



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E
ARTES - CCHLA
NÚCLEO DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS,
CIDADANIA E POLÍTICAS PÚBLICAS - PPGDH

WENDEL ALVES SALES MACEDO

DIREITO HUMANO À SAÚDE E USO TERAPÊUTICO DA *CANNABIS*: UM
ESTUDO DE CASO DA LIGA CANÁBICA PARAIBANA

JOÃO PESSOA-PB

2018

WENDEL ALVES SALES MACEDO

**DIREITO HUMANO À SAÚDE E USO TERAPÊUTICO DA CANNABIS: UM ESTUDO
DE CASO DA LIGA CANÁBICA PARAIBANA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da Universidade Federal da Paraíba (PPGDH/UFPB), como requisito para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Direitos Humanos e Democracia: teoria, história e política

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Barbosa de Mesquita Batista

JOÃO PESSOA-PB

2018

M141d Macedo, Wendel Alves Sales.

Direito humano à saúde e uso terapêutico da cannabis: um estudo de caso da Liga Canábica Paraibana / Wendel Alves Sales Macedo. - João Pessoa, 2018.
173 f.

Orientação: Gustavo Barbosa de Mesquita Batista.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Cannabis Medicinal/Terapêutica. 2. Direitos Humanos.
3. Liga Canábica Paraibana. 4. Saúde. 5. Vida. I. Barbosa de Mesquita Batista, Gustavo. II. Título.

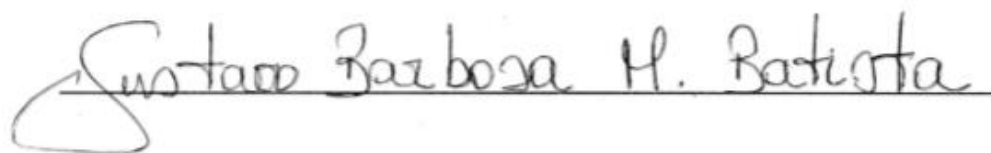
UFPB/CCJ

WENDEL ALVES SALES MACEDO

**DIREITO HUMANO À SAÚDE E USO TERAPÊUTICO DA CANNABIS: UM
ESTUDO DE CASO DA LIGA CANÁBICA PARAIBANA**

Trabalho aprovado em: 16/08/2018.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Gustavo Barbosa de Mesquita Batista (Orientador - PPGDH/UFPB)



Profª. Drª. Katy Lísias Gondim Dias de Albuquerque (Examinadora Externo –
(UFPB)

Prof. Dr. Luciano do Nascimento Silva (Examinador Interno – PPGDH/UFPB)

JOÃO PESSOA-PB

2018

Dedico a Deus; a minha mãe, Maria Lúcia Alves da Silva; ao meu pai, Edmilson Sales de Macedo; ao meu tio, José Sales de Macedo; a minha tia, Francisca Gomes Macedo; ao meu tio, Djalma Sales de Macedo; a minha tia, Lourdes Sales de Macedo; a minha irmã, Luciana Alves de Macedo; ao meu irmão gêmeo, Willian Alves Sales de Macedo; ao meu primo, Jeneses Marcolino Gomes Junior; ao meu primo, Ericleiton Gomes de Macedo; a minha prima, Leidyjane Gomes de Macedo; a minha sobrinha, Leylliane Kelly Macêdo de Arruda; a minha sobrinha, Leidyane Kethly Macedo de Arruda; aos integrantes da Liga Canábica Paraibana; e ao meu professor e orientador da UFPB, Doutor Gustavo Barbosa de Mesquita Batista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus familiares, amigos e professores.

Agradeço aos meus amigos e professores do presente mestrado.

Agradeço pelo investimento (bolsa de estudo) da FAPESQ-PB e da CAPES.

Agradeço ao meu orientador, aos integrantes da Banca de Defesa da Dissertação e aos membros da Liga Canábica Paraibana.

Em especial, agradeço a minha mãe Maria Lúcia Alves da Silva e ao meu pai Edmilson Sales de Macedo.

RESUMO

O presente trabalho aborda sobre o direito humano à saúde pelo uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* no Brasil. Trata-se de um estudo de caso da Liga Canábica Paraibana/Brasil. O objetivo geral do trabalho consiste em tratar o acesso ao uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* para todas as pessoas no Brasil como uma questão de direito humano à saúde. Com relação à metodologia de trabalho, foi realizada uma ampla revisão bibliográfica, embasadas em autores como: Ordacgy (2009); Barros e Peres (2011); Albuquerque (2017); e Oliveira (2016). Os métodos são dedutivo e qualitativo. Foram estabelecidas categorias de análise, tais como Direito à Saúde como Direito Humano; Acesso aos remédios como elemento do Direito à Saúde e, por fim, acesso à Maconha Medicinal como Direito Humano de Acesso a remédio e autonomia do tratamento, permitindo com base nelas produzir um estudo de caso da Liga Canábica paraibana, pela observação das suas ações e entrevistas de alguns dos seus membros. São analisados na presente pesquisa autores, legislação e ações judiciais que tratam sobre a *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos. Para saber sobre a trajetória da Liga Canábica Paraibana foi necessário realizar uma pesquisa de campo para entrevistar dois integrantes dessa associação sem fins lucrativos. Essas pessoas são usuários da maconha para fins medicinais/terapêuticos e vem lutando há anos por uma regulamentação desse uso no Brasil. Quanto ao problema da pesquisa, há uma necessidade por parte das pessoas vulneráveis - doentes e enfermos - para com o uso medicinal/terapêutico da maconha no nosso país. Nesse sentido, indaga-se: como deve ser tratado o direito humano à saúde pelo uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* para as pessoas que comprovarem a necessidade para o uso no Brasil? Justifica-se a pesquisa pela necessidade de estudo específico interdisciplinar sobre essa temática no Brasil. Estudar sobre a maconha no Brasil é controverso e por isso é necessário estabelecer um diálogo com a coletividade para com uma mudança cultural. A Paraíba é pioneira quando o assunto é uso terapêutico/medicinal da *Cannabis* e a UFPB é uma instituição que vem abrindo espaço para a pesquisa, a informação e reflexão sobre o uso dessa planta. É necessário que haja esse estudo interdisciplinar para que as pessoas conheçam sobre as dificuldades que vários brasileiros estão tendo para com o acesso aos remédios derivados dessa planta. A luta, atualmente, é pela efetividade do direito humano à saúde pelo uso da *Cannabis*, nessa perspectiva, a pesquisa sobre esse uso é relevante para a sociedade, para o Programa de Mestrado e para o desenvolvimento da pesquisa sobre esse polêmico tema. Então, deve haver uma desconstrução do equivocado proibicionismo da *Cannabis* para fins terapêuticos/medicinais e deve haver uma humanização do olhar sobre os benefícios medicinais/terapêuticos dessa planta no Estado Democrático de Direito.

PALAVRAS-CHAVE: *Cannabis* Medicinal/Terapêutica; Direitos Humanos; Liga Canábica Paraibana; Saúde; Vida.

ABSTRAT

The present work deals with the human right to health by the medicinal / therapeutic use of *Cannabis* in Brazil. This is a case study of the Canábica Paraibana / Brazil League. The general objective of the work is to treat access to the medicinal / therapeutic use of *Cannabis* for all people in Brazil as a human right to health issue. Regarding the methodology of work, a broad bibliographical review was carried out, based on authors such as: Ordacgy (2009); Barros and Peres (2011); Albuquerque (2017); and Oliveira (2016). The methods are deductive and qualitative. Categories of analysis were established, such as the Right to Health as a Human Right; Access to medicines as an element of the Right to Health and, finally, access to Medicinal Marijuana as a Human Right of Access to remedy and autonomy of treatment, allowing on the basis of them to produce a case study of the Paraiba *Cannabis* League, by observing their actions and interviews of some of its members. In this research are analyzed authors, legislation and lawsuits dealing with *Cannabis* for medicinal / therapeutic purposes. To know about the trajectory of the Canábica Paraibana League, it was necessary to conduct a field survey to interview two members of this non-profit association. These people are marijuana users for medical / therapeutic purposes and have been struggling for years to regulate this use in Brazil. As for the research problem, there is a need on the part of vulnerable people - sick and infirm - for the medical / therapeutic use of marijuana in our country. In this sense, we ask: how should the human right to health be treated by the medicinal / therapeutic use of *Cannabis* for those who prove the need for use in Brazil? The research is justified by the need for a specific interdisciplinary study on this subject in Brazil. Studying about marijuana in Brazil is controversial and therefore it is necessary to establish a dialogue with the community for a cultural change. Paraíba is a pioneer when it comes to the therapeutic / medicinal use of *Cannabis* and the UFPB is an institution that has opened space for research, information and reflection on the use of this plant. It is necessary that there be this interdisciplinary study so that the people know about the difficulties that several Brazilians are having for the access to the remedies derived from this plant. The current struggle is for the effectiveness of the human right to health through the use of *Cannabis*, in this perspective, research on this use is relevant to society, to the Master Program and to the development of research on this controversial topic. Then there must be a deconstruction of the misdemeanor prohibition of *Cannabis* for therapeutic / medicinal purposes and there must be a humanization of the look on the medicinal / therapeutic benefits of this plant in the Democratic State of Law.

KEY-WORDS: *Cannabis* Medicinal/Therapeutics; Human rights; Canábica Paraibana League; Cheers; Life.

SIGLAS

ABRACE - Associação Brasileira de Apoio *Cannabis* Esperança

CBD – Canabidiol

OMS – Organização Mundial de Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

THC – Tetraidrocanabidiol

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 DIREITO HUMANO À SAÚDE.....	17
1.1 ASPECTOS GERAIS DOS DIREITOS SOCIAIS	17
1.1.1 História dos Direitos Sociais.....	17
1.1.2 Conceito de Direitos Sociais	17
1.1.3 Previsão Internacional dos Direitos Sociais	18
1.1.4 Previsão Constitucional dos Direitos Sociais	19
1.1.5 Previsão Infraconstitucional dos Direitos Sociais	19
1.1. 6 Finalidade dos Direitos Sociais.....	19
1.2 DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO HUMANO	20
1.2.1 Direito à Vida.....	20
1.2.2 Conceito do Direito à Saúde	22
1.2.3 Previsibilidade Internacional do Direito à Saúde.....	23
1.2.4 Evolução da Previsibilidade Constitucional do Direito à Saúde.....	24
1.2.5 Previsibilidade Infraconstitucional do Direito à Saúde	27
1.2.6 Competência Constitucional para Tratar do Direito à Saúde	28
1.2.7 Sistema Misto de Saúde Adotado pelo Brasil	29
1.2.8 Natureza Multidisciplinar da Prestação à Saúde	30
1.2.9 Saúde Pública e Ambiente Saudável.....	31
1.2.10 Tutela Coletiva da Saúde.....	32
1.2.11 Aspectos Jurídico-Processuais das Tutelas de Saúde.....	33
1.2.12 Judicialização da Saúde	34
1.2.13 Reserva do Possível	39
1.2.14 Suspensões de Liminares que garantem o Direito à Saúde pelos Tribunais.....	42
1.3 DIREITO HUMANO AO ACESSO A MEDICAMENTOS/REMÉDIOS.....	43
1.3.1 Dificuldades para com o Acesso a Medicamentos/Remédios	44

1.3.2 Deveres do Estado para com o Acesso à Medicamentos/Remédios	47
1.3.3 Deveres das Indústrias Farmacêuticas	55
2 LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL E NACIONAL SOBRE USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA CANNABIS	59
2.1 CONVENÇÃO ÚNICA SOBRE ENTORPECENTES DE 1961	59
2.2 CONVENÇÃO SOBRE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS.....	63
2.3 CONVENÇÃO CONTRA O TRÁFICO ILÍCITO DE ENTORPECENTES E DE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS DE 1988	66
2.4 ARTIGO 243 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	70
2.5 LEI DE DROGAS.....	70
2.6 DECRETO DE NÚMERO 5.912, DE 27 DE SETEMBRO DE 2006	75
2.7 PORTARIA 344, DE 12 DE MAIO DE 1988, DA ANVISA	76
2.8 RESOLUÇÃO 2.113 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA DE 2014.....	77
2.9 RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA 17, DE 6 DE MAIO, DE 2015, DA ANVISA	78
2.10 RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA 66, DE 18 DE MARÇO DE 2016, DA ANVISA	80
2.11 RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA 128, DE 02 DE DEZEMBRO DE 2016, DA ANVISA.....	81
2.12 RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA 130, DE 02 DE DEZEMBRO DE 2016, DA ANVISA.....	81
2.13 RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA 156, DE 5 DE MAIO DE 2017, DA ANVISA	82
2.14 CÓDIGO PENAL BRASILEIRO.....	83
2.15 PRINCÍPIO DA INSIGNIFICÂNCIA	84
2.16 PROJETO DE LEI 7187 DE 2014 DO SENADOR EURICO JÚNIOR.....	85
2.17 PROJETO DE LEI 7.270 DO DEPUTADO FEDERAL JEAN WYLLYS	90
2.18 PROJETO DE LEI 137 DE 2014 DO SENADOR CIRO NOGUEIRA	91
2.19 PROJETO DO SENADO LEI 514 DE 2017	91
2.20 PROIBICIONISMO DO USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA CANNABIS NO BRASIL	92

3 USO TERAPÊUTICO DA CANNABIS COMO UM DIREITO HUMANO DE ACESSO À SAÚDE.....	100
3.1 CARACTERÍSTICAS FARMACOBOTÂNICA DA CANNABIS	100
3.2 PANORAMA DO USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA CANNABIS NO BRASIL E NO MUNDO.....	101
3.3 ASPECTOS FARMACOLÓGICOS DA CANNABIS E DOS SEUS CANABINÓIDES	102
3.4 DOENÇAS TRATADAS PELO USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA CANNABIS	104
3.5 USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA CANNABIS PELAS COMUNIDADES TRADICIONAIS, INDÍGENAS E QUILOMBOLAS.....	105
3.6 USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA CANNABIS EM OUTROS PAÍSES	105
3.7 ATUAÇÕES DOS PODERES E DO POVO PARA COM O USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA CANNABIS	106
3.8 MOVIMENTO SOCIAL PARA REGULAMENTAR O USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA CANNABIS DA NO BRASIL	108
3.9 CONQUISTAS DO MOVIMENTO SOCIAL PARA REGULAMENTAR O USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA CANNABIS NO BRASIL	111
3.10 ATUAÇÃO EM PROL DO USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA CANNABIS NA PARAÍBA.....	112
3.11 ACESSO À JUSTIÇA PARA O USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA CANNABIS NO BRASIL.....	113
3.12 DECISÃO JUDICIAL FAVORÁVEL A ANNY BORTOLI FISCHER.....	116
3.13 DECISÃO JUDICIAL EM GRAU DE RECURSO QUE OBRIGA O SUS A CUSTEAR REMÉDIO RICO EM CBD	118
3.14 DECISÃO DE <i>HABEAS CORPUS</i> PREVENTIVO PARA IMPEDIR A PRISÃO EM FLAGRANTE PELA PRODUÇÃO ARTESANAL DE CANNABIS PARA FINS TERAPÊUTICOS/MEDICINAIS	119
3.15 DECISÃO FAVORÁVEL AO CULTIVO DA CANNABIS PARA FINS TERAPÊUTICOS/MEDICINAIS PELA ABRACE	120
3.16 AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 5708.....	122
3.17 QUEBRANDO TABU SOBRE O USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS.....	124

4 ESTUDO DE CASO DA LUTA DA LIGA CANÁBICA PARAIBANA.....	128
4.1 DISCURSOS MÉDICO, JURÍDICO, POLÍTICO, PROIBICIONISTA e HUMANIZADO SOBRE O USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA <i>CANNABIS</i>	128
4.2 A ATUAÇÃO DA LIGA CANÁBICA PARAIBANA	141
4.2.1 Nome da Liga Canábica Paraibana no Estatuto	141
4.2.2 Diferença entre Uso Medicinal da <i>Cannabis</i> e Uso Terapêutico da <i>Cannabis</i> ..	141
4.2.3 O que vem a ser a Liga Canábica Paraibana.....	142
4.2.4 Os Objetivos da Liga Canábica Paraibana.....	142
4.2.5 Uso Tradicional da <i>Cannabis</i>	144
4.2.6 Ingresso na Liga Canábica Paraibana	145
4.2.7 Funcionamento da Liga Canábica Paraibana	146
4.2.8 Liga Canábica Paraibana como Movimento Social	148
4.2.9 Parceiros da Liga Canábica Paraibana.....	149
4.2.10 Origem da Liga Canábica Paraibana.....	150
4.2.11 Sistema de Decisão da Liga Canábica Paraibana	151
4.2.12 Conquistas da Liga Canábica Paraibana.....	152
4.2.13 Pretensões da Liga Canábica Paraibana.....	153
4.2.14 Legalização Geral do Uso da Maconha?	155
4.2.15 O Uso Terapêutico da <i>Cannabis</i> é Proibido no Brasil?.....	155
4.2.16 Dificuldades da Liga Canábica Paraibana.....	156
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	158
REFERÊNCIA.....	165
APÊNDICE – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	170

INTRODUÇÃO

O Direito Humano à Saúde, no Brasil e em vários países no mundo, é um Direito Positivado, Fundamental e Social de segunda dimensão. Nesse sentido, já há uma proteção e justificação dele, faltando a promoção e a efetividade diante da necessidade que as pessoas (no Brasil e no mundo) detêm quanto ao tratamento de doenças. A *Cannabis* é uma planta que detém fins terapêuticos/medicinais. As mais conhecidas espécies dela são: *Cannabis Sativa*, *Cannabis Indica* e *Cannabis Ruderalis*. Há doenças que são combatidas pelo uso da maconha, tais como: Alzheimer; Esclerose Múltipla; Esclerose Lateral; Convulsões; Estresse; etc.

A necessidade do uso desse produto natural se encontra na possibilidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas que sofrem com essas doenças, podendo evitar inclusive a morte dessas pessoas. Nessa perspectiva, há depoimentos favoráveis de médicos brasileiros e estrangeiros como é o caso do Dr. Elisaldo Carlini, entre outros, tratando do uso da maconha como um meio viável e bastante fundamentado cientificamente para promover o direito à saúde.

Por um lado, há um preconceito e uma discriminação quanto ao uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* no Brasil; por outro lado, já tem alguns anos ou até mesmo décadas, que há países que adotam o uso dela, como é o caso do Uruguai, Chile, Canadá, alguns Estados dos Estados Unidos da América, Holanda, Reino Unido, França, Espanha, entre outros. Enquanto que, no Brasil, ainda é necessário haver uma mudança cultural para que as pessoas entendam que o uso da maconha está salvando vidas e melhorando a qualidade de vida de muitas crianças, adolescentes, adultos e idosos.

A atual Lei de Drogas – Lei n. 11.343 de 2006 – não proíbe o uso da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos, conforme o seu artigo 2º, parágrafo único, mas ela determina que é necessário autorização da União. Porém, a União, o Ministério da Saúde e a ANVISA vêm prejudicando o direito à saúde diante da demora em regulamentar esse uso e a consequência desse retardo é o agravamento da saúde e até mesmo a morte de pessoas (sujeitos de direitos, deveres e dignidade).

Diante da ausência de uma Lei Específica que trate o tema Maconha Medicinal ou Maconha Terapêutica, e ainda, da falha na atuação pelo Poder Público no que diz respeito ao acesso à saúde por meio do uso medicinal/terapêutico da *Cannabis*, as pessoas que carecem desse direito estão lutando por sua efetividade pela via judicial, de manifestações sociais e da criação de debates, entre outros atos sociais e democráticos.

O uso da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos trata-se de um direito humano à saúde que deve produzir efeitos de todas as formas possíveis, pois a vida e a saúde são os bens jurídicos mais importantes para o ordenamento jurídico brasileiro e para a legislação internacional. Por esse motivo, em 2014, iniciou-se um movimento social para buscar a regulamentação do uso medicinal/terapêutico da maconha no Brasil e até a presente data a luta vem continuando.

O objetivo geral do trabalho é tratar o acesso ao uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* para todas as pessoas no Brasil como uma questão de direito humano à saúde. Já os objetivos específicos são: desenvolver um estudo sobre o Direito Humano à Saúde pelo acesso à remédios derivados da *Cannabis*; apresentar o modo como é tratado juridicamente o uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* no âmbito internacional e nacional; desenvolver um estudo específico sobre o acesso ao direito humano à saúde pelo uso da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos no Brasil; e abordar sobre a atuação da Liga Canábica Paraibana na luta pela regulamentação da *Cannabis* Medicinal ou *Cannabis* Terapêutica no nosso país.

Inicialmente, a hipótese apresentada é que a concretização do acesso ao uso da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos contribui com a efetividade do direito humano à saúde para as pessoas que necessitam dessa planta para ter uma qualidade de vida. Nesse sentido, o olhar da presente pesquisa é na humanização do acesso à qualidade de vida e de saúde pelo uso dessa planta no Brasil, sem qualquer tipo de preconceito ou discriminação. As pessoas, durante a vida, estão sujeitas a contrair várias doenças, que podem surgir logo no início da vida, ou serem adquiridas na fase adulta e na velhice. É necessário estudar sobre essas doenças para saber como tratá-las ou até mesmo curá-las. Até a presente data, já há estudo que aponta que o uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos traz vários benefícios. Porém, é de se ressaltar que esse estudo deve ser aprofundado, pois pode haver mais benefícios a serem descobertos.

Há uma necessidade social e de saúde pública com relação ao uso medicinal/terapêutico da *Cannabis*. É possível constatar que os medicamentos oferecidos pela indústria farmacêutica não trazem tantos benefícios quanto o uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos. Há casos em que a utilização de certos medicamentos deve ser complementada com o uso dessa planta medicinal/terapêutica. Nesse sentido, o uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos é questão de saúde pública e pode garantir o direito humano à saúde para as pessoas vulneráveis.

No Brasil, há pessoas que precisam tratar doenças com *Cannabis*, conforme se pode ver no Documentário Ilegal. Porém, essas pessoas não estão conseguindo usar essa planta por

questão preconceituosa e a consequência disso são violações a Direitos Humanos. Essas pessoas estão sentindo dores, sofrendo, tendo a saúde agravada e até mesmo são observados casos em que acontece a morte por parte de pacientes que necessitavam de usar a planta e não tiveram acesso a ela, conforme é verificado no mencionado Documentário.

A ausência do amplo acesso do uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* no Brasil é um problema social e esse problema está sendo combatido pelo movimento social que luta por uma legislação que discipline sobre o acesso à saúde pelo uso da maconha desde 2014. O principal fato que precisa ser demonstrado é justamente que há pessoas sofrendo, tendo sua saúde agravada e morrendo pela falta do seu uso.

O problema social já se tornou um problema público, pois já há exigência pública ao Poder Executivo, ao Poder Legislativo e ao Poder Judiciário. As pessoas estão cobrando, do primeiro, políticas públicas que promovam o acesso à saúde, inclusive querem que o SUS promova o acesso à saúde por meio da maconha. Os integrantes do movimento social já foram ao Congresso Nacional cobrar dos políticos que haja uma lei específica federal sobre a regulamentação da produção, da fabricação, do estudo e do uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos. Já é possível visualizar decisões judiciais que efetivam parcialmente o direito humano à saúde, como é o caso do direito de importar o óleo medicinal derivado da maconha, por exemplo.

