderá atender a diversas camadas sociais e beneficiar diferentes tipos de pacientes.

Ainda segundo informações prestadas por Collucci (2021, online):

A CONITEC estima que a incorporação do canabidiol ao SUS, para atender mil pacientes custaria R\$ 80 milhões ao ano aos cofres públicos. Nas farmácias o valor de cada caixa (solução oral 80ml) sai por cerca de R\$ 2.300,00. Pelos cálculos da farmacêutica, haveria 700 mil pessoas elegíveis para o tratamento no Brasil.

Em que pese as políticas públicas relacionadas à distribuição de medicamentos à base da maconha para fins medicinais, podemos afirmar que estão sendo realizadas ações voltadas à descriminalização e conscientização, visando o abandono do preconceito para com a medicação.

Ainda, decisões que habilitem pessoas a serem tratadas através do uso de fármacos à base da maconha e até mesmo programas de conscientização acerca do que se trata realmente a medicação, seriam essenciais para que houvesse uma distribuição harmônica do medicamento nas diferentes estruturas sociais existentes atualmente.

### 3.3. A COMERCIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS À BASE DE CANNABIS E SUA INFLUÊNCIA NA SOCIEDADE

O mercado legal de cannabis em alguns países ao redor do mundo tornou-se uma realidade. Nações como os Estados Unidos da América (alguns estados americanos), Uruguai, Israel, Holanda, Canadá, Portugal, entre outros, após inúmeros debates, permitiram a fabricação e comercialização legal, quando usado principalmente para fins medicinais.

Nos Estados Unidos da América (EUA) a legalização da maconha é um tabu vencido, tendo em vista que cerca de 20 Estados já possuem suporte legal que autoriza o consumo tanto para fins recreativos quanto para fins medicinais, sendo os EUA um dos países mais desenvolvidos neste segmento.

Diferente do que se imagina, o consumo para fins medicinais representa uma parcela maior do que o consumo para fins recreativos, demonstrando que pessoas doentes estão cada dia mais

adeptas ao tratamento através da maconha, enquanto o uso recreativo não teve aumento expressivo. (ARAÚJO, 2014; RASMUSSEN, 2015).

Outro país de cultura diversa e que compartilha da mesma realidade que o Brasil é Israel. Em Israel, a maconha é proibida, porém, recentemente tem sido liberada para ser utilizada na forma de medicamento, o que trouxe tratamento para cerca de 20 mil pessoas que tiveram acesso ao fármaco. Tendo em vista este número, conclui-se que a maioria da população é a favor da legalização da maconha, uma vez que nos últimos anos a planta tem atuado de forma imprescindível no tratamento de muitas pessoas (ARAÚJO, 2014; RASMUSSEN, 2015).

Os resultados iniciais das consequências da legalização da maconha apontam benefícios sociais e econômicos aos países que decidiram pela legalização, seja ele comercial ou legalização de plantio e uso. Entretanto, cabe destacar que, para fins terapêuticos, o rigor sobre o ciclo da maconha, desde a produção até a administração/venda ao paciente, é maior e sob vigilância constante (RASMUSSEN, 2015).

No Brasil, grandes manifestações ocorrem no sentido da liberação para uso medicinal. Os Tribunais, inclusive, têm tomado decisões supralegais que são encaradas como ativismo em razão da omissão da casa legislativa e de todos aqueles que teriam por obrigação criar leis que atendessem às necessidades sociais.

O Superior Tribunal de Justiça, no Recurso Especial 1.657.156/RJ (tema nº 106), já firmou entendimento no sentido de que é obrigação do Poder Público o fornecimento de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, desde que presentes, cumulativamente, os requisitos fixados no referido julgado, a saber:

- I- Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;
- II- Incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; e
- III- Existência de registro na ANVISA do medicamento. (BRASIL, 2018)

Neste diapasão, o Tribunal de Justiça de São Paulo tem admitido seu fornecimento. Confira-se:

Agravo de instrumento. IMASF. Assistência farmacológica. Medicamento à base de canabidiol. Existência de prova de que a ANVISA autorizou a importação do medicamento. Probabilidade do direito evidenciada à luz das informações existentes nos autos. Presença dos requisitos do art. 300 do CPC. Tutela de urgência ora deferida. Agravo de instrumento improvido." (TJSP; Agravo de Instrumento 224966455.2018.8.26.0000; Relator (a): Luis Fernando Camargo de Barros Vidal; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Público; Foro de São Bernardo do Campo - 2ª Vara da Fazenda Pública; Data do Julgamento: 4/2/19; Data de Registro: 8/2/19). (BRASIL, 2019)

