



**FACULDADES INTEGRADAS DE PONTA PORÃ
FIP/MAGSUL**

LEONARDO DARIZ ALMADA

O ACESSO LEGAL DE MEDICAMENTOS EXTRAÍDOS À BASE DE CANNABIS

PONTA PORÃ

2021

LEONARDO DARIZ ALMADA

O ACESSO LEGAL DE MEDICAMENTOS EXTRAÍDOS À BASE DE CANNABIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Curso de Direito das Faculdades Integradas de Ponta Porã como requisito à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof^a Ma. Carolina Lückemeyer Gregorio

PONTA PORÃ

2021

LEONARDO DARIZ ALMADA

O ACESSO LEGAL DE MEDICAMENTOS EXTRAÍDOS À BASE DE CANNABIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Curso de Direito das Faculdades Integradas de Ponta Porã como requisito à obtenção do título de Bacharel em Direito.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Ma. Carolina Lückemeyer
Gregorio
Faculdades Integradas de Ponta Porã

Prof^o Examinador
Faculdades Integradas de Ponta Porã

Prof^o Examinador
Faculdades Integradas de Ponta Porã

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, gostaria de expressar minha imensurável gratidão a Deus, aos meus pais, Jusana Maria e Marcos Aurélio, e a toda minha família, por estarem sempre ao meu lado e serem os responsáveis do sonho de concluir este curso, tornando isso uma realidade que resultou da soma de muita dedicação e muitos esforços, madrugadas estudando, abrindo mão de diversas outras vontades para conseguir manter o foco quando era necessário.

Agradecimentos especiais à minha orientadora, professora e amiga do coração, Carolina Lückemeyer Gregorio, a quem tenho enorme gratidão por todo o conhecimento e suporte que me foi dado, pela disponibilidade e enorme incentivo para que este TCC fosse realizado, me indicando os melhores caminhos para a conclusão desta monografia.

A todos os meus amigos e colegas que sempre me deram apoio, eterna gratidão pela amizade de todos. Aos professores que contribuíram para o desenvolvimento de toda a turma para que nos tornemos pessoas melhores, além de futuros excelentes profissionais.

A Sandro Saul Sanchez Benitez, diretor geral da APACAM (Asociación Paraguaya de Apoyo a Cannabis Medicinal) que me concedeu a entrevista utilizada para o estudo de campo da pesquisa.

Por fim, um forte abraço em memória ao meu grande amigo Leonardo Henrique Lino, colega que esteve presente em nossa turma durante metade da trajetória para a concluir esta etapa, onde teve sua jornada na vida interrompida, pois assim foram os planos de Deus.

"Queremos ter certezas e não dúvidas, resultados e não experiências, mas nem mesmo percebemos que as certezas só podem surgir através das dúvidas e os resultados somente através das experiências".

Carl Jung.

ALMADA, Leonardo Dariz. **O acesso legal de medicamentos extraídos à base de cannabis**. 61 folhas. Trabalho de Conclusão do Curso de Direito – Faculdades Integradas de Ponta Porã, Ponta Porã/MS, 2021.

RESUMO

A presente pesquisa tem por intuito analisar o acesso legal de medicamentos extraídos à base de cannabis sativa, possui também como objetivos averiguar quais são as maneiras legais de ter acesso à cannabis medicinal, no Brasil, uma vez que o consumo e o cultivo da cannabis sativa são proibidos por lei, Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006), inclusive essa vedação não tem distinção, ou seja, tanto o uso recreativo quanto o medicinal são proibidos no Brasil. Para tanto, parte-se do exame do princípio da dignidade da pessoa humana e do princípio constitucional do direito à saúde, que materializa as garantias constitucionais e os direitos já declaradas na Constituição Federal de 1988. A partir de diversos estudos científicos, a presente pesquisa demonstra uma possibilidade da obtenção de um fármaco à base de cannabis sativa com propriedades preventiva, curativa, e profilática, mas que enfrentam diversos entraves jurídico-burocráticos no Brasil. Apesar dos benefícios já comprovados da utilização medicinal dessa planta a nível internacional, no Brasil ainda há uma resistência ao uso no tratamento de doenças, além de pouco se saber das possibilidades da utilização médica. Nota-se também que o ordenamento jurídico pátrio avança a passos morosos quando comparada aos países vizinhos, como os Estados Unidos e o Canadá. No que concerne ao método de pesquisa, foi utilizado o método dedutivo, já quanto a técnica de pesquisa, foi utilizada a bibliográfica e documental.

Palavras-chave: Cannabis sativa. Medicamentos. Saúde.

ALMADA, Leonardo Dariz. **Legal access to cannabis-based medicines.** 61 pages. Undergraduate thesis of the Law Course – Faculdades Integradas de LEGAL ACCESS TO CANNABIS-BASED MEDICINES Ponta Porã, Ponta Porã/MS, 2021 (em inglês).

ABSTRACT

This research aims to analyze the legal access to medicines extracted from cannabis sativa, also aims to investigate what are the legal ways to have access to medicinal cannabis in Brazil, since the consumption and cultivation of cannabis sativa are prohibited by law, the Drug Law (Law nº 11.343/2006), even this prohibition has no distinction, that is, both recreational and medicinal use are prohibited in Brazil. Therefore, it starts from the examination of the principle of human dignity and the constitutional principle of the right to health, which materializes the constitutional guarantees and rights already declared in the Federal Constitution of 1988. Based on several scientific studies, this research demonstrates the possibility of obtaining a drug based on cannabis sativa with preventive, curative, and prophylactic properties, but which face several legal-bureaucratic obstacles in Brazil. Despite the proven benefits of the medicinal use of this plant internationally, in Brazil there is still resistance to its use in the treatment of diseases, and little is known about the possibilities of its medical use. It is also noted that the Brazilian legal system advances slowly when compared to neighboring countries, such as the United States and Canada. With regard to the research method, the deductive method was used, while the research technique was used the bibliographical and documentary.

Keywords: Cannabis sativa. Medicines. Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 CANNABIS SATIVA	10
1.1. CARACTERÍSTICAS	10
1.2 HISTÓRIA.....	12
1.3 PROIBIÇÃO DO USO RECREATIVO DA CANNABIS NO BRASIL: GUERRA ÀS DROGAS	15
1.3.1 A exceção legal: o uso ritualístico-religioso	20
2 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A PROIBIÇÃO AO USO DE DROGAS NO BRASIL	23
2.1 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA	24
2.2 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	27
2.2.2 Droga ou medicamento	33
3 MEDICAMENTO DE CANNABIS SATIVA	35
3.1 ACESSO AOS MEDICAMENTOS COM COMPOSIÇÃO DE CANNABIS SATIVA NO BRASIL.....	45
3.2 JURISPRUDÊNCIA.....	41
3.2.1 Projetos de Leis.....	43
3.3 A ASOCIACIÓN PARAGUAYA DE APOYO CANNABICA AMAMBAY (APACAM).....	46
3.3.1 Entrevista com Sandro Saul Sanchez Benitez, diretor e fundador da Asociación Paraguaya de Apoyo Cannabica Amambay (APACAM)	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

INTRODUÇÃO

Ab initio, cumpre salientar que a presente pesquisa tem por intuito analisar o acesso legal de medicamentos extraídos à base de *cannabis sativa*. Ademais, ressalta-se a importância desse tema, uma vez que no Brasil o cultivo e o uso da *cannabis sativa* ainda é um assunto controverso.

Assim, apesar dos benefícios já comprovados da utilização medicinal dessa planta a nível internacional, no Brasil ainda há uma resistência ao uso no tratamento de doenças, além de pouco se saber das possibilidades da utilização médica. Nota-se também que o ordenamento jurídico pátrio avança a passos morosos quando comparada aos países vizinhos, como os Estados Unidos e o Canadá.

Popularmente denominada como maconha e maruana, as origens históricas dessa planta é pouco conhecida, assim como os argumentos que levaram ao estigma que é carregada até os dias de hoje. Por ter sido “intensamente perseguida e construída uma campanha muito negativa sobre seu uso recreativo, foi ofuscado seu potencial médico-terapêutico e sua capacidade profilática, regenerativa e curativa” (DIAS, 2019, s/n).

Verifica-se que as plantas sempre foram utilizadas para o tratamento de enfermidades durante a história da humanidade. Quanto a *cannabis sativa*, tem-se registros da sua utilização há 12.000 (doze mil) anos, em especial na medicina e nas terapias orientais, como é o caso da Ayurveda¹ e da medicina chinesa, além do seu uso religioso nas religiões de matriz africana (PONTES, 2019).

Outrossim, percebe-se que muitos medicamentos disponíveis atualmente no Brasil, inclusive que estão dentro das prateleiras das farmácias no país, tem como princípio ativo microrganismo, uma planta ou até mesmo uma substância que é extraída de animais² (FIOCRUZ, 2013). Dessa maneira, a ciência reconhece o uso de microrganismos, plantas e outros seres vivos para a elaboração de fármacos, além

¹ “A Ayurveda é uma terapia indiana milenar que utiliza técnicas de massagem, nutrição, aromaterapia, fitoterapia, dentre outras técnicas, como método de diagnóstico, prevenção e também cura, baseada nos estudos do corpo, alma e mente” (AYURVEDA, 2020, s/n).

² A aspirina, cujo o princípio ativo é o Ácido acetilsalicílico extraído do Salgueiro (*Salix alba* L.), a Penicilina (*Penicillium*) originária de um fungo, o Acheflan® que utiliza óleo essencial obtido da planta da erva-baleeira, o Imunomax® obtido da planta unha-de-gato, o Captopril, cujo princípio ativo é derivado do veneno da jararaca (*Bothrops jararaca*), são exemplos. (FIOCRUZ, 2013, s/n)

dos medicamentos fitoterápicos, isto é, medicamentos com princípios ativos encontrados na natureza.

Há também estudos internacionais que indicam que o óleo “extraído da planta cannabis pode ser utilizado para tratamento de epilepsia, Parkinson, Alzheimer, dores crônicas, insônia, autismo, ansiedade, stress pós-traumático, depressão entre outros quadros clínicos” (PONTES, 2019, p. 184). Para diversos pacientes, esses medicamentos são a última esperança, uma vez que muitos sofrem com a ineficácia dos tradicionais fármacos prescritos pelos médicos.

E, então, surge o problema da pesquisa: “como é possível ter acesso legal à Cannabis medicinal no Brasil?”. Portanto, é o principal objetivo pesquisar as possibilidades da obtenção de fármacos que são à base de *cannabis sativa* legalmente, no Brasil. No que concerne ao método de pesquisa, foi utilizado o método dedutivo, já quanto a técnica de pesquisa, foi utilizada a bibliográfica e documental.

1 CANNABIS SATIVA

A *cannabis sativa* tem diversos nomes, tais como maconha, marijuana, erva, cânhamo, bagha, haxixe, entre outros. Cumpre salientar que essa planta faz parte da família das canabiáceas, sendo do gênero das plantas denominadas de angiospermas, ou seja, são aquelas que produzem flor. Ademais, a *cannabis sativa* é cultivada em diferentes regiões de todo o mundo, essa planta atualmente é utilizada como uma droga psicoativa e como medicamentos derivados da planta (PACIEVITCH, 2010).

Desse modo, o presente capítulo tem por intuito averiguar as características, as origens da *cannabis sativa*, além de analisar a criminalização dessa planta dentro do ordenamento jurídico pátrio.

1.1. CARACTERÍSTICAS

A *cannabis sativa* sempre foi utilizada na história da humanidade e isso se deve as fibras do caule dessa planta que são duráveis e fortes, tendo sido utilizadas na fabricação de papeis, cordas, tecidos e fios utilizados na confecção de roupas. As sementes dessa planta são extraídas o óleo que são utilizados na produção de sabão, cosméticos, tintas e óleo comestível também (NAHAS, 1985).

Sobre a utilização dessa planta nos mais diversos segmentos, Kathia Maria Honório (2006, p. 251) aduz que:

As folhas são finamente recortadas em segmentos lineares; as flores, unissexuais e inconspícuas, têm pelos granulados que, nas femininas, segregam uma resina; o caule possui fibras industrialmente importantes, conhecidas como cânhamo; e a resina tem propriedades psicoativas bem documentadas podendo atuar como analgésico, anódino, antiemético, antiespasmódico, calmante do sistema nervoso, embriagador, estomático, narcótico, sedativo, tônico.

Outra característica dessa planta é que a *cannabis sativa* possui sexualidade desenvolvida, isto é, possui flores femininas e masculinas, completamente separadas (TAKATORI, 1996).

Farmacologicamente, “os dois principais constituintes da Cannabis Sativa é o Tetrahydrocannabinol (THC) e Canabidiol (CBD), apesar de sua origem natural, existem mais de 400 substâncias químicas identificadas em sua composição” (DIAS, 2017, s/n)

O tetrahydrocannabinol (THC) e o canabinoide são as substâncias psicoativas mais comum da *cannabis sativas*, é “conhecido pela “onda” que dá nas pessoas que fumam ou ingerem maconha, causando euforia, relaxamento, riso fácil entre outros efeitos, também alivia dores e inflamações e é um anti-espásmico e relaxante muscular” (BLÁZQUEZ; *et al*, 2004).

Gonzáles-Feria Blázquez (*et al*, 2004) aduz que em testes clínicos comprovou que o THC é capaz de inibir o crescimento endotelial vascular dentro de células gliomas, em outras palavras, significa dizer que reduz o desenvolvimento do câncer no cérebro.

Essa redução é importante porque “está redução significa que os tumores de câncer no cérebro são incapazes de produzir novos vasos sanguíneos que precisam para se sustentarem e se espalharem. Essa descoberta é uma grande promessa no tratamento do câncer de cérebro” (BLÁZQUEZ; *et. al*, 2004, p. 63)

Salienta-se que o THC é um produto químico não solúvel, dessa forma, é mais eficiente se utilizada pela via inalatória. Assim, uma vez absorvido a resina do tetrahydrocannabinol, “o THC e os outros canabinoides atingem uma concentração sanguínea de 25 a 30% do inalado, havendo distribuição para todos os tecidos, em padrões que variam de acordo com o fluxo sanguíneo do usuário” (HONÓRIO, 2006, p. 245).