Como se pode ver, é necessário uma mudança cultural e a atuação conjunta de todos para que o problema social e público seja resolvido. Diante da necessidade que as pessoas vêm tendo por problemas de saúde devido à ausência de medidas que garantam o acesso à saúde, é relevante estudar sobre a questão jurídica do Direito Humano à saúde por meio do uso da maconha. Nesse sentido, questiona-se: como deve ser tratado o direito humano à saúde pelo uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* para as pessoas que comprovarem a necessidade para o uso no Brasil?

O presente trabalho é uma pesquisa bibliográfica (teórica), em razão de estudar os teóricos brasileiros e estrangeiros que tratam sobre o direito humano à saúde pelo uso da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos. É uma pesquisa exploratória, em razão de haver uma investigação do movimento social que luta pelo uso da maconha com vista em promover uma qualidade de vida para as pessoas vulneráveis no Brasil e, ainda, pela realização de uma revisão da literatura sobre a temática. Houve a realização de uma entrevista semiestruturada para saber sobre a atuação da Liga Canábica Paraibana. Essa entrevista foi realizada com dois membros dessa Liga e a escolha desses se deu pelo fato de eles conhecerem toda a trajetória

dela, tendo em vista que são fundadores dessa associação sem fins lucrativos e até hoje a integram.

O pesquisador é um observador participante por atuar nas atividades do grupo pesquisado através de reuniões, palestras, diálogos, discussões, cobranças com o poder público e outras atividades. Essas participações contribuem para que o pesquisador entenda sobre o movimento social pela luta da “regulamentação” do cultivo, da produção e do uso da Maconha Medicinal/Terapêutica no Brasil.

Os métodos utilizados são o dedutivo, por partir das noções gerais da teoria do Direito Humano/Fundamental/Social à Saúde; e o método qualitativo, pois será realizada uma pesquisa documental, em que são analisados autores e legislação que tratam sobre o direito à saúde e sobre o uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* no Brasil à luz dos Direitos Humanos.

A pesquisa é interdisciplinar, por envolver as seguintes áreas: o Direito, a História, a Medicina, a Farmácia, a Sociologia, a Antropologia, a Filosofia, entre outros. O trabalho pretende focar no diálogo jurídico sobre o Direito Humano à Saúde pelo acesso ao medicamento derivado da maconha.

Há pessoas no Brasil, inclusive paraibanas, que estão passando por dificuldade em razão da ausência de medicamento que trate dos problemas de saúde dos seus filhos, familiares, amigos ou até mesmo colegas. Essa dificuldade repercute nas políticas de Direitos Humanos, no exercício da cidadania e na necessidade de políticas públicas que efetivem o direito humano à saúde.

A justificativa é no sentido de que: é necessário ter, no Brasil, estudos sobre o Direito Humano à saúde pelo uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* de forma interdisciplinar; o tema Maconha Medicinal ou Maconha Terapêutica é controverso e por isso é imprescindível que haja diálogo à luz dos Direitos Humanos; a Paraíba é reconhecida em todo o Brasil por ser pioneira na luta pela regulamentação do uso dessa planta para promover uma qualidade de vida, nesse sentido, é relevante que a UFPB promova esse estudo; no próprio programa de mestrado em Direitos Humanos no PPGDH na UFPB já existe pesquisa sobre o uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos e é por isso que se deve dar continuidade a essa pesquisa; a concretização do direito ao uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* no Brasil deve acontecer, nessa perspectiva, deve ser estudado esse uso. Logo, há um problema de pesquisa que deve ser estudado e sistematizado com vista na construção da dissertação em Direitos Humanos.

1 DIREITO HUMANO À SAÚDE

1.1 ASPECTOS GERAIS DOS DIREITOS SOCIAIS

O presente estudo trata de uma visão geral dos direitos sociais, com foco no direito humano à saúde, sem esgotar o tema. Em aspectos gerais, o direito à saúde é um direito humano, fundamental e social, que precisa ser efetivado, com diálogo, no Estado Democrático de Direito.

1.1.1 História dos Direitos Sociais

Para fins de contextualização, é interessante apresentar uma visão geral, sobre a história dos Direitos Sociais, que são teorias, regras e valores de Segunda Dimensão ou Geração. No âmbito externo, internacional, a origem desses direitos se deu no século XX, embasadas em documentos como: Declaração de Direitos da Virgínia de 1776, Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, da Constituição Mexicana de 1917 e da Constituição Alemã de 1919. No âmbito interno, nacional, a primeira Constituição Federal que tratou sobre os Direitos Sociais foi a Constituição publicada por Getúlio Vargas em 1934, que tratou de vários direitos trabalhistas. A Constituição da República Federativa de 1988, denominada por Constituição Cidadã, ampliou/expandiu os Direitos Sociais, logo, atualmente, esses direitos são fundamentais e humanos.

Todos que vivem em uma sociedade deve lutar pelo “Estado Social de Direito”. Este é um espaço que há diálogo, há proteção e há efetividade dos Direitos Sociais. Nesse sentido, para que o Brasil seja, de fato, um Estado Social é necessária uma mudança no contexto social com a implantação de uma cultura do diálogo sobre os problemas sociais e sobre como resolvê-los e com a inclusão das pessoas vulneráveis na vida em coletividade. O reconhecimento do direito humano à saúde pelo uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* como um direito social ajuda a garantir uma qualidade de vida para os seres humanos que precisam utilizá-la.

1.1.2 Conceito de Direitos Sociais

Os Direitos Sociais, como a própria expressão dispõe, são direitos de toda a sociedade/coletividade em que os direitos essenciais/básicos/fundamentais de um indivíduo

devem ser apresentados, garantidos e protegidos pelo Estado. Atualmente, a sociedade que contém os respectivos direitos pode ser conhecida por ser um “Estado Social de Direito” em que visa garantir a igualdade social a todos, inclusive aos hipossuficientes: negros, mulheres, crianças, idosos, homossexual e etc. Estes são pessoas - sujeitos de direitos humanos - que detêm necessidades básicas e que historicamente sofreram violações/lesões/danos/violências como, por exemplo, o pobre na forma da lei.

Na Constituição Cidadã, a apresentação dos Direitos Sociais está contida no artigo 6º: “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”. Esse artigo trata de vários desses direitos, logo, o rol nele contido é exemplificativo ou taxativo? Entende-se que é exemplificativo, pois pode haver outros direitos sociais não previstos no mencionado artigo.

Os instrumentos garantidores dos Direitos Sociais estão disciplinados por todo o ordenamento jurídico como é o caso dos Remédios Constitucionais (*habeas corpus*, *habeas data*, mandado de segurança, mandado de injunção e ação popular) e da Ação Coletiva (ação civil pública). Nesse sentido, deve ser analisado o Direito Brasileiro como um sistema harmônico e integrante embasando na teoria da Hermenêutica Constitucional.

Engana-se quem acredita que apenas a sociedade ou apenas o Estado deve garantir os Direitos Sociais, tendo em vista que essa proteção deve ser conjunta com ativismo do poder público e ativismo popular. Os indivíduos devem buscar a efetiva aplicação dos Direitos Sociais, por exemplo, a efetividade do direito à saúde pelo uso medicinal/terapêutico da maconha, pois eles (indivíduos) são os principais sujeitos da relação jurídica: são quem realmente sofrem com o problema de saúde.

1.1.3 Previsão Internacional dos Direitos Sociais

Ao analisar o ordenamento internacional, percebe-se que os Direitos Sociais estão previstos em instrumentos normativos, tais como: a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Decreto número 591, de 6 de julho de 1992; etc. Na mencionada Declaração, bem como, no respectivo Pacto não há a previsão expressa da denominação “Direitos Sociais”. Todavia verifica-se o tratamento deles à luz da interpretação dos textos jurídicos: no artigo XXV da primeira estabelece que o direito à saúde e ao bem-estar devem ser para todas as pessoas; e no

artigo 12 do apresentado pacto descreve que toda pessoa deve usufruir o mais desenvolvido nível possível de saúde física e mental; entre outros.

1.1.4 Previsão Constitucional dos Direitos Sociais

Como já mencionado, os Direitos Sociais estão expressamente disciplinados no artigo 6º, *caput*, da Constituição Cidadã brasileira. Esse artigo trata: “art. 6º 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”. Esse rol é exemplificativo, ou seja, pode haver outros direitos sociais não previstos nesse artigo. O *caput* do artigo 6º da Constituição Federal de 1988 foi alterado pela última vez pela Emenda Constitucional 90 de 2015, que incorporou o direito social ao transporte. Observa-se que a Emenda Constitucional 64, de 2010, instituiu expressamente o direito social à alimentação.

1.1.5 Previsão Infraconstitucional dos Direitos Sociais

Em regramentos gerais, não há uma Lei Específica que trate sobre “todos” os Direitos Sociais em suas particularidades. Todavia, há Leis Específicas que disciplinam “certas” espécies de Direitos Sociais. Algumas Leis Específicas que dispõem certos Direitos Sociais são: a Lei de número 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que disciplina as diretrizes e bases da educação nacional; a Lei de número 8.080, de 19 de setembro de 1990, que discorre sobre as condições para o acesso, amparo e recuperação da saúde; a Consolidação das Leis Trabalhistas que desenvolve sobre o Direito Material e Processual do Trabalho; entre outras leis compatíveis com a Constituição Federal de 1988 - controle de constitucionalidade - e com os Tratados Internacionais sobre Direitos Humanos - controle de convencionalidade.

1.1. 6 Finalidade dos Direitos Sociais

A finalidade dos Direitos Sociais é o bem-estar de todos, ou seja, eles visam garantir os bens jurídicos indispensáveis para a vida digna em sociedade: mínimo existencial. O Estado e a coletividade devem garantir os direitos humanos, fundamentais e sociais para que as pessoas possam viver, de forma digna, em coletividade. Por exemplo, toda e qualquer pessoa que esteja no Brasil deve ter com qualidade, dignidade e humanização os seguintes

direitos: “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”, entre outros. As pessoas que necessitam usar medicinalmente a *Cannabis* precisam da garantia do mínimo existencial delas, qual seja: o direito de usar com dignidade a maconha para fins medicinais/terapêutico no Brasil.

1.2 DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO HUMANO

O direito à saúde é um direito humano, fundamental, social e da personalidade. Isso significa dizer que há uma proteção desse direito no ordenamento jurídico internacional, na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e no Código Civil de 2002.

1.2.1 Direito à Vida

Antes de mencionar sobre direito à saúde, é interessante fazer uma breve análise do direito à vida. A Norma Maior da sociedade brasileira estabelece a igualdade perante a Constituição Federal em que os direitos de primeira, segunda, terceira e quarta (etc.) dimensão (dimensões) devem ser efetivados. A vida humana é o bem jurídico mais importante do ordenamento jurídico pátrio, dessa forma, o direito à vida é o direito indispensável para a consagração e efetivação de outros Direitos Sociais.

O Direito à vida estabelece dois direitos relacionados: o direito de não ser morto e o direito de viver com dignidade. Desse modo, a prevenção e a proteção à saúde de qualidade são fundamentos que devem ser efetivados pela sociedade brasileira do século XXI. O Brasil necessita de uma saúde pública preventiva para que as pessoas tenham uma qualidade de vida. Para Ordacgy¹: “o direito à saúde, além de se qualificar como direito fundamental que assiste a todas as pessoas, representa consequência constitucional indissociável do direito à vida”. Há uma relação entre o direito à saúde e o direito à vida para com a convivência digna das pessoas, tendo em vista que um necessita do outro para que seja possível viver com dignidade.

¹ ORDACGY, André da Silva. **O DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL À SAÚDE PÚBLICA**, p. 3. Disponível em: <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-ublica.pdf>. Acesso em: 19.05.2017

No Estado Democrático de Direito é fundamental a humanização do olhar, do pensar e atitudes das pessoas sobre os mais variados direitos. Com relação a um novo olhar sobre o direito à vida, Ribas² alude que:

A evolução científica, sobretudo na área da biotecnologia, tem-nos possibilitado o beneplácito da cura de doenças e uma melhoria na qualidade de vida das pessoas em geral. Porém, paradoxalmente, os conceitos e concepções, inclusive acerca do início da vida e seu respectivo término, permanecem os mesmos de décadas atrás.

Com o progresso da ciência e o desenvolvimento da Biotecnologia é necessário “atualizar” o direito à vida, para que ele fique de acordo com a realidade social. As pesquisas científicas vêm contribuindo com a obtenção da cura ou do tratamento das mais variadas doenças, nesse sentido, é necessário desenvolver o estudo sobre o direito à vida.

O direito à vida é protegido pela Constituição Federal, sem fazer referência ao início da vida. A doutrina e a jurisprudência vêm dialogando sobre o início da vida e já é possível constatar quatro correntes ou teorias: uma corrente que defende a Teoria da Fecundação, que determina como o marco inicial da vida a “concepção”; uma segunda corrente que entende que a vida se dá com o “ingresso do embrião ao útero da mulher”, essa teoria é denominada de Teoria da Nidação; há uma terceira corrente intitulada por Teoria Encefálica que entende que a vida começa com a “atividade cerebral”; e a quarta corrente entende que a vida começa com o “nascimento com vida”, essa teoria é a do Nascimento.

No Brasil, a morte humana se dá com a morte cerebral: o cérebro para de funcionar. As pessoas devem viver com dignidade e morrer com dignidade. Já vem sendo realizado um estudo sobre o “direito de morrer”, logo, indaga-se: uma pessoa humana tem o direito de morrer?

Atualmente, tratar sobre o conceito do que vem a ser o direito à vida é uma questão complexa, pois deve haver um estudo interdisciplinar para que seja possível desenvolver uma análise que trate sobre os mais variados olhares sobre esse direito. Viver com dignidade é nascer em um ambiente saudável; é ter o mínimo existencial; é ter oportunidade para se desenvolver pessoalmente, profissionalmente, socialmente e espiritualmente; é utilizar da ciência para a promoção de uma qualidade de vida; é poder usar medicinal/terapêutica a maconha com responsabilidade, acompanhamento médico e fiscalização estatal. Logo, o

² RIBAS, Ângela Mara Piekarski. **O DIREITO À VIDA SOB UMA ÓTIMA CONTEMPORÂNEA.** Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=2986. Acesso em 21.06.2017

direito à vida deve ser analisado sobre uma ótica Constitucionalista, Civilista, Penalista, Humanista, da Bioética, do Biodireito, da Biotecnologia e etc.

1.2.2 Conceito do Direito à Saúde

O direito à saúde é um dos direitos mais importante do ordenamento jurídico por trata de um bem jurídico essencial para que seja possível a efetividade dos outros direitos. Quanto ao que vem a ser o direito à saúde, para Ordacgy³:

O direito à saúde insere-se numa dimensão social, fruto da evolução dos direitos humanos fundamentais e do conceito de cidadania plena. O direito à saúde pode ser considerado como o direito humano e social mais importante, de caráter universal, essencial e inafastável, porque umbilicalmente ligado ao direito à vida, o que se percebe por seus antecedentes históricos e pelo alto nível de normatização da matéria no âmbito dos direitos interno e internacional.

O direito à saúde é um direito humano, fundamental, social e da personalidade. Ele contribui para o exercício da cidadania. Esse direito detém algumas características, quais sejam: historicidade, universalidade, relatividade, essencialidade, imprescritibilidade, indivisibilidade, indisponibilidade, interdependência, irrenunciabilidade, vedação ao retrocesso, etc. Há uma relação desse direito com o direito à vida, tendo em vista que para que uma pessoa tenha uma digna qualidade de vida, é necessário ter efetivado o direito à saúde. O mesmo autor⁴ complementa apresentando que:

A saúde encontra-se entre os bens mais intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em características indissociável do direito à vida. Dessa forma, a atenção à saúde constitui um direito de todo cidadão e um dever do Estado, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais. Em outras palavras, a saúde é direito social fundamental, a ser exercido pelo Estado (e não contra o Estado), através da implementação de políticas públicas e sociais que propiciem seu gozo efetivo.

A saúde é um dos bens jurídicos mais precioso para a vida humana. Sem saúde o sujeito de direitos pode ter o exercício da cidadania prejudicado. Nesse sentido, o Estado deve

³ ORDACGY, André da Silva. **O DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL À SAÚDE PÚBLICA**, p. 1. Disponível em: <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-oublica.pdf>. Acesso em: 19.05.2017

⁴ ORDACGY, André da Silva. **O DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL À SAÚDE PÚBLICA**, p. 1. Disponível em: <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-oublica.pdf>. Acesso em: 19.05.2017

proporcionar a todos uma saúde digna. Então, por um lado, os sujeitos detêm o direito à saúde; por outro lado, o Estado tem o dever de efetivá-lo.

Em relação à prestação do Estado para com o direito humano à saúde, segundo Ordacgy⁵:

Assim sendo, a Carta Maior impõe o acesso à saúde como prestação positiva do Estado, sendo tal direito emoldurado como de segunda geração, diretamente relacionado aos direitos de primeira geração, visto que umbilicalmente ligado ao direito à vida, consoante a tradicional classificação das gerações de direitos do renomado jurista NORBERTO BOBBIO.

Assim como os outros direitos sociais, o Estado tem o dever jurídico de prestar de forma positiva o direito humano à saúde. Este direito detém uma relação com as outras dimensões, pois à saúde humana é essencial para o exercício dos outros Direitos Humanos. Não se pode permitir o agravamento da saúde humana no Estado Democrático de Direito. Por isso é que a população deve cobrar do Estado a prestação positiva, agir, na promoção da saúde de qualidade.

1.2.3 Previsibilidade Internacional do Direito à Saúde

A priori, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, não especificou no texto legal o direito à saúde. Para Ordacgy⁶:

O primeiro instrumento internacional a citar o direito à saúde foi a Constituição da OMS. Subseqüentemente, diversos instrumentos importantes passaram a fazer menção expressa ao direito à saúde, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Convenção sobre os Direitos da Criança.

Como mencionado pelo autor acima, a primeira norma jurídica internacional que tratou de fazer menção expressa sobre o direito à saúde foi a Constituição da OMS – Organização Mundial da Saúde. Atualmente, há outros instrumentos internacionais que tratam sobre esse direito como é o caso da Declaração Universal dos Direitos Humanos e da Convenção sobre os Direitos da Criança.

⁵ ORDACGY, André da Silva. **O DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL À SAÚDE PÚBLICA**, p. 4. Disponível em: <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-oupublica.pdf>. Acesso em: 19.05.2017

⁶ ORDACGY, André da Silva. **O DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL À SAÚDE PÚBLICA**, p. 2. Disponível em: <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-oupublica.pdf>. Acesso em: 19.05.2017

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, prevê no artigo XXV, 1, que:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

O mencionado dispositivo disciplina que todas as pessoas têm direito ao mínimo existencial que assegurem o bem-estar de todos como, por exemplo: alimentação saudável, vestuário decente, habitação digna, cuidados médicos de qualidade, serviços sociais eficientes, entre outros.

É interessante ressaltar que foi de acordo com o referido artigo (artigo XXV, 1, da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948) que atualmente se pode mencionar em “efetividade do direito humano à saúde”, pois a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 estabelece um conjunto harmônico de valores, que protege o sujeito de direito em âmbito internacional. Essa declaração é denominada de “Recomendação Universal”.

1.2.4 Evolução da Previsibilidade Constitucional do Direito à Saúde

Na Constituição Imperial de 1824 não houve determinação do direito à saúde, bem como na Constituição Republicana de 1891. A Constituição de 1934 tratou do direito à saúde dos trabalhadores. A Constituição de 1937 tratou de direitos à saúde das crianças. A Constituição de 1946 regulou a competência da União para disciplinar e concretizar o direito à saúde. A Constituição de 1967 e a Emenda Constitucional de 1969 não trataram do direito à saúde. Por fim, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 dispõe que o direito à saúde é um Direito Fundamental e é um Direito Social.

Atualmente, o direito social à saúde está disciplinado na Constituição Federal de 1988 nos seguintes artigos: 6º, 196, 197, 198, 199 e 200. O artigo 6º já foi tratado no texto e ele apresenta vários direitos sociais. O artigo 196, caput, da Constituição Cidadão alude que:

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.

Os sujeitos do direito – humano, fundamental, social e da personalidade à saúde - são todas as pessoas e quem deve garantir esse direito é o Estado por meio de Políticas Públicas e a coletividade pelo ativismo social. As políticas públicas, sociais e econômicas, devem “reduzir o risco de doenças” e proporcionar uma qualidade de vida para todas os sujeitos. O acesso universal, integral e igualitário deve acontecer para que seja possível haver prevenção de doenças, bem como um bem-estar social. As ações e os serviços de saúde são necessários para que seja possível promover, proteger e recuperar a saúde de todos. A Constituição Federal de 1988, no artigo 197, *caput*, alude que:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Como visto no referido artigo, as ações e os serviços de saúde são de “relevância pública”. Isso quer dizer que o interesse público deve prevalecer em face ao interesse privado, logo, não se admite corrupção ou atitudes ímprobas nesse setor. O Poder Público tem o dever de regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e os serviços de saúde, podendo a execução desses (ações e os serviços de saúde) ser feita pelo poder público ou por um terceiro.

Analisando o artigo 198, da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, identifica-se que há um Sistema Único de Saúde - SUS, composto por rede regionalizada e hierarquizada e que as diretrizes das ações e dos serviços de saúde são: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo”; “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”; e com “participação da comunidade”.

Com relação à assistência à saúde, o artigo 199 da Constituição da República Federativa de 1988 dispõe que:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante,

pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

A concretização do direito humano à saúde é um dever do Poder Público pelo Sistema Único de Saúde. Todavia, a Constituição Federal de 1988 admite que a iniciativa privada proporcione a assistência à saúde de forma complementar. Nada impede que a assistência à saúde seja feita por iniciativa privada de forma complementar ao Sistema Único de Saúde. Ressalva-se as seguintes proibições: “destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos”; e a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. A Constituição Cidadã de 1988, no artigo 200, alude que:

Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O artigo 200 da Constituição Federal de 1988 trata das atribuições do Sistema Único de Saúde, quais sejam: “controlar e a fiscalizar os procedimentos, os produtos e as substâncias de interesse para a saúde, bem como participar da produção dos medicamentos, dos equipamentos, dos imunobiológicos, dos hemoderivados e outros insumos”; “executar as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador”; “ordenar a formação de recursos humanos no campo da saúde; participar da formação de políticas e a execução das ações de saneamento básico; desenvolver ciência e tecnologia na área da saúde”; “fiscalizar e inspecionar alimentos e de bebidas para que seja possível o consumo humano”; e “colaborar na proteção do meio ambiente, incluindo o do trabalho”.

Diante do que foi visto, fica claro que já há o reconhecimento do direito fundamental/humano à saúde. Ventura, Simas, Pepe e Scharamm⁷ tratam que:

O direito à saúde é reconhecido, em leis nacionais e internacionais, como um direito fundamental que deve ser garantido pelos Estados aos seus cidadãos, por meio de políticas e ações públicas que permitam o acesso de todos aos meios adequados para o seu bem-estar. O direito à saúde implica, também, prestações positivas, incluindo a disponibilização de serviços e insumos de assistência à saúde, e tendo, portanto, a natureza de um direito social, que comporta uma dimensão individual e outra coletiva em sua realização. A trajetória do reconhecimento do direito à saúde como relativo à dignidade humana e, conseqüentemente, sua incorporação nas leis, políticas públicas e jurisprudências, espelham as tensões e percepções sobre as definições de saúde e doença, de como alcançar este Estado de bem-estar, e quais os direitos e responsabilidades dos cidadãos e dos Estados.