Mandado de Segurança objetivando o fornecimento de medicamento. Pretensão admissível perante o ordenamento jurídico vigente. Preliminar rejeitada. MANDADO DE SEGURANÇA. Pretensão ao fornecimento do medicamento Hemp Oil (RHSO) Canabidiol Sativa. Necessidade comprovada. Hipossuficiência financeira Obrigação do fornecimento

pelo SUS. Art. 196 da CF. Segurança concedida. Recursos oficial e da FESP não providos." (TJSP; Apelação / Remessa Necessária 101487743.2015.8.26.0602; Relator (a): Reinaldo Miluzzi; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Público; Foro de Sorocaba - Vara da Fazenda Pública; Data do Julgamento: 27/9/18; Data de Registro: 27/9/18). (GRIFOS NOSSOS). (BRASIL, 2018)

Desta forma, não há como manter-se alheio à conclusão de que é obrigação da União, dos Estados e dos Municípios, cumprir com as diretrizes constitucionais sobre o tema. Em que pese os Planos de Saúde, é de entendimento coletivo que se trata de dever e obrigação destes, o fornecimento da medicação e custeio do tratamento à base de canabidiol.

A firmar o entendimento discorrido até então, temos recente julgado do Superior Tribunal de Justiça (STJ), proferido em 29 de abril de 2019, que concluiu:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. MODALIDADE DE AUTOGESTÃO. 1. INAPLICABILIDADE DO CDC. CIRCUNSTÂNCIA QUE NÃO AFASTA A FORMA VINCULANTE DO CONTRATO. BOA-FÉ OBJETIVA. DESCUMPRIMENTO. 2. RECUSA INDEVIDA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO PRESCRITO PELO MÉDICO ASSISTENTE. DANO MORAL CONFIGURADO. ALTERAÇÃO DO ACÓRDÃO RECORRIDO. IMPOSSIBILIDADE. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. 3. MONTANTE INDENIZATÓRIO. PLEITO DE REDUÇÃO. NÃO DEMONSTRADO O CARÁTER ABUSIVO NO VALOR FIXADO NAS INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS. SÚMULA 7/STJ. 4. AGRAVO IMPROVIDO. 1. O fato de não ser aplicável a legislação consumerista aos contratos de plano de saúde sob a referida modalidade não atinge o princípio da força obrigatória do contrato, sendo imperiosa a incidência das regras do Código Civil em matéria contratual, tão rígidas quanto às da legislação consumerista, notadamente acerca da boa-fé objetiva e dos desdobramentos dela decorrentes. Precedentes. 2. Compete ao profissional habilitado indicar a opção adequada para o tratamento da doença que acomete seu paciente, não incumbindo à seguradora discutir o procedimento, mas custear as despesas de acordo com a melhor técnica. Além disso, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça reconhece a possibilidade de o plano de saúde estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de procedimento utilizado para o tratamento de cada uma delas. Precedentes. 2.1. No que concerne à existência ou não de ato ilícito, o acolhimento do recurso demandaria a revisão da conclusão do acórdão recorrido mediante o reexame direto das provas, providência manifestamente proibida nesta instância, nos termos da Súmula 7 do STJ. 3. Da mesma forma, em relação à fixação do valor indenizatório arbitrado a título de danos morais, não há como conhecer do recurso por incidência da Súmula 7/STJ. 4. Agravo interno a que se nega provimento." (STJ, AgInt no REsp n. 1765668, rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, j. 29.04.2019). (BRASIL, 2019)

Conclui-se, portanto, que não há condições para que os planos de saúde - e até mesmo o Sistema Único de Saúde - neguem acesso à medicação a quem dela necessite. Mesmo que haja referencial legal que não o permita, o direito à saúde deve sempre prevalecer a fim de preservar a vida e a dignidade.

Por último, mas não menos importante, destaca-se a mais moderna decisão, proferida em 23 de maio de 2019, pela 10ª Câmara Criminal do TJ/SP, que deferiu, em caráter liminar em Habeas Corpus, a expedição de salvo-conduto para permitir que paciente pudesse cultivar, em sua residência, a planta cannabis *Sativa L.*, com prazo de 01 (um) ano, para fins exclusivos de extração do óleo medicinal, o Canabidiol. (BRASIL, 2019)

Assim, conclui-se que o judiciário brasileiro tem atuado, na medida do possível, para garantir que o cidadão que recorre à justiça tenha seus direitos reconhecidos e afirmados, de forma que, perante a omissão legislativa e executiva deve existir a busca pela justiça.