Simona Pisanti (*et al.*, 2017, s/n) afirma que:

Diferente do principal canabinoide psicoativo na maconha, o delta-9-tetrahydrocannabinol, o canabidiol chega a representar mais de 40% de seus extratos e não possui efeitos psicoativos, atua no sistema nervoso central, ajudando a tratar doenças psiquiátricas ou neurodegenerativas, como esquizofrenia, mal de Parkinson, epilepsia ou ansiedade, canabinoide tem seu efeito principalmente ao interagir com receptores.

O canabidiol é o segundo canabinoide mais comum da maconha medicinal e o mais comum encontrado nas plantas de cânhamo. A Cannabis rica em canabidiol fornece potentes benefícios terapêuticos sem a euforia ou a letargia de muitas variedades com alto teor de THC. Acredita-se que o CBD e o THC têm efeito sinérgico, o que significa que quando ambos estão presentes em níveis terapêuticos são mais efetivos juntos do que separados.

Enquanto o THC é muito conhecido por suas propriedades psicoativas, o CBD é mais conhecido por sua habilidade de lidar com a ansiedade, taquicardia, fome e sedação causada pelo THC.

Ademais, o consumo da maconha tem as suas origens no terceiro milênio antes de Cristo e o seu uso atual é voltado para a recreação, como também para a fabricação de medicamento, além de ser usada também como parte de rituais espirituais e religiosos (NAHAS, 1986).

A Organização das Nações Unidas (ONU) avalia que cerca de 4% (quatro por cento) da população mundial, cerca de 162 (cento e sessenta e dois) milhões de pessoas usam *cannabis sativa* pelo menos uma vez durante o ano e cerca de 0,6% (zero virgula seis por cento), estima-se que 22 (vinte e dois) milhões a consomem diariamente (ONU, 2016).

1.2 HISTÓRIA

O que concerne a história da *cannabis sativa*, nota-se que a relação do homem com essa planta é algo que sempre esteve presente na humanidade, nas mais diversas épocas e lugares.

Como já mencionado anteriormente, a grande importância histórica da *cannabis sativa* se deve ao fato dessa planta ter uma fibra natural extremamente resistente, mais forte que todas as outras plantas, além de ser de fácil cultivo, podendo ser semeada em qualquer tipo de solo (BURGIERMAN, 2011).

Amandio Luís de Almeida Teixeira (2015, s/n) afirma que “entre os anos de 1000 a.C. até meados do século XIX, a Cannabis produzia a maior parte dos papéis, combustíveis, artigos têxteis e sendo, dependendo da cultura que a utilizava, a primeira, segunda ou terceira medicina mais usada”.

Sobre a origem da utilização da planta, verifica-se que existem três possíveis teses. Veja-se:

Para Gabriel Nahas (1986), seriam os chineses os principiantes no uso da Cannabis como erva medicinal, e na utilização de suas fibras para confecção de papel; segundo Enciclopédia Barsa (1997), a origem da Cannabis estaria na Índia, tendo como embasamento textos escritos na era Védica 2.500 a.C;

para Rogério de Souza Costa e Bernard Gontiès (1997), existe outra tese de que a Cannabis teria origem na região do mar Cáspio e Pérsia, que correspondem na atualidade aos países do Paquistão, Irã e Afeganistão. (COSTA; GONTIÈS, 2003, p. 86)

A utilização da *cannabis sativa* dentro da medicina chinesa é retratada na mais antiga farmacopeia³ do mundo denominada de Pen-ts'Chin, é descrito o uso da planta nos mais diversos tratamentos de problemas tais como dores intestinais e reumáticas, malária e para o sistema reprodutor feminino também (ZUARDI, 2005).

O primeiro registro da história, sobre o uso medicinal da erva, foi encontrado num livro chinês de farmacologia de 2730 a.C. Era prescrita como remédio eficaz contra debilidade feminina, reumatismo e apatia e também para cicatrizar feridas, infecções da pele e problemas no sistema nervoso. As sementes, em infusão, eram usadas como vermífugos. O óleo era indicado contra caspa e o suco das folhas, aplicado contra picadas de aranhas e escorpiões. (ALENCAR; ALVES, 1999, p.39)

No que concerne a história dessa planta no Brasil, André Barros e Marta Peres (2011) afirmam que a *cannabis sativa*, popularmente conhecida como maconha, não é uma planta nativa do Brasil, uma vez que essa planta foi trazida para o Brasil por escravos africanos, o seu uso acabou se disseminando rapidamente entre os escravos e índios.

O Ministério das Relações Exteriores do Brasil emitiu um documento oficial do Governo Brasileiro afirmando que “a planta teria sido introduzida em nosso país, a partir de 1549, pelos negros escravos, como alude Pedro Corrêa, e as sementes de cânhamo eram trazidas em bonecas de pano, amarradas nas pontas das tangas” (CARLINI, 2005, p. 315).

Entretanto, o seu uso não se limitava apenas ao fumo, na Europa, “o cânhamo, parte fibrosa da planta Cannabis, já era utilizado por indústrias têxteis, para elaboração de cordas, cabos, velas e materiais de vedação de barcos”, além disso, o “termo “oil in canvas”, ou seja, óleo sobre tela, na verdade é uma referência a corruptela holandesa do latim 'cannabis'. Além das páginas de papel de cânhamo dos

³ “Uma farmacopeia é um conjunto de informações técnicas que retratam a nomenclatura das substâncias, dos medicamentos básicos, requisitos de qualidade, insumos, compostos e equipamentos farmacêuticos” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019, p. 1).

primeiros livros impressos, artistas pintavam telas sob a fibra da Cannabis” (CARLINI, 2005, p. 316).

Desse modo, a *cannabis sativa* passou a ser cultivada pelos escravos e índios para o próprio consumo, entretanto, o uso estava associado as camadas menos favorecidas da sociedade, não havendo muita regulamentação, posto que a classe dominante não se interessava pela maconha (CARLINI, 2005).

Contudo, nota-se que em 1988, com a abolição da escravatura, “uma questão de controle social foi colocada em xeque: como controlar e reprimir a liberdade, de maneira que antigos escravos e seus descendentes ainda se submetessem à ordem estabelecida pelos brancos?” (BARROS; PERES, 2011, s/n).

Foram justamente essas questões que culminaram no Código Penal e na "Seção de Entorpecentes Tóxicos e Mistificação", em 1890, logo após a República ser instaurada, que visava combater o uso da maconha, assim como suprimir os cultos de religiões de matriz africana (BARROS; PERES, 2011)

Anthony Henman e Osvaldo Pessoa Jr. (1986, p. 175) afirmam que o primeiro local em que a criminalização da *cannabis sativa* no Brasil ocorreu pela primeira vez no Rio de Janeiro em 1830, e que “o psiquiatra Rodrigues Dória (1857-1958) teve grande influência na criminalização da maconha, chegando a associá-la a uma espécie de vingança de negros “selvagens” contra brancos “civilizados” que os haviam escravizado”.

É possível que um indivíduo já propenso ao crime, pelo efeito exercido pela droga, privado de inibições e de controle normal, com o juízo deformado, leve a prática seus projetos criminosos. Entre nós a planta é usada, como fumo ou em infusão, e entra na composição de certas beberagens, empregadas pelos “feiticeiros”, em geral pretos africanos ou velhos caboclos. Nos “candomblés” - festas religiosas dos africanos, ou dos pretos crioulos, deles descendentes, e que lhes herdaram os costumes e a fé – é empregada para produzir alucinações e excitar os movimentos nas danças selvagens dessas reuniões barulhentas. Em Pernambuco a erva é fumada nos “atimbós” - lugares onde se fazem os feitiços, e são frequentados pelos que vão aí procurar a sorte e a felicidade. (BARROS, PERES, 2011, s/n)

Ressalta-se que as características medicinais já eram conhecidas naquela época pela classe médica como um calmante natural, além de antiespasmódico, podendo ser empregado nos casos de dispepsias, insônia, perturbações mentais e

também no cancro e para o tratamento de úlcera gástrica e asma, entre outros tratamentos (RODRIGUES, 2006).

Assim, percebe-se os motivos dos escravos utilizarem a *cannabis sativa* nos momentos de “liberdade”, sendo normal outros indivíduos utilizarem o extrato da maconha pela auto-medicação, por conta das propriedades medicinais da planta.

Rodrigues (2006, p. 65) esclarece que:

Originalmente, a cocaína e a heroína eram associadas aos negros, a maconha aos mexicanos, o ópio aos chineses, o álcool aos irlandeses, o que leva à suposição que a opção criminalizadora do modelo proibicionista norte-americano baseava-se no preconceito racial e social, e visava a impor maior controle social às minorias, e a manter a dominação do grupo social hegemônico: os brancos puritanos.

Nota-se que no Brasil, a *cannabis sativa* foi associada, predominantemente, aos negros. Do mesmo modo como nos Estados Unidos da América, em que o ideal de supremacia branca culminada com uma política racista criou a política estatal brasileira anti-drogas.

1.3 PROIBIÇÃO DO USO RECREATIVO DA CANNABIS NO BRASIL: GUERRA ÀS DROGAS

Como visto *alhures*, não era vedado aos escravos e índios o plantio da *cannabis sativa*, esse cenário começou a se modificar com a Conferência Internacional do Ópio, que foi realizada em 1924 em Genebra, Suíça, entretanto, a maconha não estava na pauta dessa conferência, uma vez que pretendiam discutir sobre a coca e o ópio. Mas, o brasileiro Dr. Pernambuco Filho relatou os perigos da *cannabis sativa* (CARLINI, 2005). Observa-se:

O delegado brasileiro Dr. Pernambuco fez uma afirmação categorizando a maconha como sendo mais perigosa do que o próprio ópio (que, supostamente, deveria ser o foco da Convenção). O autor descreve que a participação brasileira na condenação da maconha durante a conferência, também apoiada pelo delegado egípcio, foi fundamental no posicionamento criminalizador da referida Conferência a falta de preparo para discutir os problemas relacionados ao uso da maconha. A partir das declarações do Dr.

Pernambuco a comunidade científica ficou dividida entre a criminalização, a perseguição política dos fumadores e contrabandistas de maconha e entre a manutenção da liberação do uso e venda da planta. (WILLOUGHBY, 1925, p. 344)

Dessa maneira, esse foi o marco inicial da criminalização dessa planta, surge-se a ideia de que a *cannabis sativa* estava vinculada à outras substâncias que já eram consideradas perigosas. Nota-se que o Dr. Pernambuco Filho teve uma grande influência, uma vez que auxiliou na formação de uma opinião dentro de um cenário político internacional.

O Ministério da Relações Exteriores, em 1959, r ponderou a declaração do delegado brasileiro Dr. Pernambuco Filho na Conferência. Veja-se:

Ora, como acentuam Dr. Pernambuco Filho e Heitor Peres entre outros, essa dependência de ordem física nunca se verifica nos indivíduos que se servem da maconha. Em centenas de observações clínicas, desde 1915, não há, uma só referência de morte em pessoa submetida à privação do elemento intoxicante, no caso a resina canábica. No canabismo não se registra a tremenda e clássica crise de falta, acesso de privação (sevrage), tão bem descrita nos viciados pela morfina, pela heroína e outros entorpecentes, fator este indispensável na definição oficial da OMS para que uma droga seja considerada e tida como toxicomanógena. (CARLINI, 2005, p. 316)

Assim, foi a partir da Conferência Internacional do Ópio e do discurso brasileiro alegando os perigos da *cannabis sativa* que as prisões pelo porte e pelo uso da maconha aumentaram significativamente no Brasil (CARLINI, 2006).

Em 1961, com a Convenção Única de Entorpecentes, que “é um tratado internacional das Nações Unidas. Foi concluída em Nova Iorque em 30 de março de 1961 e emendada por um protocolo em 1972, tinha como objetivo combater o abuso de drogas por meio de ações internacionais coordenadas” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1964, s/n).

A Convenção Única de Entorpecentes foi ratificada pelo Brasil, com isso, a *cannabis sativa* foi equiparada com a heroína, à vista disso, verifica-se que as ações estatais de repressão e controle se tornaram cada vez mais ostensivas (RODRIGUES, 2006).

Nesse sentido, Maria Lúcia Karam (2013, p. 76) corrobora:

A “guerra às drogas” não é e nunca foi propriamente uma guerra contra as drogas. Não se trata de uma guerra contra coisas. Dirige-se sim, como quaisquer outras guerras, contra pessoas: os produtores, comerciantes e consumidores das selecionadas substâncias psicoativas tornadas ilícitas. Mas, não exatamente todos eles. Os alvos nessa guerra são os mais vulneráveis dentre os produtores, comerciantes e consumidores das drogas proibidas.

Em 1912, o Brasil, assinou a Convenção de Haia, “optava pelo modelo higienista de política criminal de combate às drogas, no qual o usuário de drogas era considerado paciente e a drogadição foi considerada doença de notificação compulsória” (AZEVEDO, 2020).

O resultado da Convenção de Haia no Brasil foi o Decreto nº 20.930, de 11 de janeiro de 1932, estabelecendo a internação e a interdição de usuários da *cannabis sativa*. Veja-se:

Art. 44. A toxicomania ou a intoxicação habitual por substâncias entorpecentes é considerada doença de notificação compulsória, feita com caráter reservado, à autoridade sanitária local.

Art. 45. Os toxicômanos e os intoxicados habituais por entorpecentes e pelas bebidas alcoólicas ou, em geral, inebriantes, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não.

§ 1º A internação obrigatória dar-se-á quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou a bem dos interesses de ordem pública, sempre a requerimento do representante do Ministério Público, que, no Distrito Federal, será o curador de Orfãos, e em virtude de decisão judiciária.