Então, o Estado e a coletividade devem efetivar esse direito no Estado Democrático de Direito com prestações positivas com vista no bem-estar de todas as pessoas sob pena de responsabilização. Portanto, o reconhecimento e a concretização dele contribuem para o respeito da dignidade da pessoa humana.

1.2.5 Previsibilidade Infraconstitucional do Direito à Saúde

Com relação à previsão infraconstitucional do direito à saúde, segundo Ordacgy⁸:

No plano infraconstitucional, a saúde encontra regulamentação na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que cria o Sistema Único de Saúde – SUS, no qual as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, orientando-se pelos princípios do acesso universal, da integralidade e da igualdade de assistência. Esse sistema é financiado com recursos orçamentários da seguridade social, dos entes federativos e de outras fontes de custeio (arts. 31 e 32, com seus incisos e parágrafos, da Lei n. 8080/90)

Ao analisar o ordenamento jurídico brasileiro, constatam-se duas leis infraconstitucionais que tratam sobre o direito fundamental à saúde, quais sejam: a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990; e a Lei 8.114, de 28 de dezembro de 1990.

⁷ VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006. Acesso em 21.06.2017.

⁸ ORDACGY, André da Silva. **O DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL À SAÚDE PÚBLICA**, p. 4. Disponível em: <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-oublica.pdf>. Acesso em: 19.05.2017

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, no artigo 1º, *caput*, dispõe que: “em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado”. Nesse sentido, a mencionada lei trata sobre as ações e os serviços de saúde prestados no Brasil, de forma permanente ou eventual, por várias pessoas: natural e/ou jurídica. Ressalta-se que o artigo 7º dessa Lei trata sobre os princípios básicos do direito à saúde, quais sejam: “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”; “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”; “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”; “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”; “direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde”; “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário”; “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”; “participação da comunidade”; e “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo”.

Para fins de informação, sem adentrar na análise específica da norma jurídica, a Lei 8.114, de 28 de dezembro de 1990 trata sobre a “participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)”, bem como “sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”, entre outras providências.

1.2.6 Competência Constitucional para Tratar do Direito à Saúde

É de competência de todos os Entes Federativos “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”, conforme o artigo 23, inciso II, da Constituição Federal de 1988. A União, os Estados e Distrito Federal são competentes concorrentemente para legislar sobre a “previdência social, a proteção e a defesa da saúde”, segundo o artigo 24, inciso XII, da presente norma. Compete à União legislar sobre normas gerais que trata sobre a saúde das pessoas (artigo 24, parágrafo primeiro, da Constituição Federal de 1988). Os Estados e o Distrito Federal são competentes para legislar normas suplementares que tratam sobre o setor da saúde (artigo 24, parágrafo segundo, da Constituição Federal de 1988). Em caso de não haver uma Lei Federal que trate sobre a saúde das pessoas, os Estados são competentes para criá-la (segundo o artigo 24, parágrafo terceiro, da Constituição Federal de 1988). Em caso de haver uma Lei Estadual que trate sobre a área

da saúde que venha a contrariar uma Lei Federal, que dispõe sobre o mesmo tema, a primeira não irá ser aplicada na matéria em contradição por violação ao texto de Lei Federal (artigo 24, parágrafo quarto, da Constituição Federal de 1988). Por fim, o Município é competente para cooperar com a União, os Estados e o Distrito Federal nos serviços para com a saúde das pessoas (artigo 30, inciso VII, da Constituição Federal de 1988).

1.2.7 Sistema Misto de Saúde Adotado pelo Brasil

Para saber qual sistema de saúde é adotado pelo Brasil é imprescindível analisar a Constituição Federal de 1988, mais precisamente, o artigo 199. Segundo Ordacgy⁹:

O Brasil adota um sistema misto de saúde (público e privado), visto que a assistência à saúde é livremente assegurada à iniciativa privada, de forma complementar, por força do artigo 199 da Constituição. Infelizmente, a má-gestão administrativa e financeira do SUS, o sucateamento dos grandes hospitais públicos, a escassez de profissionais médicos e o desvio de verbas da saúde têm prejudicado demasiadamente o sistema público de saúde, ao ponto de sua inoperância servir como veículo de propaganda em favor dos planos privados de saúde.

Ao analisar o artigo 199 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 fica evidente que o Brasil adota o sistema misto de saúde: em regra, utiliza-se do serviço público de saúde; podendo a iniciativa privado complementar esse serviço público. O sistema público de saúde vem sofrendo uma crise diante dos mais variados problemas como: má gestão do SUS; hospitais públicos precários; profissionais da área de saúde com baixa qualificação; corrupção nesse setor; entre outros. Esses problemas servem de fundamentos para que a iniciativa privada venda planos de saúde em todo o território nacional.

Com relação ao serviço privado o que pode ser demonstrado é que há o início de uma crise nesse setor diante da grande quantidade de pessoas e a má administração desse setor. Já é possível encontrar ausência de profissionais dessa área com qualificação, um congestionamento e corrupção nesse sistema. Logo, no Brasil, a realidade social é a seguinte: o sistema público de saúde está em crise e o sistema privado de saúde vem passando por problemas.

⁹ ORDACGY, André da Silva. **O DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL À SAÚDE PÚBLICA**, p. 4. Disponível em: <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-oublica.pdf>. Acesso em: 19.05.2017

1.2.8 Natureza Multidisciplinar da Prestação à Saúde

Não é uma tarefa fácil descrever sobre a natureza da prestação à saúde por envolver uma questão multidisciplinar. Ordacgy¹⁰ alude que:

Outro aspecto de nodal importância na questão da saúde é a natureza multidisciplinar de que se deve revestir o atendimento prestado ao paciente, devendo envolver a cooperação das diversas áreas de atuação, tais como a médica, a psicológica, a assistência social e a jurídica, consoante demonstrado abaixo.

A prestação à saúde deve ser de natureza multidisciplinar. Isso significa que o atendimento dos pacientes deve ser realizado com a cooperação dos profissionais das mais variadas áreas como é o caso: Medicina, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Educação Física, Psicologia, Assistência Social, Direito, Recursos Humanos, Administração, Ciências Contábeis, entre outras áreas.

Cada profissional que atua na área da saúde, pública ou privada, deve tratar os pacientes com dignidade e não como mercadorias. Esses pacientes são pessoas em situações de vulnerabilidade, logo, o tratamento deles deve ser de forma justa, digna, humana, respeitável, etc.

Infelizmente, não é nenhuma novidade para todos constatar violações no sistema de saúde, principalmente, nos setores de urgência. As pessoas, quando chegam para ser atendidas, são tratadas como objeto e isso deve ser mudado. Não se pode admitir violações em direitos humanos no sistema de saúde brasileiro.

Quanto à corrupção que o sistema de saúde no Brasil vem passando não se pode tolerar isso, fechando os olhos para esse problema. Devido a esse ato criminoso pessoas estão sofrendo, tendo sua saúde agravada ou até mesmo morrendo. A saúde pública e privado no Brasil deve melhorar para que, com isso, as pessoas possam ter uma digna qualidade de vida. Os tratamentos da coletividade devem ser feitos de forma preventiva e não apenas de forma repressiva como vem sendo realizado precariamente.

¹⁰ ORDACGY, André da Silva. **O DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL À SAÚDE PÚBLICA**, p. 6. Disponível em: <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-oublica.pdf>. Acesso em: 19.05.2017

1.2.9 Saúde Pública e Ambiente Saudável

É fundamental fazer uma análise entre a saúde pública e o ambiente saudável, Segundo Ordacgy¹¹:

Vale destacar a relação intrínseca que a saúde mantém com o direito ao meio ambiente saudável (art. 225 da Constituição), visto que este último é considerado patrimônio de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida. Isso porque o incremento da produção industrial e agrícola, a urbanização acelerada, o aumento populacional e seu empobrecimento, causaram expressivo impacto negativo ao meio ambiente, gerando diversas doenças e enfermidades (respiratórias, circulatórias, musculares, psíquicas), decorrentes da poluição da água e do ar atmosférico, do desmatamento, da contaminação, da desertificação, das emissões de gás carbônico, do ritmo acelerado de vida urbana.

O constituinte considerou de tal importância a questão ambiental, que outorgou a qualquer cidadão o manejo da ação popular, relevante instrumento processual de defesa da coletividade, que tem entre os seus objetivos o de anular ato lesivo ao meio ambiente (art. 5º, LXXIII).

O direito ao meio ambiente saudável é um “patrimônio de uso comum do povo e é essencial à sadia qualidade de vida”. Nesse sentido, é perceptível que para ter uma saúde de qualidade é imprescindível ter um meio ambiente saudável. Houve fatores que contribuíram para deixar o meio ambiente frágil para com uma qualidade de vida, tais como: “produção industrial e agrícola, urbanização acelerada, aumento populacional, empobrecimento da população”, entre outros.

Com um ambiente “poluído” - “poluição da água e do ar atmosférico, desmatamento, etc.” - há a constatação das mais variadas doenças e enfermidades, nesse caso, deve tratar as pessoas com produtos naturais como é o caso da *Cannabis*. Esta é uma planta que tem fins medicinais/terapêuticos, logo, ela deve ser utilizada para tratar as doenças e as enfermidades decorrentes desse ambiente.

A curto prazo deve-se procurar produtos naturais para tratar as doenças das pessoas, tendo em vista que são remédios que ajudam para com uma digna qualidade de vida. Em cooperação, a pequeno, a médio e a longo prazo deve melhorar o meio ambiente, despoluí-lo para que com isso haja um ambiente saudável para se viver.

Há um instrumento processual para garantir o meio ambiente saudável: ação popular. Esse instrumento pode ser apresentado por qualquer cidadão e defende o interesse coletivo.

¹¹ ORDACGY, André da Silva. **O DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL À SAÚDE PÚBLICA**, p. 5. Disponível em: <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-oublica.pdf>. Acesso em: 19.05.2017

Nesse caso, com esse instrumento pode acontecer anulação de atos que gerem dano ao meio ambiente, bem como é possível utilizar no Estado Democrático de Direito ações que previnam e reparem o meio ambiente para que com isso seja possível viver em um sistema ecologicamente equilibrado.

1.2.10 Tutela Coletiva da Saúde

O direito à saúde é um direito social de segunda dimensão, nesse sentido, é um interesse de toda a coletividade, Ordacgy¹² informa que:

Sob a ótica da defesa dos interesses da coletividade, o Ministério Público desenvolve importante missão institucional de defesa dos interesses da coletividade, com poderes para a elaboração de Termo de Ajustamento de Conduta - TAC e de realização do inquérito civil, detendo ainda legitimidade para o ajuizamento da ação civil pública (ACP), na defesa dos direitos e interesses transindividuais. Nas ações coletivas em que não for parte, será necessariamente fiscal da lei.

A defesa da coletividade quanto ao direito à saúde é pelo Ministério Público. Já a tutela desse direito para o interesse individual da pessoa vulnerável, pobre na forma da lei, é a Defensoria Pública. Nada impede que esses órgãos cooperem na promoção desse direito humano tanto no caso individual como no caso da coletividade. Logo, esses órgãos são legítimos protetores do direito humano/fundamental à saúde.

O Ministério Público detém, por função institucional, a defesa dos interesses de coletividade podendo utilizar dos mais diversos instrumentos jurídicos para tal ato, tais como: Termo de Ajustamento de Conduta; Inquérito Civil; Audiência Pública, Ação Civil Pública, entre outros. Esse órgão tem atuação judicial e extrajudicial, podendo ser parte ou fiscal do Direito. Já a Defensoria Pública promove os interesses da população pobre com atuação extrajudicial e judicial.

Na luta pelo uso terapêutico/medicinal da maconha no Brasil é de ressaltar a atuação dos Professores, Pesquisadores, Promotores de Justiça, dos Defensores Públicos, dos Advogados, dos Servidores Públicos, dos Juízes, etc. na efetividade do acesso à saúde pelo uso dessa planta.

¹² ORDACGY, André da Silva. **O DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL À SAÚDE PÚBLICA**, p. 7 e 8. Disponível em: <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-oublica.pdf>. Acesso em: 19.05.2017

1.2.11 Aspectos Jurídico-Processuais das Tutelas de Saúde

O sistema jurídico processual brasileiro vem mudando nos últimos anos, contribuindo com um acesso à justiça judicial - jurisdição - e extrajudicial - arbitragem, conciliação, mediação, processo administrativo e negociação. Não se pode esquecer do processo internacional quando o Brasil se mostrar ineficiente de resolver uma questão interna. Ordacgy¹³ alude que:

A notória precariedade do sistema público de saúde brasileiro, bem como o insuficiente fornecimento gratuito de medicamentos pelos órgãos públicos, muitos dos quais demasiadamente caros até para as classes de maior poder aquisitivo, têm feito a população civil socorrer-se das tutelas judiciais de saúde para a efetivação do seu tratamento médico, fenômeno esse que veio a ser denominado de “judicialização” da saúde.

Na atualidade, é verificado uma precariedade do sistema público de saúde, dentre os vários fatores, encontra-se o estrutural, profissional e econômico. A estrutura dos Hospitais e dos postos de saúde ainda são precárias no Brasil. Os profissionais dessa área não têm uma preparação humanizada para lidar com as mais variadas situações do cotidiano. E, apesar de haver um reconhecimento sobre a importância da saúde para a humanidade, há ausência de investimentos efetivos para essa área nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Diante da inefetividade do sistema de saúde brasileiro, o que vem acontecendo é a judicialização do direito à saúde. As pessoas estão ingressando com ação ao poder judiciário pedindo ao Estado-juiz liminarmente a efetividade desse direito, pois quem detém alguma doença ou enfermidade não tem tempo para esperar. Essa ação é legítima diante da ausência de políticas públicas, porém vem dando margens para que haja fraudes e, conseqüentemente, danos ao erário público.

No contexto atual há ausência de políticas públicas quanto ao uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* no Brasil. O que os ativistas desse uso no Brasil vêm fazendo é ganhando visibilidade sobre a causa e cobrando para que hajam políticas públicas nesse sentido. O Poder Legislativo não criou uma lei específica que trate sobre o uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos. O Poder Executivo não vem contribuindo com Políticas Públicas. E o Poder Judiciário vem decidindo favorável ao movimento social da

¹³ ORDACGY, André da Silva. **O DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL À SAÚDE PÚBLICA**, p. 9. Disponível em: <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-oublica.pdf>. Acesso em: 19.05.2017

utilização medicinal/terapêutica da *Cannabis* tanto com ação individual como ação coletiva: decisão judicial individual favorável a Anny Bortoli Fischer; decisão Judicial em grau de Recurso que obriga o SUS a custear medicamento rico em CBD (Canabidiol); decisão Judicial coletiva favorável aos integrantes da Liga Canábica; decisão de *Habeas Corpus* preventivo para não ser preso por plantar e usar *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos; decisão judicial favorável para que a ABRACE cultive, produza e distribua para os seus pacientes remédios feitos com base em maconha.

1.2.12 Judicialização da Saúde

Como já visto, os seres humanos têm o direito à saúde e à vida, logo, é necessária intervenção do Poder Público na prestação desses direitos. Caso esses direitos não sejam prestados de forma voluntária, é possível intervenção judicial. Para Ventura, Simas, Pepe e Scharamm¹⁴:

De maneira geral, os estudos sobre a *judicialização da saúde* enfatizam mais fortemente os efeitos negativos deste tipo de demanda na governabilidade e gestão das políticas e ações de saúde. Uma das principais justificativas é que este tipo de intervenção no SUS aprofundaria as iniquidades no acesso à saúde, privilegiando determinado segmento e indivíduos, com maior poder de reivindicação, em detrimento de outros, na medida em que necessidades individuais ou de grupos determinados seriam atendidas em prejuízo a necessidades de outros grupos e indivíduos (BARATA; CHIEFFI, 2009; MARQUES; DALLARI, 2007; VIEIRA; ZUCCHI, 2007). Outros estudos apontam, com maior ênfase, as deficiências e insuficiências do sistema de saúde e do sistema judiciário brasileiro para responder de forma satisfatória às novas e crescentes demandas de saúde, num contexto normativo que atribui obrigações legais amplas ao Estado brasileiro (MESSEDER et al., 2005; BORGES, 2007; ROMERO, 2008; SANT'ANA, 2009).

A judicialização da saúde produz efeitos positivo e negativo: o primeiro (efeito positivo) é o no sentido do acesso à saúde para quem necessita, contribuindo com a efetividade do direito humano à saúde; no segundo caso (efeito negativo) há interferência na “governabilidade e gestão das políticas e ações de saúde”. E é importante ressaltar as fraudes no sistema de saúde que vêm se apresentando.

¹⁴ VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHARMM, Fermin Roland. **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE, ACESSO À JUSTIÇA E A EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006. Acesso em 21.06.2017.

A intervenção judicial no Sistema Único de Saúde – SUS, por um lado, abre espaço para que haja o favorecimento das classes com mais instrução e maior poder aquisitivo, mas, por outro lado, garante a população carente uma melhor qualidade de vida por estar proporcionado o direito à saúde e o direito à vida.

Diante da crise vivenciada pelo Sistema de Saúde e pelo Poder Judiciário, morosidade na solução dos conflitos por este poder, por exemplo, o acesso à saúde e o acesso à justiça acabam sendo prejudicados por causa de uma atuação/prestação ineficiente do Estado brasileiro. É dever do Estado promover o acesso à saúde e o acesso à justiça sob pena de responsabilização. Essa responsabilidade do Estado é objetiva.

É imprescritível que seja promovida uma saúde de qualidade com políticas públicas para que seja possível o exercício da cidadania na Democracia. Não se pode esquecer que a efetividade do Direito Humano/Fundamental à Saúde contribui com o exercício da cidadania e com a promoção de uma justiça social. Logo, os movimentos sociais têm que lutar pela concretização desse direito. É nesse sentido e com essa visão que vem sendo realizada a luta pelo uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* no Brasil.

Em relação ao problema central da judicialização do direito à saúde, Ventura, Simas, Pepe e Scharamm¹⁵ mencionam que:

Neste sentido, a problemática central trazida para o Direito e a Saúde – que se expressa no fenômeno da judicialização da saúde – é a de como o Estado, no âmbito dos Poderes Executivo, Legislativo ou Judiciário, deve proteger as pessoas dos riscos das novidades oferecidas pelo "mercado de saúde", que, não raramente, cria "necessidades" para "vender" soluções. E, ao mesmo tempo, fazer cumprir com seu dever de assistência, promovendo o acesso aos avanços biotecnocientíficos que de fato podem ser benéficos ao processo terapêutico e ao bem-estar das pessoas, de forma igualitária e sem discriminação de qualquer espécie.

Há um problema prático no processo de promoção do direito à saúde pela atuação do Poder Judiciário, qual seja: como tratar o ser humano como sujeito de direitos e não como mercadoria? Nesse sentido, é imperioso que haja fiscalização estatal para identificar os casos concretos de “necessidade humana” para efetivar esse direito e os casos de “fraudes” para ser responsabilizados.

¹⁵ VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHARMM, Fermin Roland. **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE, ACESSO À JUSTIÇA E A EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006. Acesso em 21.06.2017.

Há deficiências para com a judicialização da saúde no Brasil, para Ventura, Simas, Pepe e Scharamm¹⁶:

Os estudos sobre o fenômeno da judicialização no Brasil revelam algumas deficiências e insuficiências do sistema de saúde e judicial brasileiro para responder de forma satisfatória suas responsabilidades sanitárias (SANT'ANA, 2009; ROMERO, 2008; MARQUES; DALLARI, 2007; BORGES, 2007; VIEIRA; ZUCCHI, 2007). Os trabalhos empíricos apontam que a demanda judicial brasileira mais recorrente no âmbito da saúde é constituída por pedidos – individuais e coletivos – de medicamentos. Os pedidos judiciais se respaldam numa prescrição médica e na suposta urgência de obter aquele insumo, ou de realizar um exame diagnóstico ou procedimento, considerados capazes de solucionar determinada "necessidade" ou "problema de saúde". A escolha da via judicial para o pedido pode ser dar pela pressão para a incorporação do medicamento/procedimento no SUS ou pela ausência ou deficiência da prestação estatal na rede de serviços públicos. Nesta última situação, pode-se dizer que a judicialização da saúde expressa problemas de acesso à saúde em seu sentido mais genérico, isto é, como uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta (TRAVASSOS; MARTINS, 2004), e que o fenômeno pode ser considerado como um recurso legítimo para a redução do distanciamento entre direito vigente e o direito vivido.

O Direito Brasileiro (direito vigente) deve estar adequado às necessidades sociais (direito vivido), nesse sentido, a judicialização da saúde precisa garantir o acesso à saúde digna das pessoas vulneráveis. Essa judicialização não pode servir para que haja fraudes no sistema de saúde. A intervenção judicial não deve visar enriquecer empresários, pelo contrário, o que deve estar fundamentado na decisão judicial é o acesso à saúde para os que precisam. O Sistema Único de Saúde não pode ser prejudicado com ações irresponsáveis, pois quem sofre com a deficiência desse sistema é a população vulnerável. O acesso à saúde deve ser garantido no Estado Democrático com transparência, participação e fiscalização para que, com isso, as fraudes não aconteçam nem pessoas venham a ser prejudicadas.

Os médicos não podem dar prescrição médica individual que não condiz com a realidade para evitar a prática criminosa e evitar prejuízo coletivo, pois um dano ao Sistema de Saúde é um agravo a toda a coletividade. O Conselho de Medicina deve ficar atento a tal prática e responsabilizar quem a realizar. O Ministério Público deve fiscalizar atitudes criminosas na área médica e contribuir com a responsabilização das pessoas que as praticar. O povo e os agentes públicos devem fiscalizar as atitudes delituosas pelas pessoas na área de

¹⁶ VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHARMM, Fermin Roland. **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE, ACESSO À JUSTIÇA E A EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006. Acesso em 21.06.2017.

saúde e fazer denúncias quando constatar tais práticas. Segundo Ventura, Simas, Pepe e Scharamm¹⁷:

De fato, observa-se que a demanda judicial evidencia uma tensão interna no sistema de assistência à saúde, entre a autonomia do médico em sua prescrição à pessoa atendida (mesmo aqueles funcionários do sistema público de saúde) e os regulamentos, normas sanitárias, PCDTs. No sistema legal brasileiro, o profissional médico é responsável pessoalmente pelos danos ou "perda de chance de cura" (ROSÁRIO, 2008) que causar ao paciente. Da mesma forma, o ente público também pode ser responsabilizado. Mas as responsabilidades pessoais e institucionais são diferenciadas tanto na perspectiva legal como na dimensão ética. A responsabilidade dos profissionais de saúde é analisada de forma subjetiva, o reclamante deve comprovar que o profissional não agiu conforme as boas práticas médicas e que cometeu algum erro, imperícia ou negligência que lhe causou o dano. A obrigação do Estado é objetiva, pois o reivindicante deve apenas comprovar a relação causal efetiva entre a omissão/ação do ente público e o dano reclamado pelo cidadão. Para ilidir sua culpa, o Estado que deve comprovar que o referido dano não poderia ter sido evitado ou minimizado.