## CONCLUSÃO

Conclui-se deste importe, que a maconha para fins medicinais ocupa espaço de grande debate na sociedade, ao passo em que vai de encontro ao regramento legal brasileiro quanto à política antidrogas do Estado e, da mesma forma, acaba por atingir a temática afeta ao direito fundamental à saúde e à vida.

Aduz-se, então, que a liberação da maconha para fins medicinais não se trata apenas de matéria a ser abordada pelo ponto de vista do direito penal, mas da dignidade da pessoa humana, do direito fundamental à saúde e direito à vida, de forma que a inobservância desses direitos e princípios lesa o coletivo.

Conclui-se que não se trata de um tema pacificado, porém pelo entendimento do Superior Tribunal de Justiça, de forma ativista, temos que este deve atender àqueles que necessitam de saúde e bem-estar para viver uma vida digna e devidamente amparada pelo Estado.

Diante de tudo o que fora aqui discorrido, analisa-se que há motivos suficientes para se desenvolver pesquisas e apontamentos voltados para este assunto e ampliar o campo das descobertas com foco na melhoria da qualidade de vida do ser humano.

## REFERÊNCIAS

ABEL, Ernest L. **Marijuana - The first twelve thousand years**. New York: Springer, 1980.  
AMA+ME. cannabis Medicinal na História. **Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal**, online. Disponível em: <https://amame.org.br/historia-da-cannabis-medicinal/>. Acesso em: 28 nov. 2019.

AMORIM, Ricardo. **Os preços da ‘cannabis’ medicinal no Brasil**. 2020, online. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/blog/cannabiz/os-precos-da-cannabis-medicinal-no-brasil/>. Acesso em: 25 jul. 2021.

ANDRADE, Danilo. **Políticas Públicas: o que são e para que servem?** 2016. Disponível em: <https://www.politize.com.br/politicas-publicas/>. Acesso em: 15 ago. 2021.

ANVISA. Portaria nº 17, de 08 de maio de 2015. **Define os critérios e os procedimentos para a importação, em caráter de excepcionalidade, de produto à base de canabidiol em associação com outros canabinóides, por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, para tratamento de saúde**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 8 de maio de 2015. Seção 1, p. 50-51. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/05/2015&jornal=1>. Acesso em: 10 ago. 2021.

ANVISA. **Registrado primeiro medicamento à base de cannabis sativa: a solução oral Mevatyl® será destinada ao tratamento clínico de pacientes não responsivos a medicamentos antiespásticos.** 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/Anvisa/pt-br>. Acesso em: 20 ago. 2021.

ANVISA. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 66, de 18 de março de 2016. **Dispõe sobre a atualização do Anexo I (Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e dá outras providências.** Diário Oficial da União. Brasília, 21 mar. 2016. Seção 1, p. 28. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22545087/do1-2016-03-21-resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-n-66-de-18-de-marco-de-2016-22544957](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22545087/do1-2016-03-21-resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-n-66-de-18-de-marco-de-2016-22544957). Acesso em: 16 ago 2021.

ANVISA. Resolução nº 3, de 26 de janeiro de 2015. **Dispõe sobre a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998 e dá outras providências.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 28 jan. 2015. Seção 1, p. 53. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32132854/do1-2015-01-28-resolucao-rdc-n-3-de-26-de-janeiro-de-2015-32132677](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32132854/do1-2015-01-28-resolucao-rdc-n-3-de-26-de-janeiro-de-2015-32132677). Acesso em: 15 ago. 2021.

ARAÚJO, T. **Almanaque das Drogas.** São Paulo: Leya, 2014.

ARROIO, Agnaldo; HONORIO, Kathia Maria. **O show da química: motivando o interesse científico**, v. 29, n. 1, p. 173-178. São Carlos: Ed. Química Nova, 2006.

BARROS, André; PERES, Marta. Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas. **Revista Periferia**, v. 3, n. 2. jul./dez. 2011. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/viewFile/3953/2742>. Acesso em: 08 nov. 2019.