§ 2º Terá também lugar a internação obrigatória quando o juiz a ordenar de ofício nos casos:

- a) de condenação por embriaguez habitual;
- b) de impronúncia ou absolvição, em virtude da dirimente do art. 27, § 4º, do Código Penal, com fundamento de doença ou estado mental resultante do abuso de qualquer das substâncias enumeradas no art. 1º e neste.

§ 3º A internação facultativa dar-se-á quando provada a conveniência do tratamento hospitalar, e a requerimento do interessado, seus representantes legais, cônjuge ou parente até o quarto grau colateral inclusive.

§ 4º Nos casos de urgência notória ou evidente, poderá ser feita pela polícia a prévia e imediata internação, fundada no laudo de exame, ainda que sumário, efetuado por dois médicos de inteira idoneidade, instaurando-se a seguir o processo judicial, na forma do § 1º deste artigo, dentro do prazo máximo de cinco dias, contados a partir da internação.

§ 5º A internação prévia poderá também ser ordenada pelo juiz competente,

quando a maioria dos peritos por ele nomeados a considere necessária à observação, médico-legal.

§ 6º A internação far-se-á em alguns dos estabelecimentos indicados no decreto legislativo n. 4.294, de 6 de julho de 1921, ou em estabelecimento público apropriado, e, na falta, em qualquer estabelecimento hospitalar, público ou particular, submetido à fiscalização oficial.

Art. 46. A decisão judicial poderá decretar simplesmente a internação para tratamento, pelo tempo que os peritos julgarem conveniente ou por tempo indeterminado, e simultaneamente a interdição plena, ou limitada, segundo o estado mental do internado. (BRASIL, 1932, s/n)

Com o golpe militar em 1964, muda-se o modelo de combate ao uso e tráfico de drogas no Brasil para “o modelo bélico de política criminal, que equiparava os traficantes aos inimigos internos do regime, ao usuário, ainda restavam resquícios do modelo higienista adotado anteriormente, enxergando-o como doente que devia ser tratado” (BRASIL, 2020, s/n).

As convenções seguiram uma tendência internacional iniciada nos Estados Unidos na proibição às drogas que foram se tornando ilícitas. Maria Lúcia Karam (2013, p. 78) constata que:

Globalmente inaugurada no início do século XX, a política proibicionista subiu de tom a partir da década de 1970, passando a explicitamente associar o sistema penal à guerra. Com efeito, em 1971, o então presidente norte-americano Richard Nixon declarava uma “guerra às drogas”, que logo se expandia para o mundo. A disseminada expressão “guerra às drogas” deixa explícita, em sua própria denominação, a moldura bélica que dá a tônica do controle social exercitado através do sistema penal nas sociedades contemporâneas.” (KARAM, 2013)

Roberta Duboc Pedrinha (2008, p. 7) afirma que:

Revestido do lema de que o que é bom para os Estados Unidos é bom para o Brasil, o instrumento ideológico de controle foi elaborado pela ESG (Escola Superior de Guerra), com a colaboração da Missão Militar Americana. Assim, modelou-se a Doutrina de Segurança Nacional, a qual estabeleceu os inimigos internos, associados aos comunistas, que mais tarde se deslocariam para uma nova categoria de inimigos internos: os traficantes de drogas.

Percebe-se que o Brasil, ao adotar esse posicionamento, inicialmente se manteve afastado do modelo prevencionista de controle de entorpecentes, que foi

adotado pelos países europeus, foi optado pelo modelo proibicionista norte-americano ao combate às drogas (RODRIGUES, 2006).

A repressão política e falta de liberdades individuais, característica do regime militar foi progressivamente aumentando, e com isso, também amplificou a repressão a política de drogas.

Contrárias à ideologia bélica, em oposição à Guerra do Vietnã nos EUA e em oposição ao regime militar no Brasil, tiveram início a partir dos anos 60 manifestações políticas democráticas e movimentos contestatórios associados à contracultura que utilizavam drogas psicodélicas, principalmente a maconha e o LSD, como símbolos de divergência. Nos EUA, a reação do conservador governo americano foi a de impor um tratamento cada vez mais repressivo, por meio do discurso da demonização da droga como estratégia política das agências de poder em sua segurança interna. Novamente, o Brasil seguiu pelo mesmo caminho. (CARVALHO, 1997, p. 24)

Roberta Duboc Pedrinha (2006, p. 146) afirma que a “disseminação dos tóxicos era vista como uma tática subversiva e a estratégia da guerra às drogas era defendida como a busca da eliminação do mal, nos Estados Unidos, o uso de drogas era visto como ameaça ao American Way of Life, iniciando-se uma campanha antidrogas, antiaborto e antiálcool.

A Constituição Federal de 1988 determinou que o tráfico de drogas é crime insuscetível de graça ou de anistia, como uma maneira de extinguir a punibilidade dessa violação, assim como passa-se a ser um crime inafiançável. Em 1990, a Lei nº 8.072 de 1990, Lei de Crimes Hediondos, foi vedado a liberdade provisória e o indulto, também tendo dobrado todos os prazos processuais, visando retardar a prisão provisória (PEDRINHA, 2006).

Cumprir mencionar que esses dispositivos legais se encontram em conformidade com a última Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, realizada em 1988.

Ademais, foi justamente buscando a melhor atender às “críticas da Organização das Nações Unidas (ONU) em relação à impunidade e à dificuldade de repressão ao uso e tráfico de drogas no país, após visita ao Brasil em 1994, foi adotado um novo modelo de política criminal de drogas, o da militarização” (PEDRINHA, 2006, p. 147).

Foi isso que culminou nas operações militares nas favelas paulistas e cariocas para a eliminação do tráfico de drogas. Salienta-se, porém, “que o número de mortos

por overdose, causada pela droga, é ínfimo, diante do número decorrente da política criminal adotada, que se dirige aos traficantes das periferias.” (PEDRINHA, 2006, p. 147).

Outro fator que deve ser analisado é a política de racismo estrutural que “foi se solidificando desde os tempos da república, reverbera fortemente até hoje, evidenciando o racismo institucional, derivado deste e igualmente presente na sociedade” (ALMEIDA, 2019, p. 174). Cerca de 64% (sessenta e quatro por cento) da população carcerária no Brasil é composta por jovens que são negros, considerados majoritariamente traficantes que não usuários, diferentemente dos jovens brancos, que são enquadrados geralmente como usuários (CNJ, 2019).

1.3.1 A exceção legal: o uso ritualístico-religioso

No artigo 2º, da Lei 11.343 de 2006, Lei de Drogas, há uma exceção ao uso das “drogas”, ou seja, é permitido utilizar algumas substâncias consideradas drogas para uso ritualístico-religioso. Veja-se:

Art. 2º Ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar, bem como o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico-religioso. (BRASIL, 2006, s/n)

Conforme supramencionado, o Brasil é signatário da Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre Substâncias Psicotrópicas, realizada em 1971. Esse diploma legal incorporou ao ordenamento pátrio por meio do decreto nº 79.288 de 1977. Dessa forma, no texto adotado, em seu artigo 32, inciso IV, consta que:

4. O Estado em cujo território cresçam plantas silvestres que contenham substâncias psicotrópicas dentre as incluídas na Lista I, e que são tradicionalmente utilizadas por pequenos grupos, nitidamente caracterizados, em rituais mágicos ou religiosos, poderão, no momento da assinatura, ratificação ou adesão, formular reservas em relação a tais plantas, com

respeito às disposições do artigo 7º, exceto quanto às disposições relativas ao comércio internacional. (BRASIL, 1977, s/n)

Na época, o Brasil não fez nenhuma reserva com relação ao uso ritualístico-religioso das plantas que possuem em sua composição substâncias incluídas dentro da lista de psicotrópicos, tardiamente, houve uma necessidade de normatizar esse tema, tendo em vista que algumas substâncias presentes na lista, mas eram comumente utilizadas para cultos ritualísticos-religiosos, tal como a ayahuasca⁴ (ANVISA, 1988).

Na resolução admitida pelo Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), em 2010, logo após relatório formulado pelo grupo multidisciplinar de trabalho (GMT), filiando-se a “decisão do INCB (International Narcotics Control Board), da Organização das Nações Unidas, relativa à Ayahuasca, que afirma não ser esta bebida nem as espécies vegetais que a compõem objeto de controle internacional”, ficou registrada a “legitimidade do uso religioso da Ayahuasca” no Brasil (BRASIL, 2010, s/n).

Assim, o termo utilizado para “identificar substâncias usadas para fins ritualísticos- religiosos é enteógeno. Este termo deriva do grego entheos, que significa Deus dentro; o neologismo enteógeno também significa o que leva o divino dentro de si ou manifestação interior do divino” (LABATE, 2004, p. 33).

Beatriz Caiuby Labate (2004, p. 33) também assegura que o termo enteógeno “foi cunhado para ser possível fazer uma distinção entre psicodélicos, que também induzem estados de consciência alterados, mas que, geralmente, são aplicados ao uso recreativo, de substâncias utilizadas com fim espiritual ou místico”.

Aduz Tupper (2002, p. 17):

Outros povos indígenas das Américas utilizaram os cogumelos da psilocibina durante milênios com propósitos espirituais e de cura (Dobkin de Rios, 1973; Wasson, 1980). De modo similar, o cacto do peyote, com uma longa história de uso entre grupos indígenas mexicanos (Fikes, 1996; Myerhoff, 1974; Stewart, 1987), é utilizado amplamente nos Estados Unidos pela Native American Church (LaBarre, 1989; Smith & Snake, 1996). E mesmo na história

⁴ “Encontra-se na planta o princípio ativo da dimetilriptamina (N,N-dimetilriptamina), também conhecido como DMT, incluído na lista I, de psicotrópicos da Convenção e, conseqüentemente, na lista F2, de substâncias psicotrópicas da ANVISA” (ANVISA, 1988, s/n).

mais antiga da cultura do Ocidente, os textos indo-arianos do Rig Veda cantam loas ao divinizado soma (Pande, 1984). (TUPPER, 2002)

Sandra Lúcia Goulart (2003, p. 202) no caso da Ayahuasca afirma que o último “documento sobre esse tema aprovado no Brasil é de 2010 e sanciona juridicamente o uso religioso da ayahuasca, fundamentando-se no princípio da garantia do direito do livre exercício de culto e fé estabelecido na constituição de 1988”.

Ainda, aduz que existem dois fenômenos que justificam o uso da substância. Observa-se:

A ideia de uso religioso e de direito de liberdade religiosa e, posteriormente, a um argumento que implica na identificação do fenômeno religioso como cultura. Tratam-se de argumentações distintas, por exemplo, daquelas que são desenvolvidas em torno da noção de liberdades individuais, que tem sido ressaltada nas propostas para modificações do texto da atual lei de drogas brasileira. (GOULART, 2003, p. 200)

Portanto, da mesma maneira que ocorreu com a *cannabis sativa*, as demais substâncias que são consideradas substâncias com efeitos psicotrópicos verifica-se que houve uma certa carência nos dados técnicos, assim como um exagero no controle social, em especial no que concerne as minorias dos processos regulatórios (TUPPER, 2002).

Outrossim, o olhar do colonizador para as substâncias utilizadas “pelos colonizados é bem evidente já que até hoje, dada a incompreensão que circunda a utilização dessas plantas, estas ainda estão proscritas e são pouco pesquisadas, enquanto o álcool e o tabaco, estão legalizados e são livremente utilizados” (GOULART, 2003, p. 200).

Nesse interim, Tupper (2002, p. 18) assevera:

O medo que surge inevitavelmente na cultura moderna ocidental ao aproximar-se da questão dos enteógenos tem como origem não propriedades intrínsecas das próprias substâncias, mas, principalmente, uma não-compreensão genérica de seu poder e capacidade como instrumentos. Tanto como uma faca afiada pode ser usada para o bem ou para o mal, dependendo se está nas mãos de um cirurgião habilitado ou de um jovem imprudente, também os enteógenos podem ser bem ou mal utilizados. (grifo meu)

Tupper (2002, p. 7) em seu artigo “Entheogens and existential intelligence: The use of plant teachers as cognitive tools” afirma que:

Hofmann (1980), o químico que primeiro sintetizou acidentalmente a dietilamida do ácido lisérgico (LSD), coloca que os riscos psicológicos associados aos psicodélicos na cultura ocidental moderna são função de seu uso recreativo em circunstâncias pouco seguras. Um contexto ritual, no entanto, oferece as salvaguardas psicoespirituais que fazem do potencial das plantas mestras enteogênicas ampliarem conhecimentos uma intrigante possibilidade.

Fabiana Lima dos Santos também introduz a sua tese de que o “índio não usa droga, ele usa medicina: a criminalização da circulação da ayahuasca indígena” com a seguinte reflexão:

Como se controla, do ponto de vista social, o uso de plantas e seus derivados psicoativos sem recorrer à simples repressão? A pergunta está mal colocada, diria um xamã. Melhor seria: como se aprende a escutar a voz de espécies nãohumanas, inteligências milenares que comportem o planeta com o arrogante Homo sapiens? Anthony Henman (apud LABATE et al., 2005b, orelha do livro).” (SANTOS, 2018, p. 106)

Portanto, saber como empregar as denominadas de “inteligências milenares” de forma favorável para a humanidade, verificando as possíveis e em especial as necessárias contribuições à evolução coletiva e individual e à ciência, sem as restrições que são fundamentadas meramente pela moral, sem ser fundamentadas, continua sendo um grande desafio para os governos e para a sociedade.

2 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A PROIBIÇÃO AO USO DE DROGAS NO BRASIL

Nota-se que o direito à saúde se estabelece como um dos mais sólidos pilares da República Federativa do Brasil, uma garantia assegurada pela Constituição Federal de 1988. Dessa forma, esse capítulo visa analisar o direito fundamental e constitucional à saúde, as normas que asseguram esse direito e a sua relação com o uso da cannabis sativa para fins medicinais.