Os médicos têm autonomia funcional para analisar a situação do paciente e prescrever o mais adequado tratamento. Porém, esse ato médico deve ser realizado de forma respeitável, tendo em vista que eles estão sujeitos a responsabilização civil, penal e administrativa. Os médicos são responsáveis pelos danos causados ou pela “perda de chance de cura” dos pacientes.

Há uma diferença entre a responsabilidade do médico particular e do médico, servidor público. O primeiro responde com base no Código de Defesa do Consumidor, por ser um profissional liberal, nesse caso, a responsabilidade dele é pessoal, integral e subjetiva. Já o segundo responde no caso de comprovação de dolo ou culpa em ação de regresso. O Estado é o primeiro a ser responsabilizado (responsabilidade civil do Estado), de forma objetiva e integral, no caso de um médico, servidor público, que causa dano a outrem no exercício dessa função pública ou em razão dela, conforme o artigo 37, parágrafo 6º, da Constituição Federal de 1988.

No caso de responsabilidade civil do Estado, o Estado pode utilizar das causas excludentes de responsabilização, quais sejam: culpa exclusiva da vítima; impossibilidade de ocorrência do dano; caso fortuito; ou força maior.

¹⁷ VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE, ACESSO À JUSTIÇA E A EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006. Acesso em 21.06.2017.

Ao tratar sobre a eficácia do direito humano à saúde, Ventura, Simas, Pepe e Scharamm¹⁸ apresentam:

No debate jurídico atual, há três posições sobre a eficácia do direito à saúde, que se desdobram em análises acerca das possibilidades de atuação do Judiciário na determinação de prestações a serem cumpridas pelo SUS.

1. Uma primeira posição entende que a eficácia desse direito deve ser restrita aos serviços e insumos disponíveis do SUS, determinados pelo gestor público.

2. Uma segunda compreende que o direito à saúde implica garantia do direito à vida e integridade física do indivíduo, devendo o Judiciário considerar a autoridade absoluta do médico que assiste ao autor da ação judicial, obrigando o SUS a fornecer o tratamento indicado.

3. Uma terceira posição defende que a eficácia do direito à saúde necessita ser a mais ampla possível, devendo o Judiciário – na análise do caso concreto – ponderar direitos, bens e interesses em jogo, para fixar o conteúdo da prestação devida pelo Estado.

A terceira posição é a que se revela mais adequada à compreensão da sinergia entre saúde e direito, na garantia do cidadão ao acesso à justiça e acesso à saúde (LEIVAS, 2006). O juiz deverá levar em conta, por exemplo, se as alternativas terapêuticas, oferecidas pelo SUS, podem atender às necessidades do demandante, sem prejuízos significativos para seu bem-estar; ou se a prescrição médica individual requerida, comparada ao que há disponível no SUS e respaldada por evidências científicas, é o único meio eficiente para garantir a saúde do demandante.

Ao estudar sobre a eficácia do direito à saúde pelo Poder Judiciário em determinar obrigações a serem realizadas pelo SUS, é possível constatar três posições/correntes: a primeira corrente entende que as obrigações a serem feitas pelo SUS deve ser restritiva no sentido de só poder realizar os serviços e os insumos disponíveis; a segunda corrente defende a tese de que o Estado-juiz deve determinar obrigações de acordo com o tratamento apontado pelo médico; a terceira corrente aponta que o Estado-juiz deve analisar o caso concreto de forma ampla e efetivar o direito humano/fundamental à saúde com vista em garantir o melhor para a vida humana.

Ao analisar as correntes apresentadas fica claro o protagonismo do Estado-juiz na Judicialização da saúde, tendo em vista que o juiz deve analisar o caso concreto e apresentar uma sentença judicial que efetive o direito humano à saúde com um olhar para a promoção da dignidade da pessoa humana (tratamento humanizado).

¹⁸ VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE, ACESSO À JUSTIÇA E A EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006. Acesso em 21.06.2017.

1.2.13 Reserva do Possível

A Reserva do Possível é uma teoria criada na Alemanha, que faz um olhar na seguinte questão: “necessidades infinitas e recursos limitados”. Sarlet e Molinaro (2011, p. 37) aludem que:

Ao se tratar da efetividade judicial do direito à saúde, e dos direitos sociais de uma forma geral, comumente se aborda o tema a partir da sua dimensão econômica, imersa num conflito objetivo entre necessidades infinitas e meios finitos. Trata-se da chamada ‘reserva do possível’, construção teórica que condiciona a efetividade dos direitos sociais - originalmente vinculada à efetivação dos direitos sociais derivados a prestações *Teilhhaberechte* -, à capacidade financeira do Estado. Com efeito, a teoria da ‘reserva do possível’ ganhou contornos jurídicos mais precisos a partir do desenvolvimento jurisprudencial do Tribunal Constitucional Federal da Alemanha, destacando-se a multitudine decisão BvefGE 33, 3003 (333), chamada popularmente de decisão ‘*numerus clausus*’. Tratou-se, na ocasião, do direito de acesso à vaga no ensino superior, na qual se firmou o entendimento de que, além da disponibilidade orçamentária, era necessária a razoabilidade da prestação, no sentido de se aferir o que o indivíduo pode exigir razoavelmente da sociedade.

A teoria da Reserva do Possível deve ser analisada em conformidade com a teoria do Mínimo Existencial, tendo em vista que esta teoria defende a tese de que o Estado deve garantir a todos uma mínima condição para se viver com dignidade. Aquela teoria estabelece um condicionamento para com a efetividade dos direitos sociais que são os recursos do Estado (“capacidade financeira do Estado”). Esta teoria ganhou força com a jurisprudência do Tribunal Constitucional Federal da Alemanha na decisão conhecida por ‘*numerus clausus*’ que discutiu sobre o “direito de acesso à vaga no ensino superior” diante da “disponibilidade orçamentária”, “razoabilidade da prestação” Estatal e “o que o indivíduo pode exigir razoavelmente da sociedade”.

Quanto às dimensões da análise da Reserva do Possível, Sarlet e Molinaro (2011, p. 37 e 38) dispõem que:

Neste sentido, a “reserva do possível”, na esteira do que leciona Ingo Sarlet, se desdobra uma tríplice dimensão, abrangendo a) a efetiva disponibilidade fática dos recursos para a efetivação dos direitos fundamentais; b) a disponibilidade jurídica dos recursos materiais e humanos, relacionando-se com a distribuição das receitas e competências tributárias, orçamentárias, legislativas e administrativas, dentre outras; e c) na perspectiva do titular de um direito a prestação social, a ‘reserva do possível’ envolve o problema da proporcionalidade da prestação e de sua razoabilidade.

As dimensões da Reserva do Possível são: real disponibilidade de recursos estatais para efetivar os direitos humanos, fundamentais, sociais; formal disponibilidade de recursos estatais como “distribuição das receitas e competências tributárias, orçamentárias, legislativa administrativas, dentre outras”; jurídica disponibilidade com vista na “proporcionalidade e razoabilidade” da prestação estatal para com a efetividade desse direito para o titular dele.

Sobre a preservação do Núcleo Essencial dos Direitos, Sarlet e Molinaro (2011, p. 38) descrevem que:

Como visto a chamada ‘reserva do possível’ não abrange apenas o viés econômico da concretização dos direitos sociais, mas também outras possibilidades de ordem jurídica e institucional, podendo servir, neste sentido, como possível critério balizador por ocasião de colisões entre direitos fundamentais, desde que preservado, em qualquer hipótese, o núcleo essencial de ambos os direitos. Cumpre destacar que, para o caso específico do direito à saúde, além da escassez de recursos financeiros, o que se torna cada vez mais evidente na medida em que avança o processo de desenvolvimento da tecnologia médica, há também a questão da disponibilidade de órgãos, pessoal especializado e equipamento, além da questão legal/constitucional da repartição de competências. Como exposto acima, não há que negar o impacto econômico dos direitos sociais, e a eventual utilização da ‘reserva do possível’ como argumento no cenário jurídico brasileiro, já que, nem mesmo na Alemanha, economia central da União Europeia, dispensa-se o debate acerca dos limites orçamentários à efetivação dos direitos sociais, de modo que essa questão, especialmente no Brasil, deve ser levada a sério. Todavia, o que se impõe é a análise crítica do positivismo impeditivo da intervenção judicial no âmbito da efetivação dos direitos sociais, tendo como fundamento a escassez de recursos e a competência parlamentar em matéria orçamentária, no sentido de formulação de políticas públicas e alocação de recursos.

A Reserva do Possível não trata apenas de uma análise econômica, mas também de uma análise jurídica e institucional. Em caso de colisões de Direitos Fundamentais, os direitos que protegem a vida e a saúde devem prevalecer. O Núcleo Essencial dos Direitos Fundamentais deve ser observado. O Brasil precisa fazer uma reorganização na área da saúde com melhorias estruturais e pessoais. O argumento da Reserva do Possível sem uma devida comprovação não tem legitimidade, tendo em vista que uma alegação sem prova é infundada. O poder executivo e o poder legislativo devem se estruturar para efetivar os direitos sociais em curto, médio e longo prazo com políticas públicas. O recurso financeiro deve ser adequado para que seja possível haver o desenvolvimento social. O combate ao desvio de verbas públicas e a corrupção deve ser um dos focos para que seja possível concretizar os direitos sociais no Estado Democrático de Direito. Conforme Sarlet e Molinaro (2011, p. 38):

Primeiramente, o potencial da teoria da ‘reserva do possível’, do ponto de vista jurídico-constitucional brasileiro, deve ser significativamente atenuado, especialmente no que diz com o embate entre direitos sociais e limites orçamentários, já que direitos fundamentais sociais não se condicionam, ou, melhor, não estão em estrita dependência do legislador ordinário, como de resto se apresentam os direitos derivados a prestações, de matriz infraconstitucional. Ademais, o fato de que o direito à saúde não constitui um direito absoluto não significa necessariamente que este deva ser limitado pela capacidade econômica do Estado, mas que possa eventualmente sofrer limitações frente à proteção e garantia de outros direitos fundamentais. Ademais, ainda que admitido o argumento da escassez de recursos como argumento apto a limitar a fruição dos direitos sociais, pelo disposto no art. 5º, parágrafo 1º, da CF/88, caberia ao Poder Público, em última análise, a comprovação da falta efetiva dos recursos indispensáveis à satisfação dos direitos a prestações, de modo que, o argumento *a priori*, de que o Estado brasileiro não tem meios financeiros para arcar com as demandas sociais, sem comprovação fática para o caso concreto, é de pronto descartado.

A Reserva do Possível não é uma teoria aplicada quando se trata de efetivar os Direitos Fundamentais, tendo em vista que a dignidade da pessoa humana deve ser concretizada e com isso deve ser proporcionado o Mínimo Existencial de todos. Os recursos financeiros do Estado devem servir para que o desenvolvimento da sociedade aconteça. Esse desenvolvimento se dá com políticas públicas que garantam as necessidades sociais (demandas sociais). O fato de o direito humano à saúde ser um direito relativo (não é um direito absoluto) não significa dizer que não se pode efetivar esse direito por questão econômica ou financeira. O Poder Público deve proporcionar esse direito para toda a coletividade. Caso não seja feito de forma voluntária, o Poder Judiciário deve efetivar esse direito com decisão judicial.

O estudo sobre o obstáculo da prestação de direitos pela economia não é recente, pois já é possível visualizar esse estudo pela doutrina marxista. Sarlet e Molinaro (2011, p. 38 e 39) tratam que:

Com efeito, a limitação estrita das possibilidades do Direito pela economia é objeto de estudo científico desde a doutrina marxista, que relega o Direito à mera condição de superestrutura ideológica da classe dominante. A teoria da análise econômica do Direito, ao atribuir, para o campo de Direito, maior significação à categoria eficiência do que à categoria legalidade / constitucionalidade, acaba condicionando todo o sistema jurídica pela lógica da infraestrutura das reações econômicas. Neste particular, Limas Lopes, ao criticar o uso indevido de categorias externas à lógica jurídica, destaca que ainda que seja mais eficiente, do ponto de vista econômico, abandonar parte da população à própria sorte, eliminar sujeitos não desejados, impedir o acesso de etnias a certos lugares e assim por diante, a obrigatoriedade ou não de tais ações não pode ser respondida com o critério do custo.

Com fundamento na economia não se pode abandonar a grande maioria da população sem prestar serviços essenciais, nesse sentido, os recursos econômicos devem proporcionar uma distribuição material de oportunidades, de renda, de trabalho, de moradia, de alimentação, de saúde, etc. A desigualdade social deve acabar no Estado Social de Direito e ela terminará com a inclusão da maioria da população na vida em sociedade e nas decisões políticas. O impedimento ao desenvolvimento pessoal, profissional e social gera desigualdade, logo, o Estado deve contribuir no protagonismo popular para com a construção de uma sociedade social: coletividade que detêm direitos sociais e que estes são efetivados.

1.2.14 Suspensões de Liminares que garantem o Direito à Saúde pelos Tribunais

Diante de uma ausência de fiscalização e da má-fé das mais variadas pessoas nas fraudes com a judicialização da saúde, os Tribunais vêm suspendendo as liminares que concretizam o direito à saúde em ações judiciais. Com essa atitude, pessoas estão sendo prejudicadas. Porém isso aconteceu pelo dano causado ao erário público e às pessoas: gastos com pessoas que não precisam da utilização do direito à saúde e exclusão das pessoas que precisam desse direito.

Os Tribunais vêm suspendendo as liminares que tratam sobre a concretização do direito à saúde por entenderem que há um sistema falho e fraudulento no Brasil. Por um lado, pessoas estão ficando ricas com a judicialização da saúde; por outro lado, pessoas vulneráveis estão sendo excluídas da prestação estatal do direito humano à saúde. O STJ no ano de 2017 suspendeu o fornecimento obrigatório de medicamento que não estão incluídos na lista do SUS¹⁹:

Obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos não contemplados em lista do SUS é tema de repetitivo

A Primeira Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) afetou o Recurso Especial 1.657.156, da relatoria do ministro Benedito Gonçalves, para julgamento pelo sistema dos recursos repetitivos.

A questão submetida a julgamento trata da "obrigatoriedade de fornecimento, pelo Estado, de medicamentos não contemplados na Portaria 2.982/2009 do Ministério da Saúde (Programa de Medicamentos Excepcionais)".

¹⁹ STJ, **OBRIGATORIEDADE DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO CONTEMPLADOS EM LISTA DO SUS É TEMA DE REPETITIVO**. Disponível em: http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt_BR/Comunica%C3%A7%C3%A3o/noticias/Not%C3%ADcias/Obrigatoriedade-de-fornecimento-de-medicamentos-n%C3%A3o-contemplados-em-lista-do-SUS-%C3%A9-tema-de-repetitivo. Acesso em: 22.06.2017

O tema está cadastrado no sistema dos repetitivos sob o número 106.

A seção, com base no artigo 1.037, II, do Código de Processo Civil, também determinou a suspensão do andamento dos 678 processos, individuais ou coletivos, que versam sobre essa questão e que tramitam atualmente no território nacional.

Conforme previsto nos artigos 121-A do RISTJ e 927 do CPC, a definição da tese pela Primeira Seção vai servir de orientação às instâncias ordinárias da Justiça, inclusive aos juizados especiais, para a solução de casos fundados na mesma controvérsia.

A tese estabelecida em repetitivo também terá importante reflexo na admissibilidade de recursos para o STJ e em outras situações processuais, como a tutela da evidência (artigo 311, II, do CPC) e a improcedência liminar do pedido (artigo 332 do CPC).

A matéria em tratamento é sobre a obrigatoriedade do fornecimento de medicamento que não estão previstos na Portaria 2.982/2009 do Ministério da Saúde (Programa de Medicamentos Excepcionais). O Recurso Especial 1.657.156 de relatoria do ministro do STJ Benedito Gonçalves foi afetado para ser julgado por recurso repetitivo. Logo, fica suspensa em todo o território nacional as liminares, individuais ou coletivas, concedendo medicamentos que não constam nessa Portaria.

O que pode verificar com as suspensões das liminares que tratam sobre a concretização do direito à saúde pelos Tribunais é que é necessário um estudo teórico e prático aprofundado sobre essa temática para constatar como as fraudes vêm sendo feitas e como as pessoas vulneráveis vêm sendo excluídas dessa prestação. Não se pode admitir danos ao erário público nem inefetividade do direito humano à saúde. A fiscalização e a punição das pessoas que vêm lesando toda a sociedade devem ser feitas, logo, é necessária atuação do povo (denúncias) e do poder público (fiscalização, investigação e punição).

1.3 DIREITO HUMANO AO ACESSO A MEDICAMENTOS/REMÉDIOS

O acesso a medicamento de qualidade com um preço razoável é um direito humano de todos. Nesse sentido, é relevante estudar sobre as dificuldades e os deveres para com esse acesso no Brasil. Para fins de informação, a palavra remédio é utilizada para uma substância ou produto ou cuidado que promova uma melhoria na vida e na saúde humana; já a palavra medicamento é tratada para um produto que respeita um rígido controle técnico e se encontra em conformidade com as disposições de órgão competente (ANVISA, por exemplo).

1.3.1 Dificuldades para com o Acesso a Medicamentos/Remédios

O acesso a um meio para tratar as doenças das pessoas e proporcionar uma qualidade de vida é uma necessidade social, logo, o acesso a um remédio (farmacêutico ou natural) é um direito humano.

Sobre uma estimativa das pessoas que não possuem acesso a medicamentos fundamentais, Hunt e Khosla²⁰ aludem:

Cerca de 2 bilhões de pessoas não possuem acesso a medicamentos essenciais. Tal privação gera inúmeros sofrimentos que poderiam ter sido evitados: saúde precária, dor, medo, perda da dignidade e morte. Melhorar o acesso aos medicamentos existentes poderia salvar 10 milhões de vidas a cada ano, 4 milhões delas na África e Sudeste Asiático. Além das barreiras impostas ao acesso a medicamentos, o caráter extremamente desigual desse acesso continua a ser a característica mais evidente do setor farmacêutico mundial. Em países ricos, a média de gastos em medicamentos por pessoa é 100 vezes maior do que em países empobrecidos: cerca de US\$ 400 em comparação a US\$ 4. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 15% da população mundial consome mais do que 90% da produção farmacêutica.

Como mostra os mencionados autores, há uma grande quantidade de pessoas que necessitam de medicamentos essenciais, mas que não têm esse acesso: “2 bilhões de pessoas”. Atualmente, esse número de pessoas pode ter aumentado diante da elevação da expectativa de vida, de inadequada alimentação, de trabalho estressante, de dormir mal, de relacionamentos desgastantes, entre outros. A ausência desse acesso ocasiona violações aos direitos humanos por gerar dor, sofrimento, medo, angústia, morte e etc. A melhoria do acesso aos medicamentos ocasiona o salvamento das vidas humanas: “10 milhões de vida a cada ano”, sendo “4 milhões delas na África e Sudeste Asiático”.

Por um lado, há uma ausência de medicamento para parte da população mundial; por outro lado, a distribuição dos medicamentos se dá de forma desigual em todo o mundo. Os países ricos gastam mais com medicamentos e os consomem mais: “a média de gastos em medicamentos por pessoa é 100 vezes maior do que em países empobrecidos”. A consequência disso é “15% da população mundial consome mais do que 90 % da produção

²⁰ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

farmacêutica”: os ricos têm mais acesso aos medicamentos e os consomem mais. Hunt e Khosla²¹ descrevem que:

As políticas, regras e instituições existentes em âmbito nacional e internacional são os principais responsáveis por essas privações e desigualdades extremas. O sistema nacional de suprimento de medicamentos, com frequência, não consegue atender as pessoas de baixa renda. Quando o faz, os medicamentos são, na maioria das vezes, inacessíveis em razão de seu elevado preço. Historicamente, pesquisas e inovações científicas têm negligenciado as principais necessidades das parcelas economicamente mais vulneráveis da população. Contudo, a construção de estruturas alternativas é factível e reformas são urgentemente necessárias. De fato, mudanças devem ser exigidas como um dever jurídico e ético, dever esse que abarca inclusive as obrigações decorrentes dos documentos internacionais de direitos humanos.

As restrições e as desigualdades com o acesso à medicamentos se dão pelo próprio sistema de distribuição de medicamento, tendo em vista que tanto em âmbito nacional como internacional as políticas, normas e instituições são responsáveis por tais atos violadores de Direitos Humanos. As pessoas pobres são esquecidas do acesso aos medicamentos, porque não têm as suas demandas atendidas. Tanto as pesquisas como as inovações científicas na área de medicamento farmacêuticos não estão acessíveis para as pessoas de baixa renda. Porém é de se ressaltar que o movimento social para o uso da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos no Brasil visa proporcionar o acesso ao remédio à base da maconha para todas as classes sociais.

É necessário haver um olhar para o atendimento às necessidades das pessoas pobres, porque são seres humanos, sujeitos de direitos humanos, e são a maioria da população. Com base na legislação internacional e nacional que trata sobre os Direitos Humanos, a política de distribuição de medicamentos precisa ser reformada para se adequar a realidade social: pobre necessita de qualidade de vida. Com relação aos objetivos do Milênio, Hunt e Khosla²² aludem que:

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, tais como a redução da mortalidade infantil, melhoria na saúde materna e combate ao HIV/AIDS, malária e outras doenças, dependem de reformas que melhorem o acesso a medicamentos. Uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do

²¹ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

²² HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

Milênio diz respeito a proporcionar "em parceria com empresas farmacêuticas, o acesso a medicamentos essenciais a um preço razoável em países em desenvolvimento". A implementação do direito a desfrutar do mais elevado nível possível de saúde pode ajudar, de maneira crucial, a atingir o padrão de saúde almejado por tais Objetivos.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio contemplam o acesso aos medicamentos por tratar de “redução da mortalidade infantil, melhoria na saúde materna e combate ao HIV/AIDS, malária e outras doenças”, logo, é necessário reformar uma política de distribuição de medicamentos e remédios para atender as mais variadas doenças. Com relação ao tratamento do HIV/AIDS o Brasil já utiliza uma política de distribuição do Coquetel, inclusive quebrou a patente para esse medicamento, assim como fez no caso do Viagra mais recentemente. Com vista na qualidade de vida das pessoas, os medicamentos e remédios devem ser acessíveis a toda a população mundial e para que isso seja feito são necessárias ações estatais e de particulares para proporcionar um preço razoável dos medicamentos/remédios em todo o mundo. Ressalva-se que o Governo deve proporcionar remédios e medicamentos para os pobres que não conseguem arcar com eles. Em relação ao tratamento médico, Hunt e Khosla²³ apresentam:

O tratamento médico em caso de doença, bem como a prevenção, tratamento e controle de enfermidades são atributos centrais do direito a desfrutar do mais elevado nível possível de saúde (os termos "direito a desfrutar do mais elevado nível possível de saúde" e "direito à saúde" são usados como uma abreviação oportuna para a formulação mais precisa "direito de todos a desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental"). Os atributos mencionados dependem do acesso a medicamentos. Portanto, este acesso constitui uma parte indispensável do direito a desfrutar do mais elevado nível possível de saúde. Vários casos judiciais, bem como resoluções da Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas confirmam que o acesso a medicamentos essenciais é um elemento fundamental do direito à saúde. Alguns desses casos também confirmam que as discussões sobre este acesso estão intimamente relacionadas a outros direitos, tais como o direito à vida.