BARROSO, José Roberto. **VOTO – STF - RE 635.659 DESCRIMINALIZAÇÃO DO PORTE DE DROGAS PARA CONSUMO PRÓPRIO**, 2015 – Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/leia-anotacoes-ministro-barroso-voto.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2021.

BERNARDO, André. **Vem aí a cannabis medicinal.** 2021. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/vem-ai-a-cannabis-medicinal/>. Acesso em: 13 ago. 2021.

BRASIL. **Agravo de Instrumento 224966455.2018.8.26.0000**, Relator (a): Luís Fernando Camargo de Barros Vidal. 2019. Disponível em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/673312515/agravo-de-instrumento-ai-22496645520188260000-sp-2249664-5520188260000>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. **Agravo de Instrumento no Recurso Especial nº 1.765.668**, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, 2019. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/707140065/agravo-interno-no-recurso-especial-agint-no-resp-1765668-df-2018-0236330-5>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. **Anvisa define regras para venda de medicamentos à base de canabidiol**, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. **Apelação nº 1014877-43.2015.8.26.0602 SP 1014877-43.2015.8.26.0602**, 2018. Disponível em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/897182601/apelacao-apl-10148774320158260602-sp-1014877-4320158260602>. Acesso em: 21 ago. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm). Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. **Habeas Corpus Criminal nº 0011944-38.2019.8.26.0000**. 2019. Disponível em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/712948401/habeas-corporum-criminal-hc-119443820198260000-sp-0011944-3820198260000>. Acesso em: 21 ago. 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006: Código Civil**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm). Acesso em: 3 ago. 2021.

BRASIL. **Parecer nº 1.11, 2014 da Comissão de direitos humanos e legislação participativa sobre a sugestão 8/2014, que propõe a regulamentação da maconha para fins medicinais, recreativos e industriais**. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/legis/resources/documento?t=156942>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. **Recurso Especial 1.657.156/RJ (tema nº 106)**. 2018. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/574252474/recurso-especial-resp-1657156-rj-2017-0025629-7/inteiro-teor-574252509>. Acesso em: 23 ago. 2021.

BRASIL. **Tribunal Regional Federal da Primeira Região. Ação Civil Pública nº 0090670-16.2014.4.01.3400**. Parte autora: Ministério Público Federal. Parte ré: ANVISA. Relator: JUIZ FEDERAL MARCELO REBELLO PINHEIRO. Brasília, DF, 09 de novembro de 2015. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/decisao-maconha.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

CARLINI, E. A. A história da maconha no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 4, 2006.

CARLINI, E. A. Elisaldo Carlini: o uso medicinal da maconha. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.168, n. 10, 2010.

CARLINI, Elisaldo Araújo. A história da maconha no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 4, p. 314-317, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jbpsiq/v55n4/a08v55n4.pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

COLLUCCI, Cláudia. **Com alta da judicialização, Ministério da Saúde avalia ofertar canabidiol no SUS**. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/05/com-alta-da-judicializacao-ministerio-da-saude-avalia-ofertar-canabidiol-no-sus.shtml>. Acesso em: 15 ago. 2021.

DONAHUE, Michelle Z. Maconha já era fumada há pelo menos 2,5 mil anos, revela nova pesquisa. **National Geographic Brasil**, online, 2019. Disponível em: <https://www.nationalgeographicbrasil.com/historia/2019/06/encontradas-evidencias-de-fumo-de-maconha-ha-25-mil-anos>. Acesso em: 06 nov. 2019.

EPIFÂNIO, Felipe de Lira. **Cannabis Sativa e a regulamentação pela Anvisa: um estudo sob a ótica jurídica**. Mossoró: UFERSA, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufersa.edu.br/bitstream/prefix/3477/2/FelipeLE-ART.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

FABRIZ, Daury Cesar. **Bioética e direitos fundamentais: a bioconstituição como paradigma ao biodireito**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.

GONTIÈS, Bernard; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de. Maconha: uma perspectiva histórica, farmacológica e antropológica. **Mneme - Revista de Humanidades**, v. 4, n. 07, p. 47-63. 30 jun. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/164/154>. Acesso em: 6 nov. 2019.

GRIPP, Letícia Bustilho. **Constitucionalidade do acesso a tratamento médico alternativo a base do composto conhecido como canabidiol**. Niterói: RIUFF, 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/4464/1/UNIVERSIDADE%20FEDERAL%20FLUMINENSE%20-%20Artigo%20Cient%20ADficio%20-%20TCC%20-%20Let%20ADcia%20Bustilho%20Gripp%20%281%29.pdf>. Acesso em: 20 jul 2021.