2.1 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA

A Constituição Federal, promulgada em 1988, constituiu um marco na história social brasileira, em especial por ter sido formulada após 21 (vinte e um) anos de que foram marcados pela Ditadura Militar, um regime totalitário de exceção. Nesse sentido, “a aprovação de um texto constitucional abrangendo garantias individuais e coletivas, assim como direitos fundamentais do cidadão brasileiro foi um avanço ímpar nunca antes ocorrido na história nacional” (DIMOULIS, 2014, p. 58).

Dimitri Dimoulis (2014, p. 59) aduz que os direitos fundamentais são direitos “público-subjetivos de pessoas contidos em dispositivos constitucionais e, portanto, que encerram caráter normativo supremo dentro do Estado, tendo como finalidade limitar o exercício do poder estatal em face da liberdade individual”.

O Estado Democrático de Direito Brasileiro “associou as liberdades individuais, políticas e econômicas do Estado Liberal; o escopo do bem-estar social do Estado Social; e a igualdade do Estado Democrático” (MORAES, 2003, p. 51).

Nota-se que houve um consciente esforço do legislador ao aplicar o que havia de melhor nos textos e nas práticas dos Estados Democráticos de Direito que foram nas décadas anteriores se constituindo ao redor do mundo para dar origem a uma nova e progressista constituição da nação.

Para isso, a constituição federal nova acolheu alguns princípios que já eram utilizados nas constituições estrangeiras, tal como o princípio da dignidade da pessoa humana. Ingo Sarlet (1998, p. 109) conclui que “os direitos fundamentais, ao menos de forma geral, podem ser considerados concretizações das exigências do princípio da dignidade da pessoa humana”.

O artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal⁵ consta entre os princípios pilares da República brasileira que é o fundamento da dignidade da pessoa humana.

⁵ “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: III - a dignidade da pessoa humana;” (BRASIL, 1988, s/n).

Ressalta-se que definir esse princípio e averiguar a forma em que o mesmo deve ser interpretado suscita amplo um debate dentro do meio jurídico.

Alexandre de Moraes (2003, p. 128) de maneira mais completa explica que:

A dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se em um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos.

Ressalta-se que os direitos e as garantias fundamentais estão todos descritos no artigo 60, §4^{o6} como cláusulas pétreas, isto é, são dispositivos constitucionais que o ordenamento jurídico brasileiro não permite alterações, nem mesmo pela Proposta de Emenda à Constituição (PEC) (BRASIL, 1988).

Fahd Awad (2006, p. 115) corrobora:

Para que o Estado conseguisse atuar de forma a garantir a proteção dos interesses do homem, este teve de dispor de parte de sua autonomia, conferindo poderes àquele. Assim, percebe-se que o Estado foi criado para o benefício do homem, não para o seu martírio. Destarte, o Estado poderoso e controlador deverá sofrer limitações a sua atuação para que não ofenda a própria natureza de quem o criou, ou seja, o Estado possui limites, os quais estão ligados (limitados) à existência do indivíduo humano.

Estes são os limites que são impostos ao ente estatal para que não seja excedido o uso da força, ou seja, através da coerção e da coação dos seus nacionais, sendo solidificado o princípio da dignidade da pessoa humana. Kant (2004, p. 77), escreveu que no reino dos “fins tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode-se por em vez dela qualquer outra como equivalente; mas

⁶ “Art. 60. A Constituição poderá ser emendada mediante proposta: § 4º Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir: I - a forma federativa de Estado; II - o voto direto, secreto, universal e periódico; III - a separação dos Poderes; IV - os direitos e garantias individuais;” (BRASIL, 1988, s/n).

quando uma coisa está acima de todo o preço, e, portanto, não permite equivalente, então ela tem dignidade”.

Luís Roberto Barroso (2010) afirma que a pessoa humana possui dignidade e, é essa a razão para que as coisas possuem preço, mas os indivíduos têm a sua dignidade.

Nesse contexto, Ingo Wolfgang Sarlet (2011, p. 79) constata que:

Visualizar, pois, o ser humano como um fim em si mesmo, e não como um meio para obtenção de algo posteriormente, já ilustra o que é valorizar alguém pelo que se é, simplesmente pelo fato de existir. Mais além, “reconhecer categoricamente que é o Estado que existe em função da pessoa humana, e não o contrário, já que o ser humano constitui finalidade precípua, e não meio da atividade estatal, é bastante esclarecedor.

Dessa forma, se o ser humano for enxergado como um fim em si mesmo, em outras palavras, se o ser humano for visto como o detentor de respeito e dos direitos que são constitucionalmente e infraconstitucional assegurados, já se avança um bom caminho rumo à compreensão plenado que é o princípio da dignidade da pessoa humana.

As definições anteriormente elencadas levam a conclusão de que o motivo central da existência estatal é justamente para assegurar o bem-estar coletivo e individual. Assim, a efetivação dos direitos e das garantias fundamentais é a forma pela qual o Estado manifesta aos cidadãos o motivo para existir e as suas consequentes obrigações.

Dimoulis (2014, p. 70) afirma que:

A categoria dos direitos de status positivus, também chamados de direitos “sociais” ou a prestações, engloba os direitos que permitem aos indivíduos exigir determinada atuação do Estado, no intuito de melhorar suas condições de vida, garantindo os pressupostos materiais necessários para o exercício da liberdade, incluindo as liberdades de status negativus.

Verifica-se que é papel do Estado, em especial por estar asseverado na Constituição Federal de 1988, “melhorar as condições de vida do cidadão, garantindo

os pressupostos materiais necessários para o exercício da liberdade” (BRASIL, 1988, s/n).

O Estado Brasileiro “conjura-se com a democracia, possuindo objetivos voltados para a modificação da realidade de seus cidadãos e protegendo garantias e direitos individuais e coletivos dos indivíduos” (RAMINELLI, OLIVEIRA, 2012, s/n). Desse modo, garantir a todos com o direito à saúde, inclusive em caráter preventivo, curativo e profilático, concretiza o próprio direito à vida.

Em suma, verifica-se que o princípio da dignidade da pessoa humana transformou em fértil o terreno que acolheu os direitos e as garantias fundamentais que estão descritos na Carta Magna.

2.2 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O direito à saúde concerne em um dever assegurado pela Constituição Federal, sendo considerada direito de todos e dever do Estado garantir a sua efetividade. Cumpre mencionar que foi apenas na Constituição Federal de 1988, que a saúde foi elencada como um direito fundamental resguardado constitucionalmente. Nos anteriores diplomas legais, não estava expresso o direito a saúde, apenas constando esse direito em algumas leis esparsas (SILVA, 2019).

Dessa maneira, o artigo 5º, Título II, Dos Direitos e Garantias Fundamentais, Capítulo I, Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos da Constituição Federal, assegura 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 à propriedade” (BRASIL, 1988, s/n)

Nesse íterim, o artigo 6º da Carta Magna, registra como direitos sociais: “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (BRASIL, 1988, s/n)

O artigo 196 da Constituição Federal especificamente aborda o direito à saúde, *in verbis*: “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, s/n).

O ministro do Supremo Tribunal de Justiça (STJ), Teori Zavascki, postulou que “o direito à saúde não deve ser entendido como direito a estar sempre saudável, mas, sim, como o direito a um sistema de proteção à saúde que dá oportunidades iguais para as pessoas alcançarem os mais altos níveis de saúde possíveis” (BRASIL, 2001, s/n).

Portanto, salienta-se que “pode-se dizer que a saúde não é só um direito fundamental, mas também um dever fundamental que se impõe ao Estado” (SARLET, 2008, p. 171).

Segundo a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS):

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” - A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades. Assim, expande-se o significado de que é ter saúde ou o que é estar saudável. O que se acreditava antes ser suficiente, não ter doenças, agora, mostra-se limitado, pois não basta não estar doente, é necessário estar em um estado de “completo bem-estar físico, mental e social”, o que vai muito além. (OMS, 2006, s/n)

À vista disso, a efetuação do direito à saúde pelo Estado, isto é, pelo poder público, transferindo-se o plano teórico imaterial, para o plano concreto as ações que permitam o acesso universal dos indivíduos a fruição da prerrogativa constitucional que é o direito a saúde, igualmente protegida pelo princípio da dignidade da pessoa humana.

2.2.1 Garantia de saúde por meio do acesso à medicamentos no brasil: o sistema único de saúde (sus)

A Constituição Federal não especifica quais os serviços e qual a forma que o direito à saúde deve se especificamente efetivar-se, o artigo 196 e o artigo 198 do já

mencionado diploma legal, em conjunto, pode-se deduzir as diretrizes que a efetivação teria, que foram mais tarde, registrados formalmente como os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) (MATTA, 2007).

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988, s/n)

Os princípios que regulamentam o Sistema Único de Saúde, que foram instituídos pela Lei Orgânica, Lei nº 8.080 de 1999, devem ser analisados. Dessa maneira, podem ser assim melhor compreendidos. Rafael da Cruz Sousa e Francisco Eduardo Bastos Batista (2012, p. 27) afirmam:

Universalidade: Este princípio simboliza o rompimento com o modelo excludente anterior. A partir do SUS todos os brasileiros passam a ter direito à saúde, em todos os níveis que se venha a oferecer. Igualdade: A igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Portanto não deve haver distinção de raça, cor, religião, sexo, poder econômico ou qualquer outro. Integralidade: O cidadão que necessitar de atenção a saúde, seja para promoção, proteção ou recuperação, deve recebê-lo em sua plenitude. Inclusive nos caso que necessite um conjunto contínuo de ações em vários níveis de complexidade.

Na Lei nº 8.080 de 1990, em seu artigo 6º, verifica-se que:

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

- I - a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

Destaca-se as estruturas que compõem o Sistema Único de Saúde, dessa maneira, segundo o Ministério da Saúde fazem parte, de acordo com Rafael da Cruz Sousa e Francisco Eduardo Bastos Batista (2012, p. 29):

Unidades Básicas de Saúde, hospitais universitários e até laboratórios e hemocentros (bancos de sangue). Fundações como a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e institutos, como o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO), estão vinculadas ao SUS. As autarquias como Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), também. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) e o SAMU são mais exemplos de serviços vinculados ao SUS.

Dito isso, sabe-se que no Brasil a oferta de medicamentos está diretamente associada ao Sistema Único de Saúde. Assim, observa-se que para que um medicamento seja comercializado nas drogarias e farmácias, deve antes passar pelos critérios rígidos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo necessário o devido registro e liberação para venda.

A Lei 5.991 de 1973 aduz que medicamento é “todo produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico” (BRASIL, 1973, s/n). Dessa maneira, “qualquer produto para o qual sejam feitas alegações terapêuticas, independentemente da sua natureza (vegetal, animal, mineral ou sintética), deve ser considerado medicamento e requer registro na Anvisa para ser fabricado e comercializado (ANVISA, 2013, s/n)

Nesse íterim, além do registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para que o farmacológico possa ser disponibilizado para o tratamento pelo Sistema Único de Saúde, o medicamento deve ser incluído na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Sabe-se que muitos indivíduos são hipossuficientes, não possuindo condições de arcar com os custos de um medicamento sem comprometer a sua própria sobrevivência, sendo o único caminho possível para a obtenção de fármacos a retirada gratuita destes pelo Sistema Único de Saúde. Entretanto, apesar do caráter revolucionário do Sistema Único de Saúde, considerado uma referência a nível internacional, nota-se que:

A política do Estado restringe-se a fornecer somente os (medicamentos) elencados em listas do Sistema Único de Saúde, as quais, apesar de atualizadas, ofertam um número limitado de fármacos. Assim, se o tratamento da patologia requerer algum medicamento não listado, deverá o portador de enfermidade arcar com os custos de sua recuperação, porquanto

voluntariamente não receberá do Estado o necessário para que isto aconteça. (RAMINELLI, OLIVEIRA, 2012)

Sendo assim, o tratamento da doença requerer um fármaco que não consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, é necessário analisar se há uma alternativa ao medicamento no RENAME, que tenha princípio ativo similar. Contudo, há casos em que não tem outra opção entro da Relação. Inclusive, essa é uma realidade nos casos em que os medicamentos utilizados são para tratamento de enfermidades raras ou para os medicamentos de alto custo.

Verifica-se um exponencial crescimento de ações judiciais que requerem o fornecimento de medicamentos que não constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, por isto, o Superior Tribunal de Justiça (STJ), em 2018, em sede de julgamento de recurso repetitivo, estabeleceu que a concessão de fármacos deve cumprir os 3 (três) requisitos:

- 1 - 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;
- 2 - Incapacidade financeira do paciente de arcar com o custo do medicamento prescrito; e
- 3 - Existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). (BRASIL, 2018, s/n)

Por conseguinte, nota-se que para a concessão do medicamento pelo Sistema Único de Saúde, precisa comprovar além da necessidade do fármaco, a ineficácia dos remédios que foram disponibilizados em decorrência da falta do solicitado, a hipossuficiência do indivíduo no custeio do tratamento médico e também a regularidade pela ANVISA do medicamento, que é comprovada pelo devido registrado.

Ivan Corrêa Leite e Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos (2018, p. 103) afirmam que quanto ao processo de “acesso ao poder judiciário para obtenção de fármacos e tratamentos, se dá o nome judicialização da saúde ou judicialização da medicina”.

Evidencia que, no Brasil, a judicialização da saúde teve o seu início na década de 90 (noventa), com as ações judiciais que requeriam o recebimento de medicamentos antirretrovirais, que até então não eram fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (VENTURA, 2010).

Nesse sentido, Miriam Ventura (et al., 2010, p. 84) aduzem que:

Pode-se inferir que, apesar do acesso à medicamentos consolidar o direito à saúde, e este direito, em tese, dever alcançar a todos cidadãos para sua fruição, apenas parcela da população brasileira tem a possibilidade de acionar a justiça para conseguir o acesso a medicamento não presente no RENAME. Muitos são os que precisam de medicamento não constante no RENAME e nada poderão fazer sobre isso. Mas, àqueles que a possibilidade de acionar a justiça é um caminho trafegável, a burocracia exigida, o alto tempo de espera, o custo financeiro dessa movimentação, além do desgaste emocional do paciente e familiares, tornam-se variáveis “aceitáveis”, no limite da dignidade da pessoa humana para obtenção de um fármaco.