O direito a desfrutar do mais elevado nível possível de saúde abrange prevenção de doenças, tratamentos delas, etc. O tratamento médico deve ser feito em uma estrutura digna e com total respeito para com o paciente. O médico deve analisar o caso do paciente e prescrever o mais adequado tratamento sem qualquer tipo de preconceito, discriminação ou interesse particular. Os medicamentos e os remédios devem ser acessíveis para que os

²³ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

médicos tenham segurança de prescrevê-los. O acesso a um remédio significa o acesso ao direito humano à saúde. Não pode haver médicos ou quaisquer outros profissionais dessa área incompetentes (erros médicos) nem a restrição de distribuição de remédios nem hospitais sem estrutura digna nem profissionais da área de saúde sem valorização profissional e nem corrupção nessa área (em nenhuma área).

1.3.2 Deveres do Estado para com o Acesso à Medicamentos/Remédios

O acesso ao medicamento e remédio é um direito humano das pessoas, então, o Estado deve garanti-los. Hunt e Khosla²⁴ mencionam que:

Os Estados devem fazer todo o possível para assegurar que os medicamentos existentes sejam disponibilizados em quantidades suficientes dentro do âmbito de suas jurisdições. Por exemplo, eles provavelmente terão que utilizar alguns dos mecanismos de flexibilização da propriedade intelectual, previstos no Acordo Sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (conhecido como TRIPS), promulgando e aplicando leis internas que permitam a licença compulsória. Dessa maneira, os Estados assegurariam a disponibilidade de medicamentos em quantidades adequadas dentro de suas jurisdições. Há muito tempo, pesquisas e inovações científicas têm negligenciado as principais necessidades das populações de baixa ou média renda. Dentro de um sistema de assistência e cooperação internacionais, os Estados possuem, conseqüentemente, o dever de tomar as medidas necessárias a fim de efetivamente estimular a produção e a disponibilidade de novas drogas, vacinas e métodos de diagnóstico para aquelas doenças que causam maior sofrimento em países em desenvolvimento. Por essa razão, exige-se que os Estados recorram a uma diversidade de incentivos econômicos, financeiros e comerciais com o objetivo de direcionar as pesquisas e inovações científicas para satisfazer as suas respectivas necessidades em saúde.

Os Estados têm o dever jurídico para garantir os medicamentos e os remédios a todas as pessoas que precisam nos limites das suas jurisdições, nesse sentido, eles devem disponibilizar, em quantidade suficiente, medicamentos e remédios de qualidade para os que precisam deles para viver com dignidade. O “Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual” deve ser apreciado para que seja possível a “licença compulsória”. As pessoas de baixa ou média renda não podem ser esquecidas pelos Entes Público, então, estes devem tomar medidas - “incentivos econômicos, financeiros e comerciais”, bem como

²⁴ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

políticas públicas - que promovam o direito humano à saúde com pesquisas, produção e utilização de medidas que garantam uma qualidade de vida para todos.

O foco do olhar é na melhoria da qualidade de vida, então, os Estados devem adotar ações com vista em melhorar o sistema de saúde e a acessibilidade de medicamentos e remédios para as pessoas das mais variadas classes sociais. De forma sucinta, com relação aos deveres do Estado, Hunt e Khosla²⁵ tratam que:

Em suma, os Estados não possuem apenas o dever de assegurar que os medicamentos existentes estejam disponíveis dentro de seu território. Eles também possuem a obrigação de tomar as medidas razoáveis a fim de assegurar que os novos medicamentos dos quais mais se necessita sejam produzidos e, portanto, tornem-se disponíveis à população.

Os Estados têm o dever de garantir os medicamentos e os remédios já existentes para as pessoas, bem como incentivar a pesquisa, a produção e a distribuição de novos medicamentos e remédios que visem proporcionar uma melhoria nas vidas das pessoas. Nesse sentido, o governo brasileiro deve incentivar a pesquisa, a produção e a distribuição de remédios derivados da maconha, tendo em vista os efeitos benéficos da utilização dessa planta para a humanidade. Deve haver um incentivo para que seja realizado remédios derivados da maconha por familiares e não familiares. Para Hunt e Khosla²⁶:

O direito à saúde requer que seja estabelecida uma política nacional de medicamentos, capaz de garantir o acesso a estes por indivíduos e grupos em situações de vulnerabilidade, incluindo mulheres e suas filhas, minorias étnicas e populações indígenas, pessoas de baixa renda, pessoas vivendo com HIV/AIDS, pessoas internamente deslocadas, idosos, pessoas com deficiência, detentos e outros.

É necessário haver uma política nacional de medicamentos com vista em promover a pesquisa, a produção e a distribuição dos mais variados medicamentos para todos que necessitem, sem qualquer desigualdade. As pessoas vulneráveis - idosos, mulheres, crianças, negros, índios, doentes, pobres, etc. - não podem ficar sem o acesso à saúde, logo, deve haver uma política específica para esse grupo de pessoas no Brasil.

²⁵ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

²⁶ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

Quanto ao processo de distribuição de medicamento inclusivo e participativo, Hunt e Khosla²⁷ dispõem que:

Por meio de um processo inclusivo de participação, exige-se que o Estado prepare uma lista nacional de medicamentos essenciais, com base na Lista de Medicamentos Essenciais da OMS. Se o Estado declinar de sua competência de preparar uma lista nacional, o modelo oferecido pela OMS será auto-aplicável no âmbito interno, obviamente sujeito às revisões necessárias em cada contexto nacional. Tornar disponíveis e acessíveis em todo o território os medicamentos essenciais que constam da lista nacional é uma obrigação central do Estado que deve ser concretizada de imediato e não progressivamente.

Em suma, o direito à saúde abrange tanto o acesso a medicamentos essenciais, quanto àqueles considerados não essenciais. Embora quanto a estes, o Estado possua o dever de viabilizar progressivamente o seu acesso; quanto àqueles, o Estado possui a obrigação de torná-los imediatamente disponíveis e acessíveis em todo o território nacional. Este artigo trata dessas duas espécies de medicamentos, essenciais e não essenciais.

Com um processo inclusivo e participativo e com embasamento na Lista de Medicamentos Essenciais da OMS, o Estado deve preparar uma Lista Nacional de Medicamentos Essenciais. Caso o Estado não faça esta lista deve aplicar a Lista de Medicamentos Essenciais da OMS com as devidas adequações à realidade social brasileira. Os medicamentos que estiverem nessa lista essencial devem ser disponíveis e acessíveis em todo o território nacional. Os medicamentos que não forem determinados como essenciais devem ser distribuídos para as pessoas que precisem, pois eles também garantem o direito humano à saúde. É interessante que haja uma fiscalização para evitar fraudes nessa disponibilidade e acessibilidade de medicamentos no Brasil.

O Estado tem o dever de contribuir com a pesquisa e com a orientação das pessoas na utilização dos mais variados remédios e fazer uma lista de remédios que contribuem para uma qualidade de vida. Deve ser disponível para todos uma lista com plantas, substâncias, produto ou cuidado que promova o acesso à saúde dos sujeitos de Direitos Humanos, por exemplo, deve haver as devidas informações que um chá de uma determinada planta contribui para combater dores musculares, etc.

Os Estados devem respeitar, proteger e cumprir os Direitos Humanos. Hunt e Khosla²⁸ aludem que:

²⁷ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

Os Estados possuem deveres de respeitar, proteger e cumprir com as suas obrigações decorrentes do direito a desfrutar do mais elevado nível possível de saúde. Por exemplo, o *dever de respeitar* obriga o Estado a assegurar que a sua política de medicamentos não discrimine mulheres, minorias étnicas e outros grupos desfavorecidos. O *dever de proteger* exige que o Estado assegure que terceiros não impeçam a implementação do direito à saúde. Nesse sentido, exige-se que o Estado, por exemplo, assegure que a privatização do sistema de saúde impulse, e não obstrua, a implementação do direito à saúde. O *dever de cumprir* com as suas obrigações requer que o Estado disponibilize os medicamentos essenciais aos grupos economicamente mais desfavorecidos, se eles não puderem ter acesso a eles de maneira diversa.

Com base no direito a desfrutar o mais elevado nível possível de saúde, os Estados devem respeitar, proteger e cumprir os Direitos Humanos, inclusive o dever de promover o acesso a medicamentos e aos remédios para toda a coletividade. O primeiro dever (dever de respeitar) consiste na obrigação de o Estado respeitar todos os grupos sociais, principalmente, as pessoas vulneráveis. O segundo dever (dever de exigir) está ligado à garantia de que ninguém pode impedir o direito à saúde. O terceiro dever (dever de cumprir) dos Estados é o de concretizar as obrigações assumidas por eles, logo, estes têm obrigações para com a implementação dos medicamentos e dos remédios a todas as classes, especialmente, aos povos vulneráveis.

Os sujeitos de direitos devem participar das políticas de saúde. Hunt e Khosla²⁹ descrevem que:

Um aspecto importante do direito a desfrutar do mais elevado nível possível de saúde é a participação ativa e instruída de indivíduos e comunidades, no processo de formulação da política de saúde que os afeta. Na maioria dos casos, uma comunidade local possui um senso apurado sobre as prioridades de saúde que lhes dizem respeito. A comunidade possui o direito de participar na identificação das prioridades e metas de saúde. O objetivo dessa participação é estabelecer diretrizes capazes de guiar as deliberações técnicas subjacentes à formulação de políticas públicas de saúde do interesse dos membros dessas comunidades.

Ao formular a política e programas nacionais de medicamentos, exige-se que o Estado tome as medidas necessárias a fim de assegurar uma participação ativa e instruída de todos aqueles por eles afetados - não apenas de associações profissionais e universidades, mas também de comunidades

²⁸ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

²⁹ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

rurais, organizações não-governamentais, associações de pacientes e consumidores, e representantes de grupos desfavorecidos.

As pessoas - indivíduos e comunidade - devem participar ativamente no “processo de formulação da política de saúde” no Brasil. Essa participação contribui com a instituição de uma política de saúde que está de acordo com o contexto social. Os indivíduos e a comunidade têm o direito de participar da “identificação das prioridades e metas de saúde”. As diretrizes criadas, de forma participativa, contribuem com o desenvolvimento da coletividade, tendo em vista que as políticas públicas de saúde formuladas estarão em consonância com as demandas sociais.

As políticas e os programas nacionais de medicamentos e remédios instituídos com a participação do povo devem focar no atendimento das necessidades sociais. Todo o povo, bem como empresas, universidades, faculdades, ONGs, associações e etc. devem contribuir para a criação de um sistema de saúde que valorize a dignidade das pessoas e que efetive os Direitos Humanos, sem qualquer tipo de preconceito, discriminação, desrespeito ou exclusão.

No âmbito da assistência e cooperação internacionais em matéria de saúde, Hunt e Khosla³⁰ informam que:

A obrigação primária pela implementação do direito à saúde recai sobre as autoridades nacionais de cada Estado. Contudo, os Estados possuem a obrigação de tomar as medidas necessárias, isoladamente ou por meio da assistência e cooperação internacionais, a fim de garantir a implementação integral de vários direitos, entre eles o direito à saúde, em todo o mundo.

Para concretizar o direito humano à saúde é fundamental que haja assistência e cooperação internacionais no intuito de dialogar sobre os melhores caminhos para efetivar implementação desse direito. Cada Estado tem a obrigação de concretizar esse direito no respectivo país. No âmbito internacional, os Estados devem se unir para que todas as pessoas do mundo tenham acesso à saúde, principalmente, nos países pobres.

Não se pode esquecer do monitoramento e da responsabilização para com a efetividade do Direito Humano à Saúde. Hunt e Khosla³¹ descrevem que:

³⁰ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

³¹ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

Uma política nacional de medicamentos deveria, portanto, estar subordinada a mecanismos adequados de monitoramento e responsabilização. Isso requer que a política de saúde estabeleça as obrigações do governo diante do direito à saúde, em particular no que diz respeito ao acesso a medicamentos; bem como, um plano para cumprir com estas obrigações, que identifique os objetivos, prazos, responsáveis e suas obrigações, indicadores, parâmetros e procedimentos para acompanhamento dos avanços realizados neste plano. Periodicamente, um órgão nacional adequado (como por exemplo, um *ombudsman* sobre o direito à saúde) terá a obrigação de analisar em que medida os responsáveis pela implementação da política nacional de medicamentos têm cumprido com os seus deveres - não com a intenção de sancionar e puni-los, mas sim com o intento de determinar quais políticas e instituições têm funcionado e quais não, a fim de melhorar a implementação concreta do direito de todos ao acesso a medicamentos.

A Política Nacional de Saúde, de Remédio e de Medicamentos brasileira deve haver mecanismos de monitoramento e responsabilização, tendo em vista a necessidade de haver a fiscalização e a reparação dos danos causados. O Governo tem obrigações para com o bem de toda a coletividade, especialmente, com o direito à saúde. Essa política deve ter estabelecidos e cumprir “objetivos, prazos, responsáveis, procedimentos e obrigações” para que seja efetivada, bem como deve ser acompanhado os avanços conquistados.

Um órgão nacional deve ser criado para acompanhar a humanização da implementação de uma Política Nacional de Saúde, Remédio e de Medicamento, analisando as medidas que estão sendo concretizadas e as que não estão. Essa análise deve servir para que seja possível adequar essa Política ao atual contexto social.

Para tratar sobre o sistema confiável de suprimento de medicamentos de qualidade e os preços razoáveis, Hunt e Khosla³² descrevem que:

O Estado possui o dever legal de garantir que haja, em todo o seu território, um sistema confiável, eficiente e transparente capaz de disponibilizar medicamentos de qualidade, a preços razoáveis, seja ele público, privado ou misto. Esse sistema deve ser sensível às necessidades atuais, ser economicamente viável, reduzir gastos desnecessários e evitar atos que constituam corrupção. Extremamente importante notar que tal sistema deve ser desenhado para atender a grupos economicamente desfavorecidos e comunidades isoladas, bem como elites urbanas enriquecidas.

A criação e a implementação de um sistema de saúde confiável, eficiente e transparente em todo o país é um dever do Estado. Esse sistema deve tratar dos mais variados assuntos da saúde humana, inclusive de “medicamentos de qualidade e a preços razoáveis”,

³² HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

devendo ser para todas as pessoas das mais variadas classes, com foco nas pessoas vulneráveis, podendo ser misto: público e privado. O referido sistema precisa ser “sensível às necessidades atuais, economicamente viável, reduzir gastos desnecessário e evitar atos que constituam corrupção”. Com relação à qualidade dos medicamentos, Hunt e Khosla³³ dialogam que:

Os parâmetros internacionais de direitos humanos são claros: o Estado possui a obrigação jurídica de assegurar que medicamentos de boa qualidade estejam disponíveis em todo o seu território. Para tanto, faz-se necessária uma regulação efetiva dos medicamentos capaz de garantir a segurança, eficácia e qualidade destes nos setores público e privado. Além disso, tal regulação deve assegurar a exatidão e o caráter apropriado da informação disponível sobre medicamentos aos profissionais de saúde e ao público em geral.

Os medicamentos devem ter qualidade e o Estado deve garanti-la. Então, o Estado tem o dever jurídico de disponibilizar medicamentos de qualidade para todas as pessoas. Isso é feito com uma regulamentação que garanta “informação, segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos” e que esteja de acordo com os Direitos Humanos e com as demandas sociais. Com relação ao financiamento de medicamentos, Hunt e Khosla³⁴ tratam que:

Para que um medicamento esteja disponível a um preço razoável, há muitos fatores a serem levados em consideração, incluindo a forma de seu financiamento (ou seja, como os medicamentos são pagos) e a maneira pela qual os preços são estabelecidos. Há diversas formas de financiar medicamentos, inclusive por meio de seguros de saúde públicos ou privados, taxas cobradas dos pacientes, doações, empréstimos e assim por diante. Essas questões são complexas, por isso o Relator Especial se limita aqui a um único tópico. Seja qual for o sistema de financiamento escolhido, o Estado possui o dever em direitos humanos de assegurar que tais medicamentos sejam economicamente acessíveis a todos (isto é, oferecidos a preços razoáveis).

A acessibilidade do direito humano à saúde se dá com o acesso aos remédios e medicamentos, nesse sentido, é necessário haver financiamento pelo Estado para que todas as pessoas consigam utilizá-los. Como visto acima, há as mais variadas formas de financiamentos, podendo ser: “seguro de saúde, taxas cobradas dos pacientes, doações,

³³ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

³⁴ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

empréstimos”, etc. Analisar o financiamento dos remédios e medicamentos é relevante para saber como eles podem ser “economicamente acessíveis a todos”. Não se pode excluir do sistema de saúde as pessoas pobres, logo, o Estado deve prestar remédios e medicamentos para todos os pobres que necessitar. É interessante que haja fiscalização do financiamento para evitar e/ou punir a corrupção nessa área. Hunt e Khosla³⁵ descrevem que:

O direito à saúde envolve a participação, o acesso à informação, a transparência, o monitoramento e mecanismos de responsabilização. Cada um desses fatores auxilia a estabelecer um ambiente, no qual a corrupção não possa persistir. Em suma, a política de saúde é também uma política anti-corrupção. A implementação do direito à saúde pode, portanto, ajudar a reduzir a corrupção no setor de saúde em geral, bem como nos sistemas de suprimento de medicamentos em particular.

Uma política de saúde deve ser uma política anti-corrupção, tendo em vista que os meios para a promoção e efetivação do direito humano à saúde devem evitar a corrupção. Para prevenir a corrupção é necessário que haja instrumentos para “informação, transparência, monitoramento e mecanismos de responsabilização”. Logo, uma política de saúde democrática e participativa pode contribuir para com o combate a corrupção na área da saúde e no setor de medicamentos. Essa prática ilícita não pode impedir ou prejudicar a concretização do direito à saúde no Brasil.

Quanto à política nacional de medicamento, Hunt e Khosla³⁶ informam que:

É extremamente importante que todos os Estados tenham uma política nacional de medicamentos atualizada e um plano detalhado para sua implementação. A política deveria incluir uma lista nacional de medicamentos. Na virada do século, quase 100 Estados não possuíam uma política nacional de medicamentos. Dois terços daqueles que de fato possuíam essa política não tinham um plano para sua implementação concreta. Sob tais circunstâncias, torna-se difícil defender como um Estado pode estar em conformidade com suas obrigações decorrentes do direito à saúde, se ele não possui nem mesmo uma política nacional de medicamentos atualizada e apropriada, um plano para sua implementação e uma lista de medicamentos essenciais, preparada por meio de um processo participatório e inclusivo.

³⁵ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

³⁶ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

É um dever jurídico que os Estados construam uma política nacional de saúde, remédio e de medicamento democrática e participativa. Essa política deve estar de acordo com a realidade social e deve contribuir para terminar com o conflito social no que tange a saúde das pessoas: as demandas sociais reconhecidas devem ser supridas no Brasil. Toda a estrutura da área da saúde deve ser melhorada no que tange a estrutura física, aos profissionais e ao atendimento humanizado. Não se pode esquecer da necessidade de haver uma lista nacional de remédios e medicamentos e do plano de implementação dessa política. Logo, os Estados devem cumprir todos os seus deveres para com a concretização do Direito Humano à Saúde.

1.3.3 Deveres das Indústrias Farmacêuticas

As indústrias farmacêuticas também detêm deveres para com a sociedade. Hunt e Khosla³⁷ dispõem que:

A seção anterior deu maior ênfase à obrigação de aumento do acesso a medicamentos, que primariamente recai sobre os Estados. No entanto, obviamente, essa é uma responsabilidade compartilhada. No caso de haver um aumento no acesso a medicamentos, vários agentes nacionais e internacionais possuem um papel inescusável a ser desempenhado. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio reconhecem que as empresas farmacêuticas fazem parte do rol daqueles que compartilham desta responsabilidade. O Objetivo 8, uma parceria global para o desenvolvimento, elenca diversas metas, entre elas prevê que seja proporcionado "em parceria com empresas farmacêuticas, o acesso a medicamentos essenciais a um preço razoável em países em desenvolvimento".

A responsabilidade para com o sistema de saúde e o de medicamento é compartilhada, tendo em vista que não são apenas os Estados que detêm responsabilidades com esse sistema. As empresas farmacêuticas, nacionais e internacionais, têm responsabilidades na concretização desse sistema. Uma meta/objetivo a ser alcançada é o seguinte: “em parceria com empresas farmacêuticas, o acesso a medicamentos essenciais a um preço razoável em países em desenvolvimento”.

Com relação ao poder de influenciar a efetividade do direito humano à saúde, Hunt e Khosla³⁸ aludem que:

³⁷ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

O setor farmacêutico tem a capacidade de impactar profundamente a implementação do direito a desfrutar do mais elevado nível possível de saúde. Os Estados e outros atores têm criticado o setor farmacêutico por estabelecer preços muito altos; por fazer doações inconstantes de medicamentos; por desenvolver pesquisas e inovações científicas que não levam em consideração de maneira proporcional as doenças existentes em diferentes regiões do mundo; por defender a adoção de padrões mais rigorosos de propriedade intelectual conhecidos como "TRIPS-plus"; pelo anúncio inadequado de medicamentos; por exames clínicos questionáveis; e outras práticas que são consideradas obstáculos à capacidade estatal de cumprir com as suas obrigações referentes ao direito à saúde. No entanto, os Estados e outros atores têm elogiado alguns avanços significativos nos últimos anos, como por exemplo maior margem de preços diferenciados; doações previsíveis e sustentáveis de medicamentos; e um novo compromisso para com as pesquisas e inovações científicas sobre doenças normalmente negligenciadas.

As indústrias farmacêuticas exercem um “macro poder” na vida em sociedade, nesse sentido, elas influenciam na concretização do direito a desfrutar do mais elevado nível possível de saúde. Aqueles não devem: colocar medicamentos a preços altos; distribuir medicamentos sem qualidade; pesquisar sobre os tratamentos e as curas das doenças de maneira desproporcional; doar inconstantemente; fazer propaganda inverídicas sobre os medicamentos; adotar padrões rígidos de propriedade intelectual; “por exames clínicos questionáveis”, entre outras práticas violadoras de Direitos Humanos.

Já é possível constatar que os deveres das indústrias farmacêuticas vêm sendo respeitados como é o caso de medicamentos com preços razoáveis; “doações previsíveis e sustentáveis de medicamentos”; pesquisas e inovações científicas sobre as mais variadas doenças; e etc.

As indústrias farmacêuticas têm responsabilidade social, Hunt e Khosla³⁹ mencionam que:

Há pontos em comum entre a responsabilidade social corporativa, os avanços promovidos pelas empresas farmacêuticas e o direito à saúde. Embora a estrutura analítica do direito à saúde (como apresentada acima) esteja centrada na figura do Estado, a implementação concreta desta estrutura elucida quais intervenções na política de saúde que uma empresa farmacêutica poderia - e deveria - realizar a fim de melhorar o acesso a

³⁸ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

³⁹ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

medicamentos. O direito à saúde pode ser promovido e protegido sem que seja necessário recorrer a tribunais, por meio da formulação de políticas adequadas de saúde. Apesar de elogiável que algumas empresas do setor farmacêutico tenham formulado, por conta própria, iniciativas socialmente responsáveis; tais práticas não se equiparam aos mecanismos oficiais de responsabilização previstos nos documentos de direitos humanos (alguns desses mecanismos são não-judiciais, como por exemplo o mecanismo de ouvidoria conhecido como *Ombudsman*).