HENMAN, Anthony; PESSOA JR., Osvaldo. (Orgs.). **Diamba sarabamba**: coletânea de textos brasileiros sobre maconha. São Paulo: Ground, 1986.

HISTORY.COM EDITORS. **History of Marijuana**, 2019. Disponível em: [https://www.history.com/topics/crime/history-of-marijuana#section\\_1](https://www.history.com/topics/crime/history-of-marijuana#section_1). Acesso em: 23 out 2019.

KOTA, Tatiana. **Justiça já garante cobertura de remédios à base de cannabis**. 2021. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/blog/seus-direitos-na-saude/justica-ja-garante-cobertura-de-remedios-a-base-de-cannabis/>. Acesso em: 08 ago. 2021.

LIMA, Francisco Arnaldo Rodrigues. O princípio da dignidade da pessoa humana nas constituições do Brasil. **Âmbito Jurídico**, 2012. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/o-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana-nas-constituicoes-do-brasil/>. Acesso em: 12 ago. 2021.

MALCHER-LOPES, Renato; RIBEIRO, Sidarta. **Maconha, cérebro e saúde**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2007. 176 p. Disponível em: [https://docgo.net/viewdoc.html?utm\\_source=renato-malcher-lopes-e-sidarta-ribeiro-maconha-cerebro-e-saude&utm\\_campaign=download](https://docgo.net/viewdoc.html?utm_source=renato-malcher-lopes-e-sidarta-ribeiro-maconha-cerebro-e-saude&utm_campaign=download). Acesso em: 25 jul. 2021.

MARQUES, Vinicius Pinheiro. **Ativismo judicial: Instrumento assecuratório do direito fundamental à saúde através do acesso ao canabidiol**. 2018, online. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/65535/ativismo-judicial-instrumento-assecuratorio-do-direito-fundamental-a-saude-atraves-do-acesso-ao-canabidiol/3>. Acesso em: 22 jul. 2021.

MELO, Gabriel Pimentel. **Marcha da maconha: antiproibicionismo e luta contra a estigmatização (2007-2012)**. Uberlândia: UFU, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/21881>. Acesso em: 03 ago. 2021.

NAHAS, Gabriel G. **A maconha ou a vida**. Rio de Janeiro: Nórdica, 1986.  
NERY FILHO, Antônio, organizadores, et al. Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas. **Universidade Federal da Bahia**, Salvador, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/qk/pdf/nery-9788523208820-06.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2019.

ONU. **Apresentam documentos sobre a política de combate as drogas ilícitas**. Disponível em: <https://www.unodc.org/>. Acesso em: 08 ago. 2021.

PENTEADO FILHO, Nestor Sampaio. **Manual esquemático de criminologia**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

RASMUSSEN, B. **O que mudou nos países que decidiram regulamentar a maconha.** 2015. Disponível em: <http://www.hypeness.com.br/2015/07/quais-foram-os-impactos-do-uso-medicinal-damaconha-nos-paises-que-o-legalizaram>. Acesso em: 05 ago. 2021.

ROBINSON, Rowan. **O grande livro da cannabis:** guia completo do seu uso industrial, medicinal e ambiental. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

ROSSI, Paulo Menezes. **CDB e Olimpíadas, as Cannalimpíadas!** 2021, online. Disponível em: <https://edsonjnovaes.wordpress.com/tag/ansiedade/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

SAAD, Luísa. O discurso da Medicina na proibição da maconha: preocupações acerca da composição racial na formação de uma República exemplar. **ANPUH - Associação Nacional dos Professores Universitários de História**, São Paulo, 2011. Disponível em: [http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1307677474\\_ARQUIVO\\_textoanpuhok.pdf](http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1307677474_ARQUIVO_textoanpuhok.pdf). Acesso em: 25 nov. 2019.

TAVARES, D. **A descriminalização da maconha.** Disponível em: <https://diegoalvestavares.jusbrasil.com.br/artigos/358561036/a-descriminalizacao-da-maconha>. Acesso em: 18 ago. 2021.

TESSLER, Marga Inge Barth. **A Justiça e a efetividade na saúde pública.** Rio de Janeiro: FGV, 2010. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/8568?show=full>. Acesso em: 18 ago. 2021.

recebido em: novembro 2021  
aprovado em: dezembro 2021