Na realidade, observa-se que essa situação aumenta cada vez mais, em especial, nos medicamentos formulados pela *cannabis sativa*. Ademais, o mercado internacional já está aberto para a comercialização de remédios “canábicos”, para pacientes com as mais diversas patologias.

Sobre a eficácia dos medicamentos, veja-se:

Sabe-se que entre 70 e 80% dos pacientes com epilepsia alcançam completo controle das convulsões usando medicamentos antiepilépticos, tais como valproato ou carbamazepina (Schmidt, 2014). Os outros pacientes (20 a 30%) são resistentes ao tratamento convencional. Há grande interesse em investigar a eficácia de novas e/ou adjuntivas alternativas terapêuticas para reduzir a frequência e gravidade das convulsões nesses pacientes. (CFF, 2019)

Os relatos expõem que “são uma luz no fim do túnel àqueles que estão quase esgotando as esperanças de tratamento para enfermidades como epilepsia, Parkinson, Alzheimer, dores crônicas, insônia, autismo, ansiedade, stress pós-traumático, entre outros quadros clínicos” (VENTURA; et al, 2010, p. 85).

No entanto, a realidade quando o assunto é prescrição, utilização e comercialização de fármacos “canábicos”, o Brasil ainda pouco desenvolveu, ainda

mais comparado à de países como Uruguai, Canadá, Colômbia e 47 (quarenta e sete) estados norte-americanos, entre outros (MELO, 2019).

2.2.2 Droga ou medicamento

No que concerne a etimologia, em português, da palavra droga, “remonta a palavra do holandês antigo droog, que significa folha seca, isto porque antigamente a maioria dos medicamentos era feito a partir de vegetais” (CEBRID, 2014, s/n).

Já para o Dicionário Michaelis, “droga, em matéria médica, é qualquer substância que se possa utilizar, no homem e nos animais, para fins de alívio, diagnóstico, profilaxia, tratamento ou cura de doenças” (MICHAELIS, 2020).

Outrossim, é importante mencionar que a Lei nº 11.343 de 2006, no artigo 66, consta que “até que seja atualizada a terminologia da lista mencionada no preceito, denominam-se drogas substâncias entorpecentes, psicotrópicas, precursoras e outras sob controle especial, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998” (BRASIL, 2006, s/n)

A portaria nº 344, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, que é responsável por aprovar o Regulamento Técnico das substâncias e dos medicamentos que estão sujeitos a um controle especial, “droga é uma substância ou matéria-prima que tenha finalidade medicamentosa ou sanitária” (BRASIL, 1988, s/n).

Desse modo, droga pode ser confundida com entorpecentes, psicotrópicos ou precursores, de acordo com a letra da portaria, que é o documento adotado pela ANVISA, e que tem semelhança com a definição encontrada na Lei 11.343 de 2006. Deste modo, é relevante para a pesquisa conceituar psicotrópicos, entorpecentes e substâncias precursoras. Observa-se:

Psicotrópico, do grego *psychē*, originalmente para alma, mas para a psicologia, mente ou psique/psiquismo, e *trópos*, atração por, significa “atração pelo psiquismo” e, complementarmente tem-se que psicotrópico: É uma substância química que age principalmente no sistema nervoso central, onde altera a função cerebral e temporariamente muda a percepção, o humor, o comportamento e a consciência. Essa alteração pode ser proporcionada para fins recreacionais (alteração proposital da consciência); religiosos (uso de enteógenos); científicos (visando a compreensão do funcionamento da mente); ou medicofarmacológicos (como medicação). Alternativamente, tal

efeito na mente pode não ser o objetivo do consumo da substância psicotrópica, mas um efeito adverso do mesmo. (FERREIRA, 1986, p. 67)

Os psicotrópicos são uma substância química que age no sistema nervoso central do indivíduo, ou seja, sobre o “psiquismo”, provocando uma série de efeitos colaterais, podendo essas implicações serem estimulantes, sedativos ou até mesmo alucinógenos.

Popularmente, “psicotrópicos, entorpecentes e narcóticos são utilizados como sinônimos, porém narcóticos são substâncias que induzem o sono, o relaxamento e sedam, com definição muito parecida aos entorpecentes, que entorpecem” (LUXEMBURG, 2018, s/n).

Os narcóticos podem desacelerar, acalmar, porém podem “determinar dependência física ou psíquica relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção Única sobre Entorpecentes, reproduzidas nos anexos deste Regulamento Técnico” (ANVISA, 1988, s/n).

A inclusão de determinadas substâncias ao roll de psicotrópicas, entorpecentes ou precursoras, seguiu, no Brasil, as determinações da Convenção Única Sobre Entorpecentes (Single Convention on Narcotic Drugs), assinada em Genebra, em 1961 e introduzida na legislação brasileira a partir do Decreto nº 54.216, de 27 de agosto de 1964. No total, foram 136 substâncias classificadas como narcóticos, a maioria de origem natural, como ópio e seus derivados (morfina, codeína e heroína), a folha de Coca e a planta Cannabis. Alguns sintéticos como methadona e pethidina também entraram na classificação. (INCB, 2020, s/n)

No documento oficial desta Convenção consta:

Tem como objetivo o combate ao abuso de drogas por meio de ações internacionais coordenadas, mediante duas formas de intervenção e controle: a primeira é a limitação da posse, do uso, da troca, da distribuição, da importação, da exportação, da manufatura e da produção de drogas exclusivas para uso médico e científico; a segunda, o combate ao tráfico de drogas implementado por cooperação internacional visando deter e desencorajar os traficantes. Seguida desta primeira Convenção, vieram a Convenção Sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, com foco mais voltado à substâncias psicotrópicas advindas de drogas sintéticas, estimulantes do sistema nervoso central, sedativo-hipnóticas e alucinógenas (INCB, 2020), e a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988, com foco principal em meios coordenados de

combate ao tráfico de drogas, inclusive métodos contra a lavagem de dinheiro e o fortalecimento do controle de precursores químicos.(UNODC, 2020) As três Convenções das Nações Unidas possuem caráter complementar. (UNODC, 1972, s/n)

Ademais, cada uma das Convenções acima mencionadas emitiu a sua própria lista oficial de substâncias que são consideradas controladas “começando pela “yellow list” para entorpecentes ou narcóticos, a “green list” para psicotrópicos, e a “red list”⁷, para substâncias precursoras, em ordem cronológica” (UNODC, 1972, s/n).

Essas listas constantemente são atualizadas, uma vez que servem como uma espécie de parâmetro internacional das substâncias que devem ou não ser controladas e, conseqüentemente, combatida, a *cannabis sativa*, desde 1961, consta na “yellow list”.

3 MEDICAMENTO DE CANNABIS SATIVA

Inicialmente, cumpre salientar que a Sociedade Brasileira de Estudos da Dor (SBED) afirma que ao menos 37% (trinta e sete por cento) da população brasileira, aproximadamente 60 (sessenta) milhões de pessoas, revelam sentir dor de maneira crônica (HOSPITAL ANCHIETA, 2019).

Darlan Castro Almeida e Durval Campos Kraychete (2017, p. 1) aduzem que:

A dor lombar é um problema que afeta 80% dos adultos em algum momento da vida, está entre as 10 primeiras causas de consultas a internistas e, em cada ano, trabalhadores se ausentam de suas atividades por mais de sete dias em razão dessa doença com grande impacto na produtividade e redução da economia.

Nota-se que discutir sobre a utilização da *cannabis sativa* medicinal, mesmo no século XXI, não é um desafio fácil, uma vez que o tema ainda é um tabu dentro da sociedade brasileira. Outro fator que auxilia para esse cenário é que essa planta sempre foi alvo de inúmeras acusações falsas sem comprovação científica, que

⁷ Lista amarela, lista verde e lista vermelha, respectivamente.

transformaram a *cannabis sativa* em uma planta considerada perigosa, a ser combatida pelos governos.

Muitos “mitos se disseminaram em torno do seu consumo, principalmente, do seu consumo recreativo ou social, em oposição ao uso medicinal, objeto de estudo deste trabalho” (Almeida; Kraychete, 2017, p. 3).

Apesar de tratarmos de uma mesma planta, com as mesmas substâncias em sua composição, é necessário fazer a distinção entre seu uso medicinal, focado em atender a demanda de pacientes e seus familiares, acometidos por uma miríade de enfermidades, os quais resgataram essa medicina ancestral (já utilizada em sociedades orientais antigas para tratamento e cura) a partir do momento em que a medicina ocidental tradicional não trouxe os resultados desejados em seus tratamentos convencionais. Pacientes portadores de epilepsia, Parkinson, Alzheimer, dores crônicas, insônia, autismo, ansiedade, stress pós traumático, entre outros quadros clínicos (AME+ME, 2019), optam pelo uso da medicina canábica em seus tratamentos, relatando quadros de melhora não efetivados por diversos fármacos prescritos anteriormente por seus médicos. Tal evolução em quadros clínicos de difícil resolução deve ser comemorada, ao invés de reprimida. Incentivada e divulgada para que atinja outros pacientes que sofrem sem saber da possibilidade de tratamento e perspectiva de melhora com uma planta que, outrora, havia sido demonizada socialmente e aparentava não poder contribuir com as sociedades nas quais se fez presente, preponderantemente, através de seu uso social. (ALMEIDA, 2019, p. 177)

Como visto *alhures*, a análise histórica da *cannabis sativa* no Brasil revela um passado repleto de injustiças que culminaram nesse presente, um preconceito que sempre esteve presente na história, em especial por conta dos grupos sociais que utilizavam essa planta, por ser muito utilizada entre as camadas sociais mais pobres.

Silvio Almeida (2019, p. 178) aduz que esse preconceito se dá pela planta ter “sido trazida por negros africanos escravizados e integrar parte de seus costumes utilizar a planta em seus momentos de “liberdade”, o racismo estrutural molda a política estatal para incriminar o uso a planta”.

Salienta-se que a construção de uma perspectiva em que o uso recreativo de maconha gera indivíduos inaptos para a convivência social e violentos, um problema para às famílias e para os entes estatais, somada a política dos Governos ao combate

do consumo e da comercialização da *cannabis sativa*, encobriram tudo que há de positivo na substância.

Jean Marcel Carvalho França (2015, p. 31) afirma que todo o “potencial preventivo, profilático, regenerativo e curativo da planta foi relegado ao esquecimento, sendo, portanto, suas potenciais contribuições à ciência médica e farmacológica retardadas”.

O Boletim 69 do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP):

Na realidade o uso médico da maconha e o reconhecimento que ela não tem os efeitos tóxicos tão graves que lhe atribuem, são aceitos pelos Ministérios da Saúde e sociedades médico científicas de países como o Canadá, Espanha, Itália, Estados Unidos, Reino Unido, Espanha, Israel e Holanda não havendo, portanto, razão para a omissão destas informações. (CEBRID, 2012, s/n)

Destarte, há alguns especialistas dentro do direito nacional se destacam na luta pelo direito de uso substância canábica nos medicamentos e pelo devido reconhecimento da planta dentro da sociedade brasileira. No Brasil, pode-se destacar o “Dr. Carlini e sua equipe foram responsáveis pelos primeiros estudos publicados no mundo sobre o efeito benéfico do canabidiol em adultos com epilepsia” (ALMEIDA, 2015, p. 32).

Nesses últimos 50 (cinquenta) anos de estudos, verificou que a *cannabis sativa* é uma “eficiente alternativa para o tratamento da epilepsia e dos efeitos colaterais (náuseas e vômitos) causados pela quimioterapia de câncer, além de aliviar as dores miopáticas” (CEBRID, 2015, s/n).

Em âmbito internacional, pode-se destacar:

Em âmbito internacional, destaca-se a figura do médico Israelense Raphael Mechoulam, químico, P.h.D e professor da Universidade Hebraica de Jerusalém, que desde os anos 60 realiza pesquisas envolvendo a Cannabis. Em 1963, o professor Mechoulam e seu grupo de pesquisa em Israel, com colaboração de pesquisadores de outros países, descobriram o Canabidiol (CBD); em 1964, descreveram a molécula psicoativa da Cannabis, o Δ -9-tetra-hidrocanabinol (THC); em 2015, consolidaram pesquisas realizadas nos anos 90 sobre a existência do Sistema Endocanabinoide (SE), no corpo

humano; e em 2017, realizaram estudo experimental que consolidou o CBD como potente ansiolítico. (AMA+ME, 2019, s/n)

Ressalta-se que alguns estudos foram realizados com as mais diversas patologias, em que consistia no tratamento das doenças com a cannabis medicinal, e os resultados se destacam dentro da medicina.

Inclusive, há estudos com crianças autistas que foram publicados Revista Neurology⁸, divulgou que:

No prosseguimento do tratamento com Cannabis, o comportamento melhorou ou melhorou muito em 61% dos pacientes. A ansiedade e problemas de comunicação melhoraram ou melhoraram muito em 39% e 47% dos pacientes respectivamente. Comportamentos disruptivos melhoraram em 29% de 4.74 ± 1.82 conforme registrado no HSQ-ASD para 3.36 ± 1.56 com a continuidade do tratamento. (ARAN; CASSUTO; LUBOTZKY, 2018, s/n)

Nos casos de fibromialgia, veja-se:

30 pacientes foram identificados, e 26 pacientes foram incluídos no estudo. Eram 19 pacientes mulheres (73%) e a idade média do grupo de estudo era de 37.8 ± 7.6 anos. A dosagem média de Cannabis Medicinal (MC) era de 26 ± 8.3 g por mês, e a duração média de uso da Cannabis medicinal foi de 10.4 ± 11.3 meses. Depois de começar a terapia canábica, todos os pacientes, todos os pacientes relataram melhora significativa em todos os parâmetros do questionário, e 13 pacientes (50%) pararam de tomar outros medicamentos para fibromialgia. Oito pacientes (30%) experienciaram efeitos adversos muito leves. (HABIB, *et al.*, 2018, p. 255)

Quanto a doença de parkinson, foi publicado um estudo na Molecular Neurodegeneration, revista oficial da BrightFocus Foundation⁹, afirmando que o tratamento com medicamentos à base de maconha podem demonstrar diversas melhorias para os pacientes. Observa-se:

Várias pesquisas indicam que ocorre uma significativa modulação do sistema canabinóide no caso da Doença de Parkinson (PD). Esse conceito foi reforçado por diferentes descobertas eletrofisiológicas, anatômicas e farmacêuticas. Portanto, a modulação farmacológica desse sistema com componentes que seletivamente miram em diferentes elementos de resposta

⁸ Revista oficial da Academia Americana de Neurologia.