A responsabilidade social da indústria farmacêutica pressupõe o dever de contribuir para a criação e implementação de um sistema de saúde e de medicamento que efetive o direito humano à saúde da melhor maneira possível. Com a cooperação entre Estados, indústria farmacêutica e o povo é possível haver uma concretização desse direito sem intervenção do poder judiciário, desde que seja criado e implantado uma política de saúde e de medicamento que termine com o conflito social sobre a questão da saúde das pessoas. As teorias e as ações realizadas pelos Estados, indústria farmacêutica e povo devem visar a concretização dos direitos humanos.

Com relação ao diálogo entre os deveres das indústrias farmacêuticas para efetivar o Direito Humano à Saúde, Hunt e Khosla⁴⁰ mencionam que:

Nos últimos anos, o entendimento geral acerca do significado dos direitos econômicos, sociais e culturais tem se consolidado. Se esta tendência se mantiver, será necessário migrar de discussões genéricas sobre o tema para a análise de direitos específicos, em relação a setores, agentes e assuntos igualmente pontuais. Esse é o momento a que chegamos com relação às discussões sobre as empresas farmacêuticas e o direito à saúde. De qualquer maneira, atualmente, declarações gerais sobre empresas do setor farmacêutico e os direitos econômicos, sociais e culturais constituem a base indispensável para um exame mais detalhado de assuntos específicos sobre o direito à saúde. Em suma, é hora de explorar mais profundamente os deveres das empresas farmacêuticas decorrentes do direito à saúde reconhecidos genericamente pelo Comentário Geral 14, Parágrafo 42 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas.

O diálogo sobre os Direitos Humanos e os deveres dos sujeitos para efetivar aqueles (Direitos Humanos) deve ser constante no Estado Democrático de Direito. Ninguém deve negligenciar os seus deveres para com o desenvolvimento da coletividade. As indústrias farmacêuticas devem efetivar o direito humano à saúde, pois é um dever dela no sentido de cooperar para proporcionar uma melhor qualidade de vida para as pessoas. O campo teórico, o normativo e o prático devem ser analisados conjuntamente para que as necessidades sociais

⁴⁰ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

sejam supridas e todos tenham um acesso digno ao direito humano à saúde e a uma distribuição coerente de medicamento. Nesse sentido, Hunt e Khosla⁴¹ corroboram que:

Concorda-se, cada vez mais, com a idéia de que as empresas, como todos os atores na sociedade, possuem algumas obrigações jurídicas e éticas perante os direitos humanos. De acordo com o seu Preâmbulo, a Declaração Universal de Direitos Humanos estabelece certos deveres em direitos humanos para "todos os órgãos da sociedade", expressão essa que deve incluir as empresas privadas. O Pacto Global das Nações Unidas, no qual participam mais de 2.300 empresas, afirma que o setor privado deveria apoiar e respeitar a proteção internacional dos direitos humanos. As Diretrizes para Empresas Multinacionais da Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OCED) exige que as empresas "respeitem os direitos humanos daqueles afetados por suas atividades, de acordo com as obrigações e compromissos assumidos pelo Estado no qual elas operam". Alguns tribunais internos, reconhecem o impacto das políticas de preço das empresas do setor farmacêutico nos direitos dos pacientes. De maneira significativa, algumas dessas empresas têm elaborado as suas próprias diretrizes e outras espécies de declarações sobre responsabilidade social, expressamente afirmando as obrigações que possuem em direitos humanos.

Tanto os Estados quanto o povo e as empresas têm deveres jurídicos e éticos para com os Direitos Humanos. Há vários instrumentos normativos de caráter internacional e nacional que estabelecem deveres para esses atores como é o caso da Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Pacto Global das Nações Unidas, a Constituição Federal de 1988, as Diretrizes para Empresas Multinacionais da Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento, entre outros.

Dessa forma, os Direitos Humanos devem ser efetivados por todos, tendo em vista que isso é um dever jurídico e ético. Todos devem cooperar para efetivar esses direitos no Estado Democrático de Direito sob pena de responsabilizações. Já passou da hora de haver a construção e implementação de uma política de saúde (de remédio e de medicamento) que valorize a dignidade da pessoa humana e com isso todos os deveres jurídicos e éticos sejam cumpridos.

⁴¹ HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **ACESSO A MEDICAMENTOS COMO UM DIREITO HUMANO**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

2 LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL E NACIONAL SOBRE USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA CANNABIS

O presente estudo trata sobre as principais normas jurídicas que disciplinam sobre o uso medicinal/terapêutico da maconha e para que isso seja feita com uma interpretação humanizada, houve a utilização de uma hermenêutica jurídica que respeita os Direitos Humanos. A construção de uma análise da legislação internacional e nacional sobre esse uso deve ter por axioma a dignidade da pessoa humana.

2.1 CONVENÇÃO ÚNICA SOBRE ENTORPECENTES DE 1961

A Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961 foi promulgada no âmbito do nosso país pelo Decreto de número 54.216, de 27 de agosto de 1964. A assinatura dessa Convenção se deu em Nova York, em 30 de março de 1961. E, por fim, houve um Instrumento de ratificação, junto ao Secretário Geral da Organização das Nações Unidas, em 18 de junho de 1964.

Em aspectos gerais, a Convenção Única sobre Entorpecentes deve ser executada e cumprida tão inteiramente como nela se contém, pois não houve ressalvas, logo, a partir do dia 27 de agosto de 1964 ela vigora no Brasil. O presidente que a promulgou foi Humberto de Alencar Castelo Branco.

É relevante estudar o preâmbulo/considerações das normas jurídicas internacionais e/ou nacionais diante da importância interpretativa e informativa, nesse sentido, as considerações iniciais (preâmbulo) de cada norma jurídica ajuda na compreensão das informações e interpretações do respectivo texto normativo.

O preâmbulo da Convenção Única sobre Entorpecentes dispõe informações relevantes para a compreensão da presente Convenção, nesse sentido, ele alude que:

Preâmbulo

As Partes,

Preocupadas com a saúde física e moral da humanidade,

Reconhecendo que o uso médico dos entorpecentes continua indispensável para o alívio da dor e do sofrimento e que medidas adequadas devem ser tomadas para garantir a disponibilidade de entorpecentes para tais fins,

Reconhecendo que a toxicomania é um grave mal para o indivíduo e constitui um perigo social e econômico para a humanidade,

Conscientes de seu dever de prevenir e combater esse mal.

Considerando que as medias contra o uso indébito de entorpecentes, para serem eficazes, exigem uma ação conjunta e universal.

Julgando que essa atuação universal exige uma cooperação internacional, orientada por princípios idênticos e objetivos comuns,

Reconhecendo a competência da Nações Unidas em matéria de controle de entorpecente e desejosas de que os órgãos internacionais a êle afetos estejam enquadrados nessa Organização.

Desejando concluir uma convenção internacional que tenha aceitação geral e venha substituir os trabalhos existentes sobre entorpecentes, limitando-se nela o uso dessas substâncias afins médicos e científicos estabelecendo uma cooperação a uma fiscalização internacionais permanentes para a consecução de tais finalidades e objetivos.

Concordam, pela presente, no seguinte:

(Grifo do autor)

É interessante compreender sobre o preâmbulo para saber quais são os motivos da presente Convenção Única sobre Entorpecentes. A mencionada convenção foi realizada com vista na preocupação “com a saúde física e mental da humanidade”. Nesse sentido, “Reconhecendo que o uso médico dos entorpecentes continua indispensável para o alívio da dor e do sofrimento”, tendo em vista que o uso de remédio detém função medicinal e é por essa razão, entre outras, que “medidas adequadas devem ser tomadas para garantir a disponibilidade de entorpecentes para tais fins”, porque o uso é indispensável para o tratamento de certas doenças.

A referida Convenção apresenta que: “a toxicomania é um grave mal para o indivíduo e constitui um perigo social e econômico para a humanidade”. Nessa concepção, o vício em drogas é malvisto por fazer mal a saúde das pessoas e causar perigo social e econômico para toda a humanidade.

Todos devem ter a consciência de que o combate às drogas ilícitas é necessário para que a humanidade fique em paz e continue se desenvolvendo. Isso não quer dizer que deve haver um encarceramento em massa ou uma exclusão social da população negra. O combate às drogas ilícitas deve ser feito de forma humanizada, preventiva e repressiva. As medidas necessárias para com o uso indevido de drogas devem acontecer de forma digna, eficiente e eficaz, em atuação conjunta e universal.

A atuação contra o uso indevido de entorpecentes deve ter caráter universal e por isso exige uma cooperação internacional com todos os envolvidos, embasados em princípios e regras humanas. Os Direitos Humanos devem ser respeitados no combate ao uso indevido de entorpecentes, pois são direitos de todos e para todos.

A Organização das Nações Unidas detém competência para realizar o controle de entorpecentes (bem como para realizar a paz mundial) e os que desejarem contribuir com essa atuação deve integrar a mencionada Organização com vista no bem de toda a humanidade.

A presente Convenção Internacional (Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961) foi feita para ter “aceitação geral” e foi realizada para “substituir os trabalhos existentes sobre entorpecentes”. O artigo 1º, b, c, e d da Convenção Única sobre Entorpecentes trata de definições que envolvem a “*cannabis*”, quais sejam:

ARTIGO 1

Definições

1. Salvo indicação expressa em contrário, ou onde o contexto exigir outra interpretação, as seguintes definições serão aplicadas na presente Convenção:

- a) "Órgão" é o Órgão Internacional de Contrôlo de Entorpecentes;
- b) O termo "**canabis**" designa as extremidades floridas ou com fruto da planta da cannabis, qualquer que seja o nome que tenham das quais não foi extraída a resina (com exclusão das sementes e folhas não nidas às extremidades);
- c) "**Planta de cannabis**" é toda planta do gênero cannabis;
- d) "**Resina de cannabis**" é a resina separada, em bruto ou purificada, obtida da planta de cannabis;
- e) "Arbusto de coca" é toda planta do gênero *Erythroxylon*;
- f) "Folha de coca" é a folha do arbusto de coca da qual toda a ecgonina, a cocaína ou qualquer outro alcalóide da ecgonina não tenham sido retirados;
- g) "Comissão" é a Comissão de Entorpecentes do Conselho;
- h) "Conselho" é o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas;
- i) "Cultivo" é o cultivo da papoila ou da planta da cannabis;
- j) "Entorpecente" é toda substância natural ou sintética que figure nas listas I e II;
- k) "Assembleia Geral" é a Assembleia Geral das Nações Unidas;
- l) "**Tráfico ilícito**" é o cultivo ou qualquer tráfico de entorpecentes que contrariem as disposições da presente Convenção;
- m) "Importação" e "exportação" significam, cada termo tomado em seu sentido particular, o transporte material de entorpecentes de um para outro Estado, ou de um para outro território de um mesmo Estado;
- n) "Fabricação" é qualquer processo que não seja de produção e que permita obter entorpecentes, inclusive a refinação e a transformação de um entorpecente em outro;
- o) "Ópio medicinal" é o ópio que sofreu a preparação necessária a seu uso médico;
- p) "Ópio" é a seiva coagulada da dormideira;
- q) "Dormideira" é a planta da espécie *Papaver semniferum* L;
- r) "Palha de dormideira" significa todas as partes (com exceção das sementes) da planta da dormideira depois de cortada;
- s) "Preparado" é a mistura, sólida ou líquida, que contenha entorpecentes;
- t) "Produção" é a separação do ópio das folhas de coca, de cannabis e sua resina das plantas de que se obtém;
- u) "Lista I", "Lista II", "Lista III" e "Lista IV" são as listas de entorpecentes ou preparados que com essa numeração, se anexam à presente Convenção

com as modificações que se lhe introduzam periodicamente segundo o disposto no Artigo 3;

v) "Secretário-Geral" é o Secretário-Geral das Nações Unidas;

w) "Estoques especiais" são as quantidades de entorpecentes conservados num país ou território na posse do Governo desse país ou território para fins oficiais e especiais para fazer face a circunstâncias excepcionais; e da mesma forma se deve entender a expressão "fins especiais";

x) "Estoques" são as quantidades de entorpecentes mantidas num país ou território e que se destinam;

I) Ao consumo no país ou território para fins médicos e científicos;

II) À utilização no país ou território para fabricação ou preparo de entorpecentes e outras substâncias;

III) À exportação, com exclusão, entretanto, das quantidades que no país ou território, se encontram no poder de;

IV) Farmacêuticos ou outros distribuidores varejistas autorizados e de instituições varejistas autorizados e de instituições ou pessoas qualificadas para o exercício devidamente autorizado de funções terapêuticas ou científicas; ou

V) Como "estoques especiais".

y) "Território" é qualquer porção de um Estado considerada distinta para os efeitos da aplicação do sistema de certificados de importação e autorizações e exportação a que se refere o Artigo 31. Esta definição não se aplica ao termo território usado nos artigos 42 e 46.

(Grifo do autor)

Como visto, a Convenção Única sobre Entorpecentes traz conceitos sobre a “*Cannabis*”. Na presente Convenção a “*Cannabis*” está prevista na Listra 1. Isso significa dizer que o uso dessa planta está sujeito a todas as medidas de fiscalização aplicáveis aos entorpecentes. O artigo 28 da presente Convenção trata que:

Fiscalização da Canabis

1. Se uma Parte permite o cultivo da planta da canabis para a produção da canabis ou de sua resina, será aplicado a êsse cultivo o mesmo sistema de fiscalização estabelecido no artigo 23 para a fiscalização da dormideira.

2. A presente Convenção não se aplicará ao cultivo da planta de canabis destinado exclusivamente a fins industriais (fibra e semente) ou hortícolas.

3. As Partes adotarão medidas necessárias para impedir o uso indevido e o tráfico ilícito das folhas da plantas da canabis.

O que se pode perceber é que há uma fiscalização quanto ao uso da *Cannabis* e que o uso indevido e o tráfico ilícito dessa planta estão sujeitos às medidas necessárias com vista em impedi-los. Atualmente, o tráfico ilícito de entorpecentes é definido no artigo 33 da Lei de Drogas, Lei 11.343 de 2006: quem realiza esse crime está sujeito à pena que vai de 5 a 15 anos e ainda tem que pagar uma multa.

2.2 CONVENÇÃO SOBRE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS

A Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas foi assinada em Viena no dia 21 de fevereiro de 1971. O Congresso Nacional aprovou essa Convenção pelo Decreto Legislativo de número 90, de 05 de dezembro de 1972. O instrumento brasileiro de ratificação foi depositado junto ao Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas, a 14 de fevereiro de 1973, com reservas aos parágrafos 1 e 2 do artigo 19 e ao artigo 31. A presente Convenção entrou em vigor no Brasil, no dia 16 de agosto de 1976. O presidente do Brasil na época do Decreto foi Ernesto Geisel. A Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas foi promulgada pelo Decreto de número 79.388, de 14 de março de 1977. O preâmbulo da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas apresenta que:

As partes,
Preocupadas com a saúde e o bem-estar da humanidade;
Observando, com preocupação, os problemas sociais e de saúde-pública que resultam do abuso de certas substâncias psicotrópicas;
Determinadas a prevenir e combater o abuso de tais substâncias psicotrópicas;
Determinadas a prevenir e combater o abuso de tais substâncias e o tráfico ilícito a que dão ensejo;
Considerando que as medidas rigorosas são necessárias para restringir o uso de tais substâncias aos fins legítimos;
Reconhecendo que o uso de substâncias psicotrópicas para fins médicos e científicos é indispensável e que a disponibilidade daquelas para esses fins não deve ser indevidamente restringida;
Acreditando que medidas eficazes contra o abuso de tais substâncias requerem coordenação e ação universal;
Reconhecendo a competência das Nações Unidas no campo do controle de substância psicotrópicas e desejosos de que os órgãos internacionais interessados se situem dentro do âmbito daquela Organização;
Reconhecendo a necessidade de uma convenção internacional para a consecução de tais objetivos,
Convieram no seguinte:
(Grifo do autor)

O uso de substâncias psicotrópicas para fins medicinais/terapêuticos é indispensável, pois ajuda a salvar vidas e a melhorar a saúde das pessoas. Não se pode excluir da vida em sociedade o uso de uma substância que contribua para o bem-estar das pessoas. O preconceito não pode impedir a utilização de uma planta que promove o direito humano à saúde. O uso medicinal/terapêutico da maconha não deve ser proibido no Brasil e no mundo, tendo em vista a qualidade de vida que essa planta pode proporcionar para as mais variadas pessoas no tratamento das diversas doenças. O artigo 1º da Convenção em estudo alude que:

ARTIGO

1º

Expressões Empregadas

Exceto quando for expressamente indicado de maneira diversa, ou quando de outra forma o contexto o exigir, as expressões seguintes terão o significado que lhes é dado abaixo:

- a) "Conselho" significa o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas.
- b) "Comissão" significa a Comissão de Entorpecentes do Conselho.
- c) "Órgão" significa o Órgão Internacional para Controle de Entorpecentes previsto na Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961.
- d) "Secretário-Geral" significa o Secretário-Geral das Nações Unidas.
- e) "Substância psicotrópica" significa qualquer substância, natural ou sintética, ou qualquer material natural relacionado nas listas I, II, III ou IV.
- f) "Preparado" significa:
 - (I) qualquer solução ou mistura, em qualquer estado físico, que contenha uma ou mais substâncias psicotrópicas; ou
 - (II) uma ou mais substâncias psicotrópicas em doses.
- g) "Lista I" , "Lista II", "Lista III" e "Lista IV" significam as listas de substâncias psicotrópicas correspondentemente numeradas, anexas à presente Convenção, alteradas em conformidade com o artigo 2º.
- h) "Exportação" e "Importação" significam, em suas respectivas comotações, a transferência física de uma substância psicotrópica de um Estado para outro Estado.
- i) "Fabricação" significa todos os processos pelos quais se possam obter substâncias psicotrópicas e inclui tanto refinação como transformação de substâncias psicotrópicas em outras substâncias psicotrópicas. Essa expressão também inclui a feitura de preparados que não sejam aqueles aviados, mediante receita médica, em farmácias.
- j) "Tráfico ilícito" significa a fabricação ou o tráfico de substâncias psicotrópicas efetuados em infração às disposições da presente Convenção.
- k) "Região" significa qualquer parte de um Estado, a qual, em conformidade com o artigo 28, é tratada como uma entidade separada para os fins da presente Convenção.
- l) "Instalações" significam edifícios ou partes de edifícios, inclusive áreas adjacentes aos mesmos.

O artigo 1º, e, da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas trata sobre as substâncias psicotrópicas descrevendo que o que vem a ser elas: “significa qualquer substância, natural ou sintética, ou qualquer material natural relacionado nas listas I, II, III ou IV”. Como se pode notar, há quatro listas com um rol de tais substâncias. O Canabidiol não aparece em nenhuma lista. Algumas substâncias presentes nas listas são: Psilocibina; Tetraidrocannabinóis (substância na lista I); Anfetamina; Dexanfetamina; Metanfetamina; Metilfenidato; Fenciclidina; Fenmetrazina; Amobarbital; Ciclobarbital; Glutetimida; Secobarbital; Anfepramona; Barbital; Etinamato; Meprobamato; Metaqualona; Metilfenobarbital; Metiprilon; Fenobarbital; entre outras.

Quanto ao tratamento dado sobre a limitação do uso para fins médicos e científicos, o artigo 5º da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas dispõe que:

ARTIGO

5º

Limitação do Uso a Fins Médicos e Científicos

1. Cada parte deverá limitar o uso das substâncias incluídas na Lista I, em conformidade com o disposto no artigo 7º.

2. Cada parte deverá, excetuando-se as disposições do artigo 4º, limitar, por meio das medidas que considerar apropriadas, a fabricação, exportação, importação, a distribuição, o comércio, o armazenamento, o uso e a posse de substâncias incluídas nas Listas II, III e IV, a fins médicos e científicos.

3. É desejável que as partes não permitam a posse de substâncias incluídas nas Listas II, III e IV, exceto sob autoridade legal.

O uso das substâncias que constem na Lista I deve ser limitado, conforme dispõe a presente Convenção. Como tratado, o Estado deve limitar, com medidas apropriadas, “a fabricação, exportação, importação, distribuição, o comércio, o armazenamento, o uso e a posse de substâncias incluídas nas Listas II, III e IV, a fins médicos e científicos”. Segundo o aludido, a posse de algumas substâncias deve ser permitida. O artigo 7º descreve que:

ARTIGO 7º

Disposições Especiais sobre substâncias Incluídas na Lista I,

Com respeito às substâncias incluídas na Lista I, as partes deverão:

- a) proibir todo o uso, exceto para fins científicos e para fins médicos muito limitados, por pessoa devidamente autorizada, em estabelecimentos médicos ou científicos que estejam diretamente sob o controle de seus Governos ou hajam sido por eles especificamente aprovados;
- (...)

A Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas reconhece o caráter indispensável das substâncias psicotrópicas para fins médicos e científico. O que ela apresenta é uma limitação para fins científicos e para fins médicos. Não menciona em total proibição para fins medicinais/terapêuticos. À luz do Direito Humano à vida, a *Cannabis* para fins medicinais/terapêutico não é proibida, pelo contrário, ela é essencial para que seja possível promover uma qualidade de vida para as pessoas vulneráveis. Já está demonstrado que a *Cannabis* promove o direito à saúde (e o direito à vida) de uma forma que não há outra alternativa melhor, nesse sentido, o que deve ser feito é incentivar e expandir a pesquisa científica sobre o uso medicinal/terapêutico dessa planta nas mais variadas doenças e nas diversas fase de vida (criança, adolescente, adulto e idoso).

2.3 CONVENÇÃO CONTRA O TRÁFICO ILÍCITO DE ENTORPECENTES E DE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS DE 1988

A promulgação da Convenção contra o tráfico ilícito de entorpecentes e substância psicotrópicas aconteceu com o Decreto de número 154, de 26 de junho de 1991. O Congresso Nacional aprovou a referida Convenção por meio do Decreto Legislativo de número 162, de 14 de junho de 1991. Ela entrou em vigor no âmbito internacional em 11 de novembro de 1990. Essa Convenção foi concluída no dia 20 de dezembro de 1988, em Viena.

No âmbito interno, a Convenção Contra Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substância Psicotrópicas deve ser executada e cumprida tão inteiramente como nela se contém, pois o Brasil não fez nenhuma ressalva. O Decreto de número 154, de 26 de junho de 1991, que promulga a referida Convenção, entra em vigor respeitando o prazo do artigo 29, parágrafo 2º, da respectiva Convenção, qual seja:

ARTIGO 29

(...)

2 - Para cada Estado ou para a Namíbia, representada pelo Conselho das Nações Unidas para a Namíbia, que ratifique, aceite ou aprove a presente Convenção, ou a ela adira, depois de ter-se depositado o vigésimo instrumento de ratificação, de aceitação, de aprovação ou de adesão, esta Convenção entrará em vigor no nonagésimo dia seguinte à data em que aquele Estado ou a Namíbia tiver depositado o instrumento de ratificação, aceitação, aprovação ou adesão.