⁹ Organização americana sem fins lucrativos que financia pesquisas no combate ao Alzheimer, glaucoma, entre outras doenças.

dos canabinóides pode melhorar anormalidades do comportamento motor e prover neuroproteção. (MORE; CHOI, 2015, p. 17)

No tratamento da depressão e da ansiedade: “o canabidiol (CBD) é um componente não psicotrópico da Cannabis Sativa com grande potencial psiquiátrico, incluindo usos como fármaco ansiolítico e antidepressivo” (SCHIER, 2014, p. 60).

Para o tratamento de ansiedade, um estudo publicado no ano de 2017, na British Journal of Pharmacology aduz que:

Evidências indicam que tratamento intensivo com CBD é ansiolítico tanto em animais quanto em humanos. Um número crescente de estudos pré-clínicos também indicam que essa “droga” reduz a expressão de memória de medo quando administrado intensivamente. Importante é que o CBD produz uma sólida redução na expressão do medo quando analisado em conjunto com a alteração da reconsolidação da memória de medo e a facilitação da extinção desta mesma memória. Isso faz com que o CBD seja um potencial candidato para teste como opção farmacológica associado a terapias ou intervenção cognitivo-comportamental usadas para tratar stress pós-traumático (PTSD) e fobias. (LEE, 2017, p. 174)

Ademais, comprova-se que a *cannabis sativa* pode até mesmo ser utilizada como um escape de substâncias consideradas mais pesadas. Portanto, a afirmação de que a planta é a porta de entrada para o uso de outras drogas é falsa. Porém, alguns estudos já indicam que o álcool seria a porta de entrada para o uso de outras drogas (LEE, 2017).

Estudos sobre a utilização da cannabis medicinal no tratamento da síndrome de Tourette são promissores. Veja-se:

Os autores avaliaram retrospectivamente a efetividade e tolerância da Cannabis em 19 adultos com a síndrome de Tourette. Os tiques nervosos diminuíram 61% e 18 entre 19 dos pacientes relataram ter melhorado muito. A Cannabis foi bem tolerada entretanto a maior parte dos pacientes relatou efeitos adversos. (LEE, 2017, p. 175)

Desse modo, já existem evidências no mundo científico sobre os efeitos positivos da *cannabis* medicinal em diversas patologias, havendo inúmeros depoimentos consideráveis de melhoras, entretanto, ainda é pouco difundido entre os pacientes, além de ser difícil viabilizar o uso desses medicamentos.

A Associação Santa Cannabis, em Santa Catarina, “associação sem fins lucrativos criada com o objetivo de fomentar os estudos da cannabis medicinal em

pacientes com indicação para o uso, bem como a distribuição legal de CBD e THC medicinal” (SANTA CANNABIS, 2020, s/n), disponibiliza em seu site alguns depoimentos de pacientes que utilizam “as gotinhas” de CBD.

Salienta-se que a associação surgiu da “luta de um neto para tratar a avó, portadora de Parkinson, com Cannabis medicinal, A dona Edna, uma senhora de 82 anos, que já estava acamada e com dificuldades até para comer, hoje voltou a cozinhar e tricotar: ‘a Cannabis foi um milagre para mim’” (SANTA CANNABIS, 2020, s/n).

Como já mencionado a Associação Santa Cannabis disponibiliza alguns depoimentos de pacientes que utilizam a cannabis medicinal para o tratamento de diversas doenças, como por exemplo, de uma criança de 8 (oito) anos, portador da Síndrome de Tourette:

Uma doença rara que causa movimentos repetitivos incontroláveis e sons indesejados. Os remédios químicos tradicionais estavam fazendo pouco efeito. Contudo, traziam efeitos colaterais pesados, como fadiga extrema e estresse emocional. Com o óleo de THC, o Guga passou a viver com muito mais qualidade de vida. (SANTA CANNABIS, 2019, s/n)

Outro importante depoimento disponível, de uma paciente portadora de Alzheimer:

Dona Maria é portadora de Alzheimer e há 2 anos sofria com crises frequentes de raiva e depressão. Desde que passou a tomar o óleo, teve melhora significativa no comportamento. Já o Jefferson possui Transtorno Explosivo Intermitente, que lhe causa crise de pânico e depressão. Só a Cannabis fez os surtos dele diminuírem. (SANTA CANNABIS, 2020, s/n)

A Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal (AMA+ ME, 2019), além de todas as patologias já acima mencionadas, teria uma boa influência em doenças tais como o glaucoma, síndrome de huntington, esclerose lateral amiotrófica, doença de alzheimer, esclerose múltipla, dor neuropática, epilepsia e epilepsia refratária, transtornos relacionados à ansiedade, psicoses, depressão, anorexia

nervosa, osteoporose, dependência química, diabetes tipo II, uma melhora significativa no quadro de pacientes com HIV, entre outros.

O *Expert Committee on Drug Dependence* da Organização Mundial de Saúde, em 2018, emitiu um documento sobre “*Extracts and tinctures of cannabis*”, elenca todos os resultados na utilização de *cannabis* medicinal, sendo: “náusea e vômito devido a quimioterapia, glaucoma, Parkinson, depressão, ansiedade, insônia e dor crônica são alguns exemplos de utilização com resultados positivos elencados após o uso do óleo com canabinóides” (WHO, 2019, s/n).

Nos casos dos medicamentos Mevatyl, ou seja, um spray bucal, o uso é recomendado para “ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), dor crônica, depressão, doença de Huntington, esclerose múltipla, dor neuropática e insônia são alguns dos exemplos citados com melhora nos quadros clínicos. (OMS, 2018, p. 85).

3.1 JURISPRUDÊNCIA

Verifica-se os seguintes precedentes do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, favoráveis ao fornecimento do medicamento canabidiol:

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. CANABIDIOL. EPILEPSIA REFRACTÁRIA DE DIFÍCIL CONTROLE. LEGITIMIDADE PASSIVA. SOLIDARIEDADE. ORÇAMENTO E RESERVA DO POSSÍVEL. DEMONSTRAÇÃO DA IMPRESCINDIBILIDADE DO FÁRMACO. 1. União, Estados e Municípios detêm legitimidade para figurar no pólo passivo de ação onde postulado o fornecimento público de medicamentos. 2. Solidária a responsabilidade dos entes da Federação quanto ao fornecimento de medicamentos, é direito da parte autora litigar contra qualquer deles, sendo, também, os três entes igualmente responsáveis pelo ônus financeiro advindo da aquisição do tratamento médico postulado. 3. O orçamento e a reserva do possível, quando alegados genericamente, não importam em vedação à intervenção do Judiciário em matéria de efetivação de direitos fundamentais. 4. A perícia judicial corroborou com o diagnóstico do tratamento, concluindo ser imprescindível a medicação pretendida, porquanto "o autor usa uma série de anticonvulsivantes em associação sem sucesso no controle da sintomatologia" e "entre outros diagnósticos os casos de epilepsia refratária tem sido objeto do emprego do canabidiol e de outros derivados de cannabis com resultados promissores."

(AG 5021637-11.2016.404.0000, Rel. Des. Federal Marga Inge Barth Tessler, 3ª Turma, unân., julg. em 30.8.2016).

ADMINISTRATIVO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. LEGITIMIDADE DAS PARTES. CANABIDIOL. ANVISA. IMPRESCINDIBILIDADE DO FÁRMACO DEMONSTRADA. CUSTEIO. CONTRACAUTELA. 1. A jurisprudência desta Corte firmou-se no sentido da responsabilidade solidária da União, Estados e Municípios nas ações onde se postula fornecimento público de medicamentos ou tratamento médico, sendo que a solidariedade não induz litisconsórcio passivo necessário, mas facultativo, cabendo à parte autora a escolha daquele contra quem deseja litigar, sem obrigatoriedade de inclusão dos demais. 2. Em casos onde a prestação buscada não está entre as políticas do Sistema Único de Saúde, não basta, para o reconhecimento do direito invocado pela parte autora, prescrição médica. Imprescindível, em primeira linha, a elaboração de parecer técnico emitido por médico vinculado ao Núcleo de Atendimento Técnico, do Comitê Executivo da Saúde do Estado, ou, na sua ausência ou impossibilidade, por perito especialista na moléstia que acomete o paciente, a ser nomeado pelo juízo. 3. No caso em tela, demonstrada a imprescindibilidade do tratamento postulado, consistente na conjugação da necessidade e adequação do fármaco com a ausência de alternativa terapêutica, no que mantida a procedência da demanda. 4. Em situações excepcionais, o acolhimento do pedido de fornecimento de medicação sem registro na ANVISA poderá ser flexibilizado e autorizado, desde que comprovada sua eficácia no caso concreto e ser o único tratamento viável, consoante entendimento desta Corte. 5. A Resolução da ANVISA RDC nº 17, de 06 de maio de 2015 não aprovou o medicamento, apenas liberou a importação, em caráter de excepcionalidade, de produtos à base de Canabidiol, por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, exclusivamente para tratamento de saúde, após aprovação do cadastro. Necessário, assim, que o paciente comprove a aprovação prévia do cadastro pela ANVISA, nos termos dos arts. 7º e seguintes da Resolução RDC nº 17/2015. 6. Adequada a fixação de contracautela em ações onde determinado o fornecimento contínuo ou periódico de medicamentos. 7. Configurada a legitimidade passiva dos réus e sendo solidária a responsabilidade destes na demanda, também são igualmente responsáveis pelo ônus financeiro do serviço de saúde pleiteado e concedido. Eventual acerto de contas que se fizer necessário, em virtude da repartição de competências dentro dos programas de saúde pública e repasses de numerário ou restituições, deve ser realizado administrativamente, sem prejuízo do cumprimento da decisão judicial, imposta solidariamente.

(Apelação/Remessa Necessária 5005587-72.2015.404.7200, Rel. Des. Federal Fernando Quadros da Silva, 3ª Turma, por maioria (art. 942 do CPC)., julg. em 2.8.2016).

Com efeito, nota-se que é necessário demonstrar a excepcionalidade do caso, em especial pelo esgotamento dos tratamentos que são disponibilizados no Sistema Único de Saúde, além de ser imprescindível demonstrar a gravidade dos sintomas do requerente.

3.2.1 Projetos de Leis

Ademais, visando analisar quais são os possíveis caminhos adotados pelo Brasil na regulamentação da *cannabis* medicinal, foi realizado um mapeamento dos Projetos de Lei (PL) que estão disponíveis no Portal da Câmara dos Deputados.

Assim, verifica-se 13 (treze) resultados. Ressalta-se que para uma análise criteriosa dos Projetos de Leis foi adotado quatro parâmetros: “O projeto refere-se a Cannabis medicinal?; A disponibilização da Cannabis medicinal se daria através de fármacos fabricados pela indústria farmacêutica?; Fármacos produzidos por associações? Ou então, seria o acesso à Cannabis assegurado pelo autocultivo?”. Veja-se os resultados:

Tabela 1 – Projetos de Leis

PROJETO DE LEI	EMENTA	AUTOR/ANO	ESTÁGIO DE ANDAMENTO
PL 399/2015	Altera o art. 2º da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para viabilizar a comercialização de medicamentos que contenham extratos, substratos ou partes da planta Cannabis sativa em sua formulação.	Fábio Mitidieri - PSD/SE 2015	Aguardando Parecer do Relator na Comissão Especial
PL 7869/2014	Acrescenta § 2º ao art. 2º da Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, para permitir a importação excepcional de fármacos sem registro no país.	Eliene Lima - PSD/MT 2014	Arquivado
PL 7187/2014	Dispõe sobre o controle, a plantação, o cultivo, a colheita, a produção, a aquisição, o armazenamento, a comercialização e a distribuição de maconha (cannabis sativa) e seus derivados, e dá outras providências.	Eurico Júnior - PV/RJ 2014	Aguardando Criação de Comissão Temporária pela MESA.
PI 7270/2014	Regula a produção, a industrialização e a comercialização de Cannabis, derivados e produtos de Cannabis, dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, cria o Conselho Nacional de Assessoria, Pesquisa e Avaliação para as Políticas sobre Drogas, altera as leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 8.072,	Jean Wyllys - PSOL/RJ 2014	Tramitando em Conjunto com PL-7187/2014

	de 25 de julho de 1990, e 9.294, de 15 de julho de 1999 e dá outras providências		
PL 1133/2019	Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional - LDB, para incluir no currículo escolar o tema "conscientização sobre os malefícios da maconha"	Pastor Eurico - PATRI/PE 2019	Tramitando em conjunto com o PL 434/1999
PL 4565/2019	Atualiza a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, e dá outras providências.	Alexandre Padilha - PT/SP 2019	Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
PL 4848/2016	Altera a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 - Código de Trânsito Brasileiro, e dá outras providências.	José Augusto Curvo - PSD/MT 2016	Arquivado
PL 5006/2013	Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, dando nova redação aos arts. 165, 262, 276, 277 e 306, com a finalidade estender os efeitos dos dispositivos aos condutores de veículos automotores que venham a dirigir sob o efeito de substâncias que alterem a capacidade cognitiva, motora e sensitiva e cuja produção, comercialização e consumo sejam vedados por lei	Onyx Lorenzoni - DEM/RS 2013	Arquivado
PL 6475/2019	Altera a Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, para estabelecer percentual mínimo destinado aos agricultores familiares ou empreendedores familiares rurais que atendam ao disposto no art. 3º da Lei nº 11.326, de 24 de julho de 2006, em caso de autorização para o plantio, a colheita, dos vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas	João Daniel - PT/SE 2019	Tramitando em conjunto com o PL 7187/2014
PL 10549/2018	Disciplina o controle, a fiscalização e a regulamentação do uso da "cannabis" e de seus derivados e dá outras providências.	Paulo Teixeira - PT/SP 2018	Tramitando em conjunto com o PL 7270/2014
PL 158/2015	Altera a Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad;	Roberto de Lucena - PV/SP 2015	Tramitando em conjunto com o PL 7187/2014

	prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências [...]		
PL 4803/2016	Modifica o § 4º do artigo 33 da Lei 11.343, de 23 agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas [...]	Laudivio Carvalho - SD/MG 2016	Tramitando em conjunto com o PL 3635/2015
PL 897/2011	Proíbe, em todo território nacional, a comercialização e uso da substância salvinorina e da planta da qual pode ser extraída, da espécie <i>Salvia divinorum</i> .	George Hilton - PRB/MG 2011	Arquivado

Fonte: elaboração própria (2020).

Entretanto, dos 13 (treze) projetos de leis, 4 (quatro) estão arquivados. Dentre os 9 (nove) projetos de leis restantes, verifica-se que o Projeto de Lei nº 399 de 2015, está sob intenso debate na Câmara dos Deputados, possuindo uma chance real de ser aprovado. Mesmo não abordando o auto cultivo da *cannabis sativas*, esse Projeto de Lei representa um avanço legislativo para o tema, podendo vir a ser, no Brasil, a primeira legislação sobre o uso medicinal da planta, com a inclusão da *cannabis* medicinal na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) e através das Farmácias Vivas do Sistema Único de Saúde.

3.2 ACESSO AOS MEDICAMENTOS COM COMPOSIÇÃO DE CANNABIS SATIVA NO BRASIL

Para ter acesso aos medicamentos que são compostos pela *cannabis sativa*, no Brasil, há algumas opções existentes, tais como:

1- A compra no Brasil, em farmácias que vendam medicamento disponível a alto custo no mercado brasileiro;

2- Adquirir de Associações que produzem o óleo de CBD e possuem autorização judicial para tal. Algumas associações de pacientes e seus familiares, munidas de Habeas Corpus coletivos, plantam e distribuem para pacientes os óleos que são produzidos em suas instalações. Entretanto, dadas as limitações de produção e alta demanda, nem todos os pacientes podem ser atendidos com a velocidade que deveriam.

3- Importação de medicamento canábico por conta própria, arcando com os custos, visto que em mais de 40 países essa é uma medicina já utilizada e viável (COLLUCCI & FRANÇA, 2019). Porém, é preciso força e paciência para não sucumbir ao excesso de burocracia para importação (trâmites da ANVISA), além do alto custo do produto e possibilidade de maior tempo de espera.

3.1 - Importação de medicamento canábico ao acessar o judiciário e demandar a importação de tais fármacos se cumpridos os critérios estabelecidos pelo STJ: necessidade, imprescindibilidade e hipossuficiência. Apesar de não registrados na ANVISA, por serem estrangeiros ao mercado nacional, comprovada sua eficácia, anexados prescrição médica, relatório médico e um termo de responsabilidade, é possível solicitar sua importação para tratamento.

4 - Impetrar um Habeas Corpus na Justiça, solicitando ao Estado o direito de elaborar em casa seu próprio medicamento, derivado da extração do óleo de CBD e/ou THC da planta. Para não serem considerados usuários ou traficantes, se abordados, muitos pacientes e seus familiares optam por essa via. Nesses casos, o Habeas Corpus age, literalmente, como o melhor remédio constitucional.

Se todas as alternativas mencionadas anteriormente forem descartadas, é necessário verificar se não enquadrada na vigente Lei de Drogas, Lei nº 11.343 de 2006, ou seja, pode acabar se enquadrando no porte, uso, ou plantio de *cannabis sativa*.

Nesse sentido, alguns medicamentos canábicos produzidos pelas indústrias farmacêuticas acabam não atingindo os efeitos desejados, ou, por vezes, trazem muito mais efeitos colaterais do que os benefícios quando comparados aos óleos produzidos artesanalmente (PAMPLONA, 2018).

3.3 A ASOCIACIÓN PARAGUAYA DE APOYO A CANNABIS MEDICINAL (APACAM)

A Asociación Paraguaya de Apoyo a Cannabis Medicinal é uma associação sem fins lucrativos, cujo objetivo é a pesquisa e promoção de terapias alternativas

destinadas ao alívio do sofrimento humano, bem como colaborar e assessorar, na concepção de políticas públicas que promovam o bem-estar físico e espiritualidade das pessoas.

A associação distribui gratuitamente mais de 500 (quinhentos) óleos de *cannabis* para família em Pedro Juan Caballero, inclusive, fornecendo esses medicamentos para toda a região da fronteira, incluindo moradores de Ponta Porã – MS.

3.3.1 Entrevista com Sandro Saul Sanchez Benitez, diretor e fundador da Asociación Paraguaya de Apoyo a Cannabis Medicinal (APACAM)

No dia 19 de outubro de 2021, Sandro Saul Sanchez Benitez, diretor e fundador da APACAM (Asociación Paraguay de Apoyo a Cannabis Medicinal) e também estudante de medicina, me recebeu em sua associação no país vizinho pra tratarmos de assuntos relacionados às atividades exercidas pela associação em formato de entrevista, para ser documentado no presente trabalho de pesquisa.

Com mais de 2.500 (dois mil e quinhentos) pacientes associados, entre eles epiléticos, portadores de diabetes, hipertensão, glaucoma e pessoas que fazem tratamento com quimioterapia, a APACAM surgiu na Universidad Central del Paraguay em 2019, através de seu idealizador e fundador Sandro Benitez com apoio do Dr. Elizaldo de Araújo Carlim (Unifesp), respeitável pesquisador da Cannabis¹, e o religioso Antônio Luiz Marchioni, Padre Ticão (Zona Leste de São Paulo), conhecido pelos trabalhos sociais na capital paulista.

A associação se desenvolveu com base na Ley nº 6.007/17³ e Decreto nº 9.303/18 da legislação paraguaia, que trata da regulamentação do cultivo de Cannabis Sativa para fins medicinais no País. A normativa estabelece em seu art. 2º, inciso C, que o Programa Nacional para o Estudo e pesquisas médicas e científicas do uso medicinal da planta cannabis sativa e seus derivados deve garantir o acesso gratuito ao óleo de cannabis e demais derivados a todas as pessoas que se enquadrem nos requisitos.

O diretor Sandro Benitez viu a necessidade da população fronteiriça em ter acesso a este medicamento, fazendo cumprir as leis como cidadão, tendo em vista que o sistema de saúde paraguaio se encontra muito precário. No mês de julho de

2021, a APACAM entregou o óleo e pomadas de cannabis gratuitamente a mais de 500 (quinhentas) famílias em Pedro Juan Caballero.

É cedo e muito falado sobre os benefícios da planta da cannabis, entretanto questionei Sandro a respeito dos efeitos colaterais deste medicamento, e o mesmo explicou que todo medicamento possui efeitos colaterais mediante a dose utilizada. Segundo ele, é possível observar resultados positivos em pacientes com diversas patologias citadas anteriormente, com apenas 3 gotas do medicamento ministradas via oral, sublingual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto *alhures*, a possibilidade de obter de medicamentos derivados da cannabis sativa é uma realidade em mais de 40 (quarenta) países, sendo uma alternativa segura, pelos apresentados estudos científicos, podendo ser utilizada nas mais diversas patologias.

Em suma, a *cannabis sativa*, mesmo no século XXI, ainda é incompreendida, em especial as suas propriedades e os seus potencialidades medicinais, tanto pelo poder público, que dificulta o acesso daqueles que necessitam dela, quanto pela sociedade brasileira, que ainda acredita na crença de que a planta é a responsável por uma série de complicações na vida do indivíduo, sendo a suposta porta de entrada para drogas mais pesadas, sem saber uma série de benefícios cientificamente comprovados.

Ademais, a pesquisa verificou que a *cannabis sativa* sempre foi utilizada na história da humanidade e isso se deve as fibras do caule dessa planta que são duráveis e fortes, tendo sido utilizadas na fabricação de papeis, cordas, tecidos e fios utilizados na confecção de roupas. As sementes dessa planta são extraídas o óleo que são utilizados na produção de sabão, cosméticos, tintas e óleo comestível também.

Entretanto, no Brasil, a *cannabis sativa* foi associada, predominantemente, aos negros. Do mesmo modo como nos Estados Unidos da América, em que o ideal de supremacia branca culminada com uma política racista criou a política estatal brasileira anti-drogas.

Mas, independentemente da história e dessa associação da *cannabis sativa* com o preconceito racial, é necessário assegurar o acesso aos medicamentos à base de *cannabis sativa* para quem dele necessita é assegurado pelo princípio da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde, uma vez que o motivo central da existência estatal é justamente para assegurar o bem-estar coletivo e individual. Assim, a efetivação dos direitos e das garantias fundamentais é a forma pela qual o Estado manifesta aos cidadãos o motivo para existir e as suas conseqüentes obrigações.

Por fim, verifica-se que o Projeto de Lei nº 399 de 2015, está sob intenso debate na Câmara dos Deputados, possuindo uma chance real de ser aprovado. Mesmo não abordando o auto cultivo da *cannabis sativas*, esse Projeto de Lei representa um avanço legislativo para o tema, podendo vir a ser, no Brasil, a primeira legislação sobre o uso medicinal da planta, com a inclusão da *cannabis* medicinal na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) e através das Farmácias Vivas do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMA+ME. Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal. **Cannabis Medicinal Hoje**. Disponível em: <<https://amame.org.br/cannabis-medicinal-hoje/>>. Acesso em: 20 de novembro de 2021.

ARAN, Adi & CASSUTO, Hanoch & LUBOTZKY, Asael. **Cannabidiol Based Medical Cannabis in Children with Autism- a Retrospective Feasibility Study (P3.318)**. Neurology Apr 2018, 90 (15 Supplement). Disponível em: <https://n.neurology.org/content/90/15_Supplement/P3.318>. Acesso em: 20 de novembro de 2021.

ALMEIDA, Darlan Castro; KRAYCHETE, Durval Campos. **Low back pain - a diagnostic approach**. Rev. dor, São Paulo , v. 18, n. 2, p. 173-177

ALMEIDA, Silvio. **Racismo Estrutural**. Feminismos Plurais. Pólen Livros; 1ª Edição, 30 abril 2019.

ALVES, Antônio José; ALENCAR, João Rui Barbosa de. **Delta-9-tetrahydrocannabinol: terapêutica, produção e controle - uma revisão bibliográfica**. Pharmaceutical Technology, Recife, p.39-42, fev. 1999

ANVISA. GERÊNCIA GERAL DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS BIOLÓGICOS. **Gerência de Medicamentos Específicos, Fitoterápicos, Dinamizados, Notificados e Gases Medicinais. Produtos de Cannabis, Perguntas e Respostas**. Assunto: Autorização sanitária de Produtos de Cannabis. 1ª edição Brasília, 09 de março de 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/arquivos-noticias-anvisa/895json-file-1>>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

ANCHIETA, Hospital. **Mais de 30% da População Convive Com Dor Crônica no Brasil**. 21 de junho de 2019. Disponível em: <<http://www.hospitalanchieta.com.br/mais-de-30-dapopulacao-convive-com-dor-cronica-nobrasil/#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20Sociedade,seja%2C%20uma%20em%20c%20ada%20sete>>. Acesso em: 19 de novembro de 2021.

AYURVEDA. **Entenda o que é a Ayurveda.** Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/ayurveda/>>. Acesso em: 20 de novembro de 2021. AZEVEDO, Camila Feltrin. **O acesso legal à cannabis medicinal no Brasil: um direito fundamental. 2020.** Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/218880/O%20Acesso%20Legal%20%C3%A0%20Cannabis%20Medicinal%20vers%C3%A3o%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 18 de novembro de 2021.

AWAD, Fad. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.** Revista Justiça do Direito, v. 21, n. 1, 4 jan. 2012.

BARROS, André e PERES, Marta. **Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas.** Revista Periferia, Rio de Janeiro, Volume 3, Número 2.

BARROSO, Luís Roberto. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação.** Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010.

BLÁZQUEZ, González-Feria, Alvarez, A, Casanova, & Guzmán. **Cannabinoids inhibit the vascular endothelial growth factor pathway in gliomas.** 2004.

BRASIL, Ministério da Justiça e Segurança Pública, Governo Federal. **Resolução n. 1, de 25 de janeiro de 2010.** Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicassobre-drogas/conad/conteudo/res-n-1-25-1-2010.pdf/view>>. Acesso em: 18 de novembro de 2021.

BRASIL, LEI Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

BRASIL, Superior Tribunal de Justiça. JusBrasil, **Judicialização da saúde coloca ao STJ o desafio de ponderar demandas individuais e coletivas**. 2001. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/218880/O%20Acesso%20Legal%20%C3%A0%20Cannabis%20Medicinal%20vers%C3%A3o%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 18 de novembro de 2021.

BRASIL. **Decreto nº 20.930, de 11 de Janeiro de 1932**. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20930-11-janeiro-1932-498374-publicacaooriginal-81616-pe.html>> Acesso em: 15 de novembro de 2021.

BRASIL, Ministério Da Saúde, **Secretaria de Vigilância em Saúde, PORTARIA Nº 344, DE 12 DE MAIO DE 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html>. Acesso em: 18 de novembro de 2021.