Em aspectos gerais, a Convenção Contra Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substância Psicotrópicas entrou em vigor no território nacional a partir do nonagésimo dia seguinte, quando depositado o instrumento de ratificação, aceitação, aprovação ou adesão. Isso quer dizer que o prazo para a contagem do dia para que a mencionada Convenção entre em vigor, depende do dia em que foi “depositado o instrumento de ratificação, aceitação, aprovação ou adesão”. O preâmbulo da Convenção Contra Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substância Psicotrópicas descreve que:

As Partes nesta Convenção,
Profundamente preocupadas com a magnitude e a crescente tendência da produção, da demanda e do tráfico ilícitos de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas, que representam uma grave ameaça à saúde e ao bem-estar dos seres humanos e que têm efeitos nefastos sobre as bases econômicas, culturais e políticas da sociedade,
Profundamente preocupadas também com a sustentada e crescente expansão do tráfico ilícito de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas nos diversos

grupos sociais e, em particular, pela exploração de crianças em muitas partes do mundo, tanto na qualidade de consumidores como na condição de instrumentos utilizados na produção, na distribuição e no comércio ilícitos de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas, o que constitui um perigo de gravidade incalculável.

Reconhecendo os vínculos que existem entre o tráfico ilícito e outras atividades criminosas organizadas, a ele relacionadas, que minam as economias lícitas de ameaçam a estabilidade, a segurança e a soberania dos Estados,

Reconhecendo também que o tráfico ilícito é uma atividade criminosa internacional, cuja supressão exige atenção urgente e a mais alta prioridade, Conscientes de que o tráfico ilícito gera consideráveis rendimentos financeiros e grandes fortunas que permitem às organizações criminosas transnacionais invadir, contaminar e corromper as estruturas da administração pública, as atividades comerciais e financeiras lícitas e a sociedade em todos os seus níveis.

Decididas a privar as pessoas dedicadas ao tráfico ilícito do produto de suas atividades criminosas e eliminar, assim, o principal incentivo a essa atividade,

Interessadas em eliminar as causas profundas do problema do uso indevido de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas, compreendendo a demanda ilícita de tais drogas e substâncias e os enormes ganhos derivados do tráfico ilícito,

Considerando que são necessárias medidas para o controle de determinadas substâncias, tais como precursores, produtos químicos e solventes que são utilizados na fabricação de entorpecentes e substâncias psicotrópicas e que, pela facilidade com que são obtidas, têm provocado um aumento da fabricação clandestina dessas drogas e substâncias,

Decididas a melhorar a cooperação internacional para a supressão do tráfico ilícito pelo mar,

Reconhecendo que a erradicação de tráfico ilícito é responsabilidade coletiva de todos os Estados e que, para esse fim, é necessária uma ação coordenada no nível da cooperação internacional,

Reconhecendo a competência das Nações Unidas em matéria de fiscalização de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas e desejando que os organismos internacionais interessados nessa fiscalização atuem dentro do quadro das Nações Unidas,

Reafirmando os princípios que regem os tratados vigentes sobre a fiscalização de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas e o sistema de fiscalização estabelecido por esses tratados,

Reconhecendo a necessidade de fortalecer e complementar as medidas previstas na Convenção Única de 1961 sobre Entorpecentes, emendada pelo Protocolo de 1972 de Modificação da Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961, e na Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971, a fim de enfrentar a magnitude e a expansão do tráfico ilícito e suas graves conseqüências,

Reconhecendo também a importância de fortalecer e intensificar os meios jurídicos efetivos para a cooperação internacional em matéria penal para suprimir as atividades criminosas internacionais do tráfico ilícito,

Interessadas em concluir uma convenção internacional, que seja um instrumento completo, eficaz e operativo, especificamente dirigido contra o tráfico ilícito, levando em conta os diversos aspectos nos tratados vigentes, no âmbito dos entorpecentes e das substâncias psicotrópicas.

Convêm o que segue:

Inicialmente, o preâmbulo dispõe sobre a preocupação das partes com a “magnitude e a crescente tendência da produção, da demanda e do tráfico ilícitos de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas”. Isso porque esses fatos podem gerar ameaças à saúde e ao bem-estar das pessoas, produzindo, inclusive, efeitos negativos na área econômica, cultural, política, entre outras.

Em seguida, o preâmbulo apresenta mais uma preocupação, qual seja, “a sustentada e crescente expansão do tráfico ilícito de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas nos diversos grupos sociais”, principalmente, no que se refere à “exploração de crianças em muitas partes do mundo, tanto na qualidade de consumidores como na condição de instrumentos utilizados na produção, na distribuição e no comércio ilícitos de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas”. O que se pode concluir que “constitui um perigo de gravidade incalculável” por envolver pessoas em desenvolvimento que estão em uma situação de extrema hipossuficiência.

O crime de tráfico ilícito de drogas está disciplinado no artigo 33 da Lei de Drogas, Lei 11.343 de 2006, como já visto. O tráfico ilícito de drogas afeta cada país, individualmente, como também todo o sistema internacional, pois é uma atividade ilícita de âmbito interno e internacional, logo, o combate “exige atenção urgente e a mais alta prioridade”. Nesse sentido, o povo, os países, as organizações internacionais, etc. devem se juntar para combater essa atividade criminosa.

O tráfico ilícito de drogas é um crime que gera rendimentos financeiros e grandes fortunas e, conseqüentemente, permite “às organizações criminosas transnacionais invadir, contaminar e corromper as estruturas da administração pública, as atividades comerciais e financeiras lícitas e a sociedade em todos os seus níveis”. Nessa perspectiva, a administração pública, as instituições comerciais/financeiras (atividades comerciais, as financeiras lícitas, etc.) e a sociedade devem ter cuidado para não se corromper e contribuir com essa atividade criminosa.

A privação de liberdade das pessoas que atuam no tráfico ilícito de drogas (grandes traficantes) é necessária, adequada, legítima e lícita, pois com isso a atividade criminosa fica fragilizada e com menos sujeitos criminosos, logo, é interessante “privar as pessoas dedicadas ao tráfico ilícito do produto de suas atividades criminosas e eliminar, assim, o principal incentivo a essa atividade”.

A principal causa do uso ilícito de drogas é o tráfico ilícito de drogas e por essa razão é fundamental que haja a eliminação “das causas profundas do problema do uso indevido de

entorpecentes e de substâncias psicotrópicas, compreendendo a demanda ilícita de tais drogas e substâncias e os enormes ganhos derivados do tráfico ilícito”.

É necessário que haja “medidas para o controle de determinadas substâncias, tais como precursores, produtos químicos e solventes que são utilizados na fabricação de entorpecentes e substâncias psicotrópicas”, pois há no Brasil e no mundo uma “facilidade com que são obtidas”, além disso, “têm provocado um aumento da fabricação clandestina dessas drogas e substâncias”, logo, a fiscalização, o controle e o combate do tráfico ilícito de drogas são necessários para a harmonia da coletividade.

Todos devem contribuir na cooperação para com o combate ao crime e em se tratando de tráfico ilícito de drogas, não é diferente. Por isso, deve haver “cooperação internacional para a supressão do tráfico ilícito pelo mar”, pelos rios, pelo espaço aéreo, por terras, etc.

É de responsabilidade coletiva de todos os Estados a “erradicação de tráfico ilícito” e é por essa razão, dentre outras, que é necessária “ação coordenada no nível da cooperação internacional”. Portanto, é dever de todos os Estados combater o tráfico ilícito de drogas e utilizar medidas que respeitem os Direitos Humanos.

As Nações Unidas são competentes para manter a paz mundial, para realizar “fiscalização de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas”, entre outras. Nesse sentido, deseja-se “que os organismos internacionais interessados nessa fiscalização atuem dentro do quadro das Nações Unidas”.

É necessário “fortalecer e complementar as medidas previstas na Convenção Única de 1961 sobre Entorpecentes, emendada pelo Protocolo de 1972 de Modificação da Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961, e na Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971”, com vista a “enfrentar a magnitude e a expansão do tráfico ilícito e suas graves consequências”.

É fundamental “fortalecer e intensificar os meios jurídicos efetivos para a cooperação internacional em matéria penal para suprimir as atividades criminosas internacionais do tráfico ilícito”, visto que o combate dessa criminalidade é essencial para que seja efetivo o bem-estar de todos.

Então, é de grande relevância para todos que haja a construção de “convenção internacional, que seja um instrumento completo, eficaz e operativo, especificamente dirigido contra o tráfico ilícito, levando em conta os diversos aspectos nos tratados vigentes, no âmbito dos entorpecentes e das substâncias psicotrópicas”.

Diante da análise do preâmbulo é possível constatar uma preocupação das pessoas com a produção, a demanda e o tráfico ilícito de entorpecentes e substâncias psicotrópicas.

Por outro lado, é imprescindível desenvolver um estudo sobre o uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* no Brasil, em razão da necessidade de efetivar o direito à saúde.

2.4 ARTIGO 243 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A Constituição Federal, de 05 de outubro, de 1988, trata sobre a desapropriação de terras pelo cultivo de planta psicotrópica ou também conhecida como expropriação confisco de terras com cultivo de plantas psicotrópicas no artigo 243, dispondo o seguinte:

Art. 243. As propriedades rurais e urbanas de qualquer região do País onde forem localizadas culturas ilegais de plantas psicotrópicas ou a exploração de trabalho escravo na forma da lei serão expropriadas e destinadas à reforma agrária e a programas de habitação popular, sem qualquer indenização ao proprietário e sem prejuízo de outras sanções previstas em lei, observado, no que couber, o disposto no art. 5º. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 81, de 2014)

Parágrafo único. Todo e qualquer bem de valor econômico apreendido em decorrência do tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins e da exploração de trabalho escravo será confiscado e reverterá a fundo especial com destinação específica, na forma da lei.

Nesse sentido, toda e qualquer propriedade, rural ou urbana, de qualquer região do Brasil, que for utilizada para a cultura ilegal de plantas psicotrópicas ou exploração de trabalho escravo serão expropriadas e destinadas à reforma agrária e a programas de habitação popular, não cabendo indenização ao proprietário, sem prejuízo de outras ações previstas em lei. O bem de valor econômico apreendido que servia para o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins e/ou da exploração de trabalho escravo deverá ser confiscado e revertido ao fundo especial com destinação específica, em conformidade com a lei. É de ressaltar que o artigo 243 da Constituição Federal de 1988 não se aplica no caso de plantação de maconha para fins terapêuticos/medicinais, pois a plantação, a fabricação e o uso da maconha medicinal visam beneficiar os bens jurídicos mais importantes do ordenamento jurídico: vida e saúde.

2.5 LEI DE DROGAS

A Lei de Drogas é a Lei de número 11.343, de 23 de agosto de 2006. Essa Lei “institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD” e prescreve sobre “medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e

dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes”. O artigo 1º dessa Lei descreve que:

Art. 1º Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.

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

O que vem a ser uma droga encontra-se previsto no artigo 1º, parágrafo único, da Lei de Drogas, dispondo o seguinte: “para fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União”. Isso significa que para que uma substância ou produto seja considerado como uma droga são necessários dois requisitos: substância ou produto causador de dependência; e a proibição deve estar prevista em uma lei ou em uma lista atualizada pelo Poder Executivo da União.

Com relação ao problema da norma penal em branco da Lei de Drogas, Duarte e Almeida (2014, p. 447) aludem que:

Na Lei 11.343/2006 adota a norma penal em branco, que é normalmente adotada pelo direito brasileiro. Dessa forma, não são definidas, pela lei citada, as substâncias que estão a cargo de sua tutela. Esta responsabilidade fica a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da portaria 344.

Neste caso, a norma penal em branco é examinada enfocando seu sentido estrito, pois a sanção é estabelecida pela Lei 11.343/06, enquanto a norma complementadora encontra-se na portaria 344, assim, diz restrito, porque os órgãos que regulam o mesmo objeto são diferentes, estando a sanção no âmbito legislativo e a matéria de proibição prescrita pela autarquia.

A Lei de Drogas, Lei 11.343/06, adota o sistema da norma penal em branco, em que compete ao poder legislativo disciplinar sobre a sanção penal e o poder executivo, através da ANVISA, tratar da matéria a ser proibida: apresentar uma resolução com as substâncias permitidas e com as substâncias proibidas. Não há proibição quanto ao uso medicinal/terapêutico da maconha, porém é necessária uma autorização dessa autarquia. Como esta vem dificultando esse uso, a saída encontrada pelas pessoas que necessitam usar é a atuação judicial.

O artigo 2º da Lei de Drogas dispõe sobre a proibição das drogas, em todo o território nacional. O caput desse artigo descreve que:

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.

O presente estudo enfatiza a análise do artigo segundo, parágrafo único, da Lei de número 11.343, de 23 de agosto de 2006, que dispõe:

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

Como se verifica, a União pode autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais referidos no caput do artigo 2º, da Lei de Drogas, Lei 11.343 de 2006, quando for o caso de fins exclusivamente medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, desde que respeitadas às respectivas ressalvas.

Ao interpretar o ordenamento jurídico brasileiro verifica-se que em caso de haver uma necessidade de plantar, de produzir e de usar medicinalmente/terapeuticamente a maconha a União, ANVISA, Ministério da Saúde, o Poder Executivo, o Poder Legislativo, o Poder Judiciário e o povo têm o dever de contribuir para isso, à luz da fraternidade e em razão do direito à saúde ser um dever de todos, inclusive da União e da família, conforme dispõe o artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, a União através de seus órgãos regulamentadores, pode criar ato normativo para tratar sobre essa matéria.

Nessa perspectiva, as pessoas não podem ser punidas por plantar, produzir e usar medicinalmente/terapeuticamente a maconha medicinal no Brasil em razão da ausente atuação dos responsáveis que tem o dever de garantir o direito humano à saúde no Estado Democrático de Direito. Pelo contrário, deve haver responsabilização das pessoas que estão se omitindo em garantir o direito humano à saúde e até mesmo o direito humano à vida, pois há pessoas ficando com a saúde agravada e morrendo.

A responsabilização dessas pessoas omissas deve ser em todas as áreas: no Direito Administrativo, pois as “autoridades” estão praticando ato de improbidade por violação de

princípios desse ramo do Direito; no Direito Civil, porque em caso de haver algum dano material, moral ou estético cabe reparação de dano; no Direito Penal, porque é crime a omissão de quem tem o dever de agir; no Direito Eleitoral, no que tange à inelegibilidade em caso de condenação criminal judicial; entre outros.

Em relação ao usuário da maconha, o artigo 28, da Lei de Drogas descreve que:

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

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

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

§ 1º Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica.

§ 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

§ 3º As penas previstas nos incisos II e III do caput deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 5 (cinco) meses.

§ 4º Em caso de reincidência, as penas previstas nos incisos II e III do caput deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 10 (dez) meses.

§ 5º A prestação de serviços à comunidade será cumprida em programas comunitários, entidades educacionais ou assistenciais, hospitais, estabelecimentos congêneres, públicos ou privados sem fins lucrativos, que se ocupem, preferencialmente, da prevenção do consumo ou da recuperação de usuários e dependentes de drogas.

§ 6º Para garantia do cumprimento das medidas educativas a que se refere o caput, nos incisos I, II e III, a que injustificadamente se recuse o agente, poderá o juiz submetê-lo, sucessivamente a:

I - admoestação verbal;

II - multa.

§ 7º O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado.

Interpretando esse artigo é possível extrair que: “Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar” está sujeito as seguintes penas: “advertência sobre os efeitos das drogas”; “prestação de serviços à comunidade”; “medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo”. Não há determinação legal da pena privativa de liberdade para quem pratica o crime do artigo 28 da Lei de Drogas, logo, não se pode adotar esta sanção penal por ausência de previsão legal.

É preciso ter cuidado com relação ao crime de tráfico ilícito de drogas, pois o artigo 33 da Lei de Drogas, Lei 11.343 de 2006, dispõe que:

Art. 33. Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa.

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem:

I - importa, exporta, remete, produz, fabrica, adquire, vende, expõe à venda, oferece, fornece, tem em depósito, transporta, traz consigo ou guarda, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, matéria-prima, insumo ou produto químico destinado à preparação de drogas;

II - semeia, cultiva ou faz a colheita, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, de plantas que se constituam em matéria-prima para a preparação de drogas;

III - utiliza local ou bem de qualquer natureza de que tem a propriedade, posse, administração, guarda ou vigilância, ou consente que outrem dele se utilize, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, para o tráfico ilícito de drogas.

§ 2º Induzir, instigar ou auxiliar alguém ao uso indevido de droga: (Vide ADI nº 4.274)

Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa de 100 (cem) a 300 (trezentos) dias-multa.

§ 3º Oferecer droga, eventualmente e sem objetivo de lucro, a pessoa de seu relacionamento, para juntos a consumirem:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano, e pagamento de 700 (setecentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa, sem prejuízo das penas previstas no art. 28.

§ 4º Nos delitos definidos no caput e no § 1º deste artigo, as penas poderão ser reduzidas de um sexto a dois terços, vedada a conversão em penas restritivas de direitos, desde que o agente seja primário, de bons antecedentes, não se dedique às atividades criminosas nem integre organização criminosa. (Vide Resolução nº 5, de 2012)

Os verbos núcleos do tipo penal do crime de tráfico de drogas são: “Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar”. Nesse sentido, quem pratica alguma dessas condutas está sujeito a uma pena de reclusão de 5 até 15 anos e ainda ao pagamento de multa.

Interpretando o presente artigo com os Direitos Fundamentais e com os Direitos Humanos, quem cultiva, quem produz e quem usa a maconha para fins medicinais/terapêuticos no Brasil não comete o crime do artigo 33 da Lei de Drogas, porque

não há conduta criminosa dolosa ou culposa para tal crime. Não há que se falar em agente criminoso no caso da prática dos referidos atos. Logo, não há que se mencionar em crime no caso de cultivo, de produção e de uso medicinalmente/terapeuticamente da maconha no Brasil.

2.6 DECRETO DE NÚMERO 5.912, DE 27 DE SETEMBRO DE 2006

O Decreto de número 5.912, de 27 de setembro de 2006 dispõe que: “Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências”. O artigo 14 do Decreto de número 5.912, de 27 de setembro de 2006 descreve que:

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

I - do Ministério da Saúde:

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

Uma das competências do Ministério da Saúde é autorizar o plantio, a cultura e a colheita da maconha para fins medicinais/terapêuticos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização; salvo as hipóteses de autorização legal ou regulamentar. Logo, com base no artigo 14 do Decreto de número 5.912, de 27 de setembro de 2006 é o Ministério da Saúde quem “deve” autorizar o cultivo, a produção e o uso medicinalmente/terapeuticamente da maconha no Brasil.

É interessante refletir sobre a necessidade de uma autorização ou de uma comunicação formal ao órgão competente, tendo em vista que as pessoas que vêm usando a maconha para fins medicinais/terapêutico não detêm tempo para esperar uma autorização para poder usar um produto tão fundamental para a vida humana. Um minuto (ou alguns minutos) para muitas “autoridades” pode ser considerado como irrelevante, porém para quem precisa de uma autorização para usar medicinalmente/terapeuticamente uma planta milenar (maconha) esse tempo pode ser mortal.

Logo, diante da urgência em utilizar a *Cannabis* para promover uma qualidade de vida, é mais adequado que a palavra “autorização” do Ministério da Saúde seja interpretada

no sentido de uma comunicação formal à autoridade competente. As pessoas que usam a maconha para fins terapêuticos/medicinal estão cientes dos seus deveres e responsabilidades enquanto cidadãos para com o progresso da humanidade. O Estado deve promover esse uso da melhor maneira possível, garantindo o mínimo existencial e a dignidade das pessoas, e fiscalizar para que esse uso seja realizado em conformidade com os Direitos Humanos.

2.7 PORTARIA 344, DE 12 DE MAIO DE 1988, DA ANVISA

A Portaria 334, de 12 de maio de 1988, da ANVISA trata sobre “o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial”. O artigo 2º dessa Portaria descreve que:

Art. 2º Para extrair, produzir, fabricar, beneficiar, distribuir, transportar, preparar, manipular, fracionar, importar, exportar, transformar, embalar, reembalar, para qualquer fim, as substâncias constantes das listas deste Regulamento Técnico (ANEXO I) e de suas atualizações, ou os medicamentos que as contenham, é obrigatória a obtenção de Autorização Especial concedida pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

§ 1º A petição de Autorização Especial será protocolizada pelos responsáveis dos estabelecimentos da empresa junto à Autoridade Sanitária local.

§ 2º A Autoridade Sanitária local procederá a inspeção do(a) estabelecimento(s) vinculado(s) à empresa postulante de Autorização Especial de acordo com os roteiros oficiais pré-estabelecidos, para avaliação das respectivas condições técnicas e sanitárias, emitindo parecer sobre a petição e encaminhando o respectivo relatório à Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

§ 3º No caso de deferimento da petição, a Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde enviará o competente Certificado de Autorização Especial a empresa requerente e informará a decisão à Autoridade Sanitária local competente.

§ 4º As atividades mencionadas no caput deste artigo somente poderão ser iniciadas após a publicação da respectiva Autorização Especial no Diário Oficial da União.

§ 5º As eventuais alterações de nomes de dirigentes, inclusive de responsável técnico bem como de atividades constantes do Certificado de Autorização Especial serão solicitadas mediante o preenchimento de formulário específico à Autoridade Sanitária local, que o encaminhará à Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

§ 6º As atividades realizadas pelo comércio atacadista, como armazenar, distribuir, transportar, bem como, a de manipulação por farmácias magistrais das substâncias e medicamentos de que trata o caput deste artigo, ficam sujeitas a autorização especial do Ministério da Saúde e a licença de funcionamento concedida pela Autoridade Sanitária local.

§ 7º A Autorização Especial deve ser solicitada para cada estabelecimento que exerça qualquer uma das atividades previstas no caput deste artigo .

Essa Portaria prevê uma substância presente na maconha. O THC (Tetra-hidrocanabinol) está previsto na lista das substâncias de uso proscrito no Brasil, mais precisamente, na listra F2 – SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS: 28. THC (TETRAIDROCANABINOL). O CBD não está sendo tratado nesse instrumento normativo. Conforme o artigo 61 dessa resolução, uma substância presente na lista “F” não pode ser objeto de prescrição e manipulação de medicamento alopáticos e homeopáticos. Logo, com base nela, para usar a substância THC no Brasil é necessário Autorização Especial da ANVISA. Essa Portaria, como será demonstrado, deve ser interpretada com outras, pois houve mudanças nos anos seguintes: RDC 17/2015; RDC 66/2016; RDC 128/2016 e RDC 156.

2.8 RESOLUÇÃO 2.113 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA DE 2014

A Resolução 2.113 do Conselho Federal de Medicina trata do “uso compassivo do canabidiol para o tratamento de epilepsias da criança e do adolescente refratárias aos tratamentos convencionais”.

O artigo 1º da respectiva Resolução do Conselho Federal de Medicina dispõe que: “regulamentar o uso compassivo do canabidiol como terapêutica médica, exclusiva para o tratamento de epilepsias na infância e adolescência refratárias às terapias convencionais”. Nesse sentido, “Restringir a prescrição compassiva do canabidiol às especialidades de neurologia e suas áreas de atuação, neurocirurgia e psiquiatria”, conforme o artigo 2º da presente Resolução. Observa-se que “os médicos prescritores do uso compassivo de canabidiol deverão ser previamente cadastrados no CRM/CFM especialmente para este fim (anexo I)”.

Com relação ao monitoramento da segurança e dos efeitos colaterais, o artigo 3º da Resolução 2.113 de 2014 descreve que:

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

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

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

O artigo 4º da mencionada Resolução alude que: “é vedado ao médico a prescrição da *cannabis* in natura para uso medicinal, bem como quaisquer outros derivados que não o canabidiol”. Nesse sentido, o parágrafo único do artigo 4º relata que: “o grau de pureza do canabidiol e sua forma de apresentação devem seguir as determinações da Anvisa”.