BRASIL, 2020. Senado. **Em Discussão, História do combate às drogas no Brasil**. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/iniciativas-do-governo-no-combate-as-drogas/historia-do-combate-as-drogas-no-brasil.aspx>> Acesso em: 15 de novembro de 2021.

BRASIL, **Decreto nº 79.288 de 1977**. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-79388-14-marco-1977-428455-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

BRASIL. **Lei no 5.991, de 17 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5991.htm>. Acesso em: 18 de novembro de 2021.

BRASIL,.Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 1, de 17 de Janeiro de 2012. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 jan., 2012. Seção 1.

BRASIL, Superior Tribunal de Justiça, Notícias. **Recurso Repetitivo. Primeira Seção define requisitos para fornecimento de remédios fora da lista do SUS.** 25 de Abril de 2018. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias-antigas/2018/2018-04-25_12-20_Primeira-Secao-define-requisitos-para-fornecimento-de-remedios-fora-da-lista-do-SUS.aspx> Acesso em: 18 de novembro de 2021.

BRASIL, 1988. **Constituição Federal.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 18 de novembro de 2021.

BURGIERMAN, Denis Russo. **O fim da guerra: a maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas.** Leya, 2011.F

CARVALHO, Salo de. **A Política Criminal de Drogas no Brasil.** Rio de Janeiro: Luam, 1997.

CNJ, **Conselho Nacional de Justiça.** O encarceramento tem cor, diz especialista. 9 de julho de 2020. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/o-encarceramento-tem-cor-diz-especialista/>>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

CARLINI, Elisaldo Araújo. **A história da maconha no Brasil.** São Paulo: Cebrid, 2005.

COSTA, Rogério de Souza; GONTIÈS, Bernard. **Maconha: Aspectos farmacológicos, históricos e antropológicos.** ed. Unipê, Paraíba, V. 1, 1997.

CARLINI, E. A. **A história da maconha no Brasil.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 55, n.4:, 2005

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Legislação Informatizada - DECRETO Nº 54.216, DE 27 DE AGOSTO DE 1964** - Publicação Original. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-54216-27-agosto-1964-394342-publicacaooriginal-1-pe.html>> . Acesso em: 15 de novembro de 2021.

Colegiada. RESOLUÇÃO - 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.** 27/01/2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-335-de-24-de-janeiro-de-2020-239866072>>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

CEBRID, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas Departamento de Psicobiologia da Unifesp Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. **Livreto Informativo Sobre Drogas Psicotrópicas**, 2014. Disponível em:<<https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/12/Livreto-Informativo-sobreDrogas-Psicotr%C3%B3picas.pdf>>. Acesso em: 20 de novembro de 2021.

CFF, Conselho Federal De Farmácia. **Parecer nº 00024/2019-CTC/CFF. Brasília-DF, 8 de agosto de 2019.** Disponível em:<https://www.cff.org.br/userfiles/PTC%20CEBRIM%20CFF%2009_08_2019%20marca%20dagua.pdf> Acesso em: 18 de novembro de 2021.

CEBRID, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas. **Boletim 69.** 2012. Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/12/Livreto-Informativo-sobre-Drogas-Psicotr%C3%B3picas.pdf>. Acesso em: 18 de novembro de 2021.

DIAS, Diogo Lopes. **Compostos orgânicos.** Online Editora, 2017. Disponível em: <<http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/quimica/fenol-thc.htm>>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

DIAS, Fabrício. **OPINIÃO. A (in)adequação do HC no direito ao cultivo da cannabis medicinal.** 25 de setembro de 2020. Disponível em:

<https://www.conjur.com.br/2020-set-25/fabricio-dias-inadequacao-hc-direito-cultivocannabis>.> Acesso em: 20 de novembro de 2021.

DIMOULIS, Dimitri. **Teoria geral dos direitos fundamentais** / Dimitri Dimoulis, Leonardo Martins. – 5. ed. rev., atual. e ampl. – São Paulo: Atlas, 2014. Bibliografia. ISBN 978-85- 224-8721-9.

FIOCRUZ. **Fundação Oswaldo Cruz. Medicamentos da Biodiversidade.** Disponível em: <https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/medicamentos-da-biodiversidade/medicamentos_da_biodiversidade.html>. Acesso em: 20 de novembro de 2021.

FRANÇA, Jean Marcel Carvalho. **História da maconha no Brasil.** São Paulo: Três Estrelas, 2015.

GOULART, Sandra Lucia. **A política das religiões ayahuasqueiras brasileiras: droga, religião e direitos.** Relig. soc., Rio de Janeiro , v. 39, n. 2, p. 200-221, Aug. 2019 .

HABIB, George, et al. **Medical Cannabis for the Treatment of Fibromyalgia.** JCR: Journal of Clinical Rheumatology: August 2018 – Volume 24 – Issue 5 – p 255–258. doi: 10.1097/RHU.0000000000000702.

HENMAN, Anthony. Pessoa Jr, Osvaldo. Diamba Sarabamba. **Coletânea de textos brasileiros sobre a maconha.** São Paulo: Ground, 1986.

HONORIO, Kathia Maria, **O show da Química: motivando o interesse científico,** ed. Química Nova, 2006.

INCB. **International Narcotics Control Board, Monitoring and Supporting Governments' Compliance with the International Drug Control Treaties, Psychotropic Substances.** Disponível em: <<https://www.incb.org/incb/en/psychotropics/index.html>>. Acesso em: 18 de novembro de 2021.

KARAM, Maria Lúcia. **Proibição às drogas e violação a direitos fundamentais. Revista Brasileira de Estudos Constitucionais [recurso eletrônico]**. Belo Horizonte, v. 7, n. 25, jan./abr. 2013.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**, LISBOA: Edições 70 Ltda., 2004

LABATE, Beatriz Caiuby. **A reinvenção do uso da ayahausca nos centros urbanos**. Campinas, SP: Mercado das Letras, São Paulo, SP: Fapesp, 2004.

LUXEMBURG, Le Gouvernement du Grand-Duché de, **Single Window for Logistics Luxemburg. Narcotics & Psychotropics**. 2018. Disponível em: <<https://logistics.public.lu/en/formalities-procedures/type-goods/health-products/narcotics-psychotropics.html>>. Acesso em: 18 de novembro de 2021.

LEE, J., Bertoglio, L. J., Guimarães, F. S., & Stevenson, C. W. (2017). **Cannabidiol regulation of emotion and emotional memory processing: relevance for treating anxietyrelated and substance abuse disorders**. British journal of pharmacology, 174(19), 3242–3256. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/bph.13724>>. Acesso em: 20 de novembro de 2021.

LEITE, Ivan Corrêa; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. **Judicialização da saúde: aspectos legais e impactos orçamentários**. In: Argum., Vitória, v. 10, n. 1, p. 102-117.

MACHADO, Leandro; SOUZA, Felipe. **A 'legalização silenciosa' da maconha medicinal no Brasil. 2020**. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53589585>>. Acesso em: 22 de novembro de 2021.

MATTA, Gustavo Côrrea. **Princípios e diretrizes do sistema único de saúde**. In: **Matta GC. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 61-80.

MECHOULAM, Hanu L. **The cannabinoids: an overview. Therapeutic implications in vomiting and nausea after cancer chemotherapy, in appetite promotion, in**

multiple sclerosis and in neuroprotection. Pain Res Manag. 2001 Summer;6(2):67-73. doi: 10.1155/2001/183057. PMID: 11854768.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa.** São Paulo: Melhoramentos. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?id=ZNzEx>>. Acesso em: 18 de novembro de 2021.

MELO, João Ozorio de. **AVANÇO DA CANNABIS. Só três estados dos EUA proíbem uso medicinal ou recreacional da maconha.** 6 de julho de 2019. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2019-jul-06/tres-estados-eua-proibem-algum-uso-maconha>>. Acesso em: 18 de novembro de 2021.

MORAES, Alexandre de. **Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional.** São Paulo: Atlas, 2002. P

MORE, Sandeep Vasant, CHOI, Dong-Kug.. **Promising cannabinoid-based therapies for Parkinson's disease: motor symptoms to neuroprotection.** Mol Neurodegener. 2015;10:17. Published 2015 Apr 8. doi:10.1186/s13024-015-0012-0.

NAHAS, Gabriel. **A maconha ou a vida.** VOL 1, ed. Nordica, 1985.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde.** Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: <https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. Acesso em: 18 de novembro de 2021.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006.** Disponível em espanhol em: <https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. Acesso em: 20 de novembro de 2021.

ONU, Organização das Nações Unidas. **Consumo de drogas.** 2016. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/>>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

PACIEVITCH, Thais. **Reino Plantae (Plantas), Cannabis Sativa**. 2010. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/plantas/Cannabis-Sativa/>> Acesso em: 15 de novembro de 2021.

PAMPLONA, F. A., DA SILVA L. R., & COAN, A. C. **Potential Clinical Benefits of CBD Rich Cannabis Extracts Over Purified CBD in Treatment-Resistant Epilepsy: Observational Data Meta-analysis**. 2018. *Frontiers in neurology*, 9, 759.

PEDRINHA, Roberta Duboc. **Notas sobre a política criminal de drogas no brasil: elementos para uma reflexão crítica**. Disponível em: <http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/salvador/roberta_duboc_pedrinha.pdf> Acesso em: 15 de novembro de 2021.

PISANTI, Simona, et al. **Cannabidiol: State of the art and new challenges for therapeutic applications, Pharmacology & Therapeutics**. 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/314080489_Cannabidiol_State_of_the_art> . Acesso em: 15 de novembro de 2021.

PONTES R., Lauro. **Maconha Terapêutica - Controvérsias, Versos e Vivências**. 2019. 184 p. Gramma Livraria e Editora.

RAMINELLI, Francieli Puntel e OLIVEIRA, Rafael Santos de. **O Acesso ao Medicamento como Direito Fundamental ao Cidadão Hipossuficiente**. XXI Encontro Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI), junho de 2012, págs 10179 - 10208. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=77369e37b2aa1404#:~:text=Assim%2C%20quando%20a%20sa%C3%BAde%20j%C3%A1,um%20n%C3%BAmero%20limitado%20de%20f%C3%A1rmacos>> Acesso em: 18 de novembro de 2021.

RODRIGUES, Luciana Boiteux de Figueiredo. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade**. / Luciana Boiteux de Figueiredo Rodrigues; orientador Prof. Dr. Sergio Salomão Shecaira -- São Paulo, 2006. 273 f. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Direito. Área de Concentração: Direito Penal, Medicina Legal e Criminologia) – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo

SANTA CANNABIS, **Pacientes com Alzheimer e depressão ganham direito ao plantio de Cannabis medicinal**. 15 de mai. de 2020. Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=XdqGCg0rJC8&list=PLONzhubKsuyexiBMjPBCYMdhZF3Is1DWP&index=5>>. Acesso em: 20 de novembro de 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**, Porto Alegre: Livr. do Advogado Ed., 1998

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Algumas Considerações Sobre o Direito Fundamental à Proteção e Promoção da Saúde aos 20 Anos da Constituição Federal de 1988**. Publicado Originariamente em Revista do Direito do Consumidor n. 67, jul/set. 2008, p.125-172

SANTOS, Fabiana Lima dos. **“Índio não usa droga, ele usa medicina”: a criminalização da circulação da ayahuasca indígena/ Fabiana Lima dos Santos – Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, 2018. 166 f.: il. Orientadora: Joseane Paiva Macedo Brandão Dissertação (Mestrado) – Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, Mestrado Profissional em Preservação do Patrimônio Cultural, Rio de Janeiro, 2018.**

SCHIER, Alexandre R. de Mello & RIBEIRO, Natalia P. de Oliveira & COUTINHO Danielle S., MACHADO Sergio & CRIPPA, José Arias-Carrión & ZUARDI, Antonio W & NARDI, Antonio & SILVA, Adriana C. **Antidepressant-like and anxiolytic-like effects of cannabidiol: a chemical compound of Cannabis sativa**. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2014;13(6):953-60. doi: 10.2174/1871527313666140612114838. PMID: 24923339

SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual Sobre à Constituição**. 6ª Ed. Atualizada até a emenda constitucional 57/2008. São Paulo. Malheiros. 2019.

SOUSA, Rafael da Cruz; BATISTA, Francisco Eduardo Bastos, **Política Pública de Saúde no Brasil: História e perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS**. VII CONNEPI, Palmas, 2012

TEIXEIRA, Amandio Luís de Almeida. **Adolescentes e drogas**. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/110087/000952220.pdf?seque>>

Acesso em: 15 de novembro de 2021.

TAKATORI, Jinx. **Medicinal plants of Japan**. ed. Hirokawa Publishing Company, Tóquio, Japão, 1996.

TUPPER, K.W. (2002). **Entheogens and existential intelligence: The use of plant teachers as cognitive tools**. *Canadian Journal of Education*. 27(4),499-516. Traduzido por Mauro Sá Rego Costa, com a autorização do Canadian Journal of Education.

UNODC. **Single convention on narcotic drugs, 1961, as amended by the 1972 protocol amending the single convention on narcotic drugs, 1961**. Disponível em: <https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf>. Acesso em: 18 de novembro de 2021.

VENTURA, Miriam et al . **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde**. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010 . A

WILLOUGHBY, W. W. **Opium as an international problem: the Geneva Conferences**. Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1925, p. 344-345.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Index of world pharmacopoeias and pharmacopoeial authorities**. Disponível em: <https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/resources/index-of-pharmacopoeias_may_2019.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 de novembro de 2021.

WHO, World Health Organization. Annex 1- **Extract from the Report of the 41st Expert Committee on Drug Dependence: Cannabis and cannabis-related substances**. Disponível em: <https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Annex_1_41_ECDD_recommendations_cannabis_22Jan19.pdf>. Acesso em: 20 de novembro de 2021.

ZUARDI, Antonio Waldo. **History of Cannabis as a medicine: a review**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 28, São Paulo, 2005.