O artigo 5º da Resolução em estudo desenvolve que: “esta resolução deverá ser revista no prazo de 2 (dois) anos a partir da data de sua publicação, quando deverá ser avaliada a literatura científica vigente à época” e o artigo 6º informa que “esta resolução entra em vigor na data da sua publicação”.

Então, constata-se que a respectiva Resolução é restrita, discriminatória e excludente, pois delimita a prescrição a certos tipos de médicos (neurologia, neurocirurgia e psiquiatria), uma determinada faixa etária de usuário (crianças e adolescentes) e a um tipo de doença (uso compassivo do canabidiol para o tratamento de epilepsias).

2.9 RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA 17, DE 6 DE MAIO, DE 2015, DA ANVISA

A Resolução da Diretoria Colegiada - RDC - de número 17, de 6 de maio de 2015 da ANVISA sobre os “critérios e os procedimentos para a importação, em caráter de excepcionalidade, de produto à base de Canabidiol em associação com outros canabinóides, por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, para tratamento de saúde”. O artigo primeiro dela dispõe que:

Art. 1º Para efeitos desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I- canabidiol (CBD): substância (nome químico: 2-[(1R,6R)-3-metil-6-(1-metiletenil)-2-ciclohexen-1-il]-5-pentil-1,3-benzenodiol, número CAS: 13956-29-1 e fórmula molecular: C₂₁H₃₀O₂), constante da Lista C1 do Anexo I da Portaria SVS/MS n. 344/98 e de suas atualizações, que pode ser extraída da planta *Cannabis* sp, que é uma planta que consta na lista E - Lista de plantas proscritas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas.

II- canabinóides: compostos químicos, que podem ser encontrados na planta *Cannabis* sp, e que possuem afinidade com os receptores CB1 ou CB2, assim como os sais, isômeros, ésteres e éteres destas substâncias.

III- CID: Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde IV- derivado vegetal: produto da extração da planta medicinal fresca ou da droga vegetal, que contenha as substâncias responsáveis pela ação terapêutica, podendo ocorrer na forma de extrato, óleo fixo e volátil, cera, exsudato e outros.

V - desembaraço aduaneiro de importação: ato final do despacho aduaneiro.

VI- despacho aduaneiro de importação: ato em procedimento fiscal que verifica a exatidão dos dados declarados pelo importador em relação aos

bens e produtos importados, a título definitivo ou não, com vista ao seu desembaraço aduaneiro. VII - droga vegetal: planta medicinal, ou suas partes, após processos de coleta/colheita, estabilização, quando aplicável, e secagem, podendo estar na forma íntegra, rasurada, triturada ou pulverizada; VIII - intermediação da importação: serviço prestado por entidade hospitalar, unidade governamental ligada à área da saúde ou operadora de plano de saúde, que promovem, em seu nome, operação de comércio exterior de importação excepcional de produto à base de Canabidiol, destinado exclusivamente à pessoa física previamente cadastrada e autorizada pela Anvisa.

IX - produto à base de Canabidiol: produto industrializado tecnicamente elaborado, constante do Anexo I desta Resolução, que possua em sua formulação o Canabidiol em associação com outros canabinóides, dentre eles o THC.

X- tetrahidrocanabinol (THC): substância (nome químico: (6AR,10aR)-6,6,9-trimetil-3-pentil-6a,7,8,10a-tetrahidro-6H-benzo[c]chromen-1-ol, CAS: 1972-08-3 e fórmula molecular: C₂₁H₃₀O₂) constante da Lista F2 do Anexo I da Portaria SVS/MS n. 344/98 e de suas atualizações (Lista das Substâncias Psicotrópicas de uso proscrito no Brasil), que pode ser extraída da planta Cannabis sp, que é uma planta que consta na lista E - Lista de plantas proscritas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas.

O artigo 1º da RDC 17 de 2015 alude sobre algumas definições técnicas, tais como: Canabinóides; CDB; THC; CID; produtos à base de Canabidiol; e etc. O artigo 2º do instrumento normativo em estudo alude que:

Art. 2º Esta Resolução estabelece os critérios e os procedimentos para a importação, em caráter de excepcionalidade, de produtos à base de Canabidiol em associação com outros canabinóides, dentre eles o THC, constantes do Anexo I desta Resolução, por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado para tratamento de saúde.

§1º A importação de que trata o caput também pode ser realizada pelo responsável legal pelo paciente.

§2º A aquisição do produto poderá ainda ser intermediada por entidade hospitalar, unidade governamental ligada à área da saúde, operadora de plano de saúde ou entidade civil representativa de pacientes legalmente constituída, para o atendimento exclusivo e direcionado ao paciente previamente cadastrado na Anvisa, de acordo com esta Resolução.

§3º Para a aquisição citada no §2º, o paciente deve informar no momento do seu cadastro, o responsável pela intermediação da importação.

Então, para uma pessoa física, para o uso próprio, em caráter excepcional, importar produto à base de CDB e THC, é necessário respeitar o procedimento estabelecido nessa Resolução. Para que essa importação aconteça é necessário que o produto seja constituído de derivado legal; possuir menor THC e mais CBD; o estabelecimento que produz e distribui deve estar em conformidade com a nossa legislação; etc. Para que seja possível a importação

de produtos à base de Canabidiol, a concentração máxima de THC deve ser conhecida pela ANVISA. Observa-se que “não poderá ser importada a droga vegetal da planta Cannabis sp ou suas partes, mesmo após processo de estabilização e secagem, ou na sua forma rasurada, triturada ou pulverizada”.

2.10 RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA 66, DE 18 DE MARÇO DE 2016, DA ANVISA

A Resolução da Diretoria Colegiada - RDC - de número 66, de 18 de março de 2016 faz uma atualização do Anexo I (Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e dá outras providências. O artigo 2º dela trata que:

Art. 1º O artigo 61 da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação: "Art. 61 (.....) § 1º Excetuam-se do disposto no caput:

I - a prescrição de medicamentos registrados na Anvisa que contenham em sua composição a planta Cannabis sp., suas partes ou substâncias obtidas a partir dela, incluindo o tetrahidrocannabinol (THC).

II - a prescrição de produtos que possuam as substâncias canabidiol e/ou tetrahidrocannabinol (THC), a serem importados em caráter de excepcionalidade por pessoa física, para uso próprio, para tratamento de saúde, mediante prescrição médica.

§ 2º Para a importação prevista no inciso II do parágrafo anterior se aplicam os mesmos requisitos estabelecidos pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 17, de 6 de maio de 2015." (NR)

Houve a inclusão de dois parágrafos no artigo 61 da Portaria 344, de 12 de maio de 1988, que descreve:

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

O parágrafo primeiro trata sobre a possibilidade de prescrição de medicamento registrado na ANVISA, que contenha THC. Já o parágrafo segundo dispõe que, para haver a importação de medicamento rico em THC, deve-se respeitar as regras da RDC 17 de 2015.

2.11 RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA 128, DE 02 DE DEZEMBRO DE 2016, DA ANVISA

A Resolução da Diretoria Colegiada 128, de 02 de dezembro de 2016, dispõe sobre uma atualização do Anexo I (Produtos à base de Canabidiol em associação com outros canabinóides, dentre eles o THC) na RDC 17 de 2015:

ANEXO I

Produtos à base de Canabidiol em associação com outros canabinóides, dentre eles o THC, em conformidade com o capítulo I - seção II da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 17, de 6 de maio de 2015.

Nome do Produto	Nome da Empresa
Cibdex Hemp CBD Complex	Hemp Meds Px
Hemp Blend	Bluebird Botanicals
Real Scientific Hemp Oil (RSHO) CBD	Hemp Meds Px
Revivid LLC Hemp Tincture	Revivid
CBDRX CBD Oil	CBDRX
Charlotte Web Hemp Extract	CW Botanicals
Endoca Hemp Oil	Endoca
Elixinol Hemp Oil CBD	Elixinol
EVR Hemp Oil CBD	EVR
Mary's Elite CBD Remedy Oil	Mary's Nutritionals
Purodiol CBD	Purodiol Limited UK

Os mencionados produtos são produzidos fora do Brasil. Logo, faz-se necessário ter um cuidado para com a eficácia e a segurança deles.

2.12 RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA 130, DE 02 DE DEZEMBRO DE 2016, DA ANVISA

A Resolução da Diretoria Colegiada de número 130, de 02 de dezembro de 2016 trata sobre uma alteração no sentido de atualizar o Anexo I (Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. O artigo 1º dela dispõe que:

Art. 1º Publicar a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria SVS/MS nº. 344, de 12 de maio de 1998, republicada no Diário Oficial da União de 1º de fevereiro de 1999, estabelecendo as seguintes alterações:

I. INCLUSÃO

1.1. Inclusão do adendo 2 na Lista "A3".

1.2. Inclusão do adendo 8 na Lista "E".

Com relação à permissão de prescrição médica para medicamentos registrados na ANVISA à base de derivado de *Cannabis* Sativa, o artigo 2º da mencionada Resolução determina que:

Art. 2º Fica permitida a prescrição de medicamentos registrados na Anvisa à base de derivados de *Cannabis* sativa, exclusivamente por médicos, destinados, portanto, ao uso humano.

§ 1º A dispensação de medicamentos de que trata o caput ficará sujeita a prescrição médica por meio de Notificação de Receita A prevista na Portaria SVS/MS nº 344/98 e de Termo de Consentimento Informado ao Paciente.

§ 2º O modelo do Termo de Consentimento Informado ao Paciente deverá ser apresentado pela empresa no plano de minimização de riscos a constar no processo de registro do medicamento a ser avaliado e aprovado pela Anvisa.

Com essa resolução é permitido que médicos prescrevam medicamento registrados na ANVISA à base de derivado de *Cannabis* Sativa para tratar humano. A prescrição médica deve ser feita por meio de Notificação de Receita e deve haver o Termo de Consentimento Informado ao Paciente. Deve haver a utilização do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC. Por fim, a Portaria SVS/MS nº 344/98 e suas atualizações devem ser respeitadas.

2.13 RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA 156, DE 5 DE MAIO DE 2017, DA ANVISA

A Resolução da Diretoria Colegiada de número 156, de 5 de maio de 2017, descreve sobre “alteração e exclusão de Denominações Comuns Brasileiras – DCB, na lista completa das DCB da Anvisa”. O artigo 1º, 2º e 3º dela tratam que:

Art. 1º Aprovar a inclusão das Denominações Comuns Brasileiras (DCB), relacionadas no Anexo I, da Lista Completa das DCB, disponibilizada pela Resolução RDC nº. 64, de 28 de dezembro de 2012 (DOU de 03/01/2013).

Art. 2º Alterar as DCB, relacionadas no Anexo II, da lista completa disponibilizada pela Resolução-RDC nº. 64 de 28 de dezembro de 2012 (DOU de 03/01/2013), no Anexo I da Resolução-RDC nº 29, de 20 de maio de 2013 (DOU de 21/05/2013), no Anexo I da Resolução RDC nº 11, de 06 de março de 2015 (DOU de 09/03/2015), no Anexo I da Resolução-RDC nº 71, de 30 de março de 2016 (DOU de 31/03/2016) e no Anexo I da Resolução-RDC nº 104, de 31 de agosto de 2016 (01/09/2016).

Art. 3º Excluir as DCB, relacionadas no Anexo III, da lista completa disponibilizada pela Resolução RDC nº. 64 de 28 de dezembro de 2012 (DOU de 03/01/2013), do Anexo I da Resolução-RDC nº 42, de 09 de setembro de 2014 (DOU de 10/09/2014) e do Anexo I da Resolução-RDC nº 01, de 19 de janeiro de 2015 (DOU de 20/01/2015)

Conforme interpretação da Resolução nº 156, de 5 de maio de 2017 (DOU de 08/05/2017), verifica-se que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária incluiu a *Cannabis Sativa* L. na lista das Denominações Comuns Brasileiras como planta medicinal, logo, essa Agência reconhece a maconha como planta medicinal. Essa reclassificação da planta ajuda no registro dela. Isso é um avanço, porém ainda deve ir além para que haja o reconhecimento de uma regulamentação para a produção, distribuição e consumo de maconha para fins medicinais/terapêuticos no Brasil.

2.14 CÓDIGO PENAL BRASILEIRO

O Código Penal, Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940, não tipifica como crime o uso medicinal da maconha no Brasil, pois há ausência de uma conduta criminosa, ensejando assim a atipicidade da conduta humana. É possível utilizar os princípios da anterioridade e da legalidade como fundamentos desse uso; bem como, em caso de pessoas maiores que utilizem da maconha para fins medicinais/terapêuticos, é possível utilizar o princípio da alteridade.

O presente Código ainda prevê institutos materiais de defesas em caso de interpretação equivocada de algumas autoridades. Logo, quem usa a *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos pode se defender com os seguintes institutos: exercício regular do direito à saúde e/ou estado de necessidade (de terceiros). Nesse sentido, o artigo 23 do Código Penal trata que:

Exclusão de ilicitude (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Art. 23 - Não há crime quando o agente pratica o fato: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

I - em estado de necessidade; (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

II - em legítima defesa; (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

III - em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito. (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Em caso de um incoerente entendimento sobre quem usa, produz, planta ou distribui a maconha para fins medicinais/terapêuticos no Brasil é viável se utilizar de algumas das causas de excludente de ilicitude previstas no Código Penal, quais sejam: exercício regular do direito à saúde; e/ou estado de necessidade (de terceiros).

2.15 PRINCÍPIO DA INSIGNIFICÂNCIA

O princípio da insignificância tem origem no pensamento funcionalista penal desenvolvido por Claus Roxin, professor da Universidade de Munique, Alemanha, tomando por base uma análise objetivo-material dos bens jurídicos protegidos pela norma penal. Assim sendo, condutas que afrontam de forma insignificante o bem jurídico tutelado pela norma não estariam produzindo uma tipicidade material, desmerecendo a intervenção penal para coibi-las (atipicidade material dos fatos) (ROXIN, 2001)

Nesta questão do uso terapêutico da maconha, temos claramente a presença da insignificância tanto no tocante à hipótese de Tráfico de Drogas como na figura menor do Usuário, previstos, respectivamente, no art. 33 e 28 da Lei nº 11.343 de 2006. Neste caso, a finalidade já dispõe uma busca por saúde que por si mesmo contraria a orientação normativa própria de proteger a saúde e a integridade física dos envolvidos numa relação de consumo de drogas. O objetivo do uso terapêutico não se confunde com os fins do tráfico de drogas ou mesmo a utilização recreativa das drogas, mas como uma necessidade de medicamento/remédio, bem-estar físico e saúde disponibilizada, muitas vezes, de forma solidária nesta situação de tratamento da saúde de pacientes. Daí, claramente, se tratar de uma situação insignificante para o tráfico ou uso comum, porque até no plano da comunicação e linguístico, o uso terapêutico significa busca por saúde, remédio, ausência de dor e cura em favor dos pacientes. Assim, há, igualmente, outro significado bem diverso daquele pelo qual o uso das drogas é proibido, ainda que possamos discutir também isto de forma crítica.

Em caso de alguma autoridade processar penalmente a pessoa que planta, produz, distribui e/ou usa medicinalmente/terapeuticamente a maconha, é possível usar o princípio da

insignificância como uma defesa material, pois o STF (Supremo Tribunal Federal) estabelece que:

Princípio da Insignificância (crime de bagatela)

Descrição do Verbete: o princípio da insignificância tem o sentido de excluir ou de afastar a própria tipicidade penal, ou seja, não considera o ato praticado como um crime, por isso, sua aplicação resulta na absolvição do réu e não apenas na diminuição e substituição da pena ou não sua aplicação. Para ser utilizado, faz-se necessária a presença de certos requisitos, tais como: (a) a mínima ofensividade da conduta do agente, (b) a nenhuma periculosidade social da ação, (c) o reduzidíssimo grau de reprovabilidade do comportamento e (d) a inexpressividade da lesão jurídica provocada (exemplo: o furto de algo de baixo valor). Sua aplicação decorre no sentido de que o direito penal não se deve ocupar de condutas que produzam resultado cujo desvalor - por não importar em lesão significativa a bens jurídicos relevantes - não represente, por isso mesmo, prejuízo importante, seja ao titular do bem jurídico tutelado, seja à integridade da própria ordem social.

Caso, equivocadamente, alguém pense que o uso, a plantação, a produção, e/ou a distribuição da maconha para fins medicinais/terapêuticos no Brasil seja crime e venha a processar a pessoa que está realizando algum (ou todos) desses atos, é possível invocar a aplicação do princípio da insignificância, nesse caso, acontece a exclusão ou o afastamento da tipicidade da conduta.

2.16 PROJETO DE LEI 7187 DE 2014 DO SENADOR EURICO JÚNIOR

O Projeto de Lei de número 7.187 de 2014 apresentado pelo Senador Eurico Júnior trata sobre a regulamentação da maconha medicinal. O artigo 1º do presente Projeto dispõe que: “esta Lei estabelece medidas 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, ou cânhamo, quando for o caso”. Nesse sentido, esse projeto trata sobre a regulamentação do controle, da plantação, do cultivo, da colheita, da produção, da aquisição, do armazenamento, da comercialização e da distribuição da maconha e seus derivados. O artigo 2º do mencionado projeto descreve que:

Art. 2º São declaradas de interesse público as ações tendentes a proteger, promover e melhorar a saúde pública da população, mediante política orientada a minimizar os riscos e a reduzir os danos decorrentes do uso da maconha (*cannabis sativa*), que promova a devida informação, educação e prevenção contra as consequências e os efeitos prejudiciais vinculados a tal consumo, bem como o tratamento, a reabilitação e a reinserção dos usuários

de drogas. Parágrafo único. O Poder Público é responsável pela implantação da política de uso da maconha (*cannabis sativa*), nos termos e condições estabelecidos nesta Lei e em seus regulamentos.

É de interesse público as ações que protege, promove e melhora a saúde pública da população, tendo em vista que o direito à saúde é um direito humano de todos. Nessa perspectiva, devem haver políticas que tratem sobre a minimização dos riscos e a redução dos danos decorrente do uso das drogas. Também é necessário haver tratamento, reabilitação e reinserção dos usuários de drogas. Quanto ao uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos, é necessário informação, educação e prevenção sobre as consequências e os efeitos desse consumo. É de ressaltar o essencial papel e a responsabilidade do Poder Público na implantação de políticas que trate sobre o uso da maconha. O artigo 3º do respectivo Projeto de Lei descreve que:

Art. 3º Todas as pessoas têm o direito de usufruir do mais alto nível possível de saúde, de desfrutar dos espaços públicos em condições seguras e às melhores condições de convivência, bem como à prevenção, ao tratamento e à reabilitação de doenças, em conformidade com o disposto em convenções internacionais ratificados por lei, garantindo-se o pleno exercício da cidadania, consagrados pelo art. 5º da Constituição Federal.

O artigo 3º do presente Projeto trata justamente do Direito Humano à Saúde, que é um direito de todos e é um dever do Poder Público em promover, garantir e efetivar, tendo em vista que a saúde é um dos bens jurídicos mais importantes da sociedade brasileira e do mundo.

A concretização do Direito Humano à Saúde necessita de atitudes de todos os integrantes na sociedade, como: o Poder Executivo na criação de políticas públicas; o Poder Judiciário na prolação de sentenças justas; o Poder Legislativo na criação de uma lei específica sobre a temática; o Ministério Público na fiscalização do cumprimento de tal direito; a Delegacia na não interpretação equivocada do direito e na não prisão em flagrante de pessoas que necessitam desse direito; a Defensoria Pública na defesa dos necessitados; a OAB na defesa de todos os cidadãos para com o exercício da cidadania; o povo no efetivo exercício da cidadania e na fiscalização e na cobrança de ações dos agentes públicos; entre outros. O artigo 4º do aludido Projeto trata que:

Art. 4º A presente Lei tem por objetivo proteger os habitantes do país contra os riscos decorrentes do vínculo com o comércio ilegal da maconha (*cannabis sativa*) e com o narcotráfico, buscando, mediante a intervenção do

Poder Público, enfrentar as consequências devastadora, sanitária, social e economicamente, do uso de substâncias psicoativas, bem como reduzir a incidência do narcotráfico e do crime organizado.

Quanto ao objetivo do Projeto de Lei (e futura Lei, caso o Congresso Nacional a aprove), é a proteção das pessoas do país em face dos riscos que decorrem, direta e/ou indiretamente, do comércio ilegal da maconha e do narcotráfico. Em razão da necessidade de proteção, que se faz fundamental a intervenção do Poder Público no enfrentamento das consequências prejudiciais em todas as dimensões no uso de substâncias psicoativas e ainda deve haver a diminuição da incidência do narcotráfico e do crime organizado. O artigo 5º do referido Projeto alude que:

Art. 5º O Poder Público dará prioridade para as medidas voltadas ao controle e à regulação das substâncias psicoativas e de seus derivados, bem como as que têm por objetivo educar, conscientizar e proteger a sociedade contra os riscos do uso da maconha (*cannabis sativa*) para a saúde, particularmente no que tange ao desenvolvimento da dependência, levando-se em conta os padrões da Organização Mundial da Saúde concernentes ao consumo dos diferentes tipos de substâncias psicoativas.

É necessário que haja medidas prioritárias voltadas ao controle e a regulamentação de substâncias psicoativas e seus derivados, mas também essas medidas devem visar a educação, a conscientização e a proteção da sociedade em face dos riscos com o uso da maconha. Por isso, que é essencial que haja a observância dos padrões da Organização Mundial da Saúde quanto ao consumo das substâncias psicoativas. O artigo 6º do referido Projeto descreve que:

Art. 6º Ficam proibidos a plantação, o cultivo, a colheita e a comercialização de qualquer planta da qual possam ser extraídos estupefacientes e outras substâncias que causem dependência física ou psíquica, ressalvadas as seguintes hipóteses: I - Quando efetuados exclusivamente para fins de pesquisa científica, para a elaboração de produtos terapêuticos de uso médico e para fins recreativos, nos limites fixados por esta lei. Nessa hipótese, as plantações ou cultivos deverão ser previamente autorizados e registrados pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, que será responsável pelo seu controle direto, ouvido o Ministério da Saúde. II - Em se tratando especificamente de *cannabis*, as plantações ou cultivos deverão ser previamente autorizados pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento e ficarão sob seu controle direto, sem prejuízo da ação fiscalizadora que a legislação atual atribui aos organismos correspondentes, no âmbito das respectivas competências.

Parágrafo Único - Entende-se por *cannabis* psicoativa as copas floridas com ou sem fruto da planta fêmea da *cannabis*, excetuadas as sementes e das folhas separadas do talo, incluídos seus óleos, extratos, preparos de potencial uso farmacêutico, xaropes e similares cujo conteúdo de tetrahydrocannabinol (THC) natural seja igual ou superior a 1% (um por cento) de seu volume.

No Brasil, com esse Projeto de Lei aprovado, em aspectos gerais, identifica-se que continuam proibidos a plantação, o cultivo, a colheita e a comercialização de qualquer planta que cause dependências físicas ou psicológicas. Porém, há exceção a essa proibição “quando efetuados exclusivamente para fins de pesquisa científica, para a elaboração de produtos terapêuticos de uso médico e para fins recreativos, nos limites fixados por esta lei”. Nessa exceção “as plantações ou cultivos deverão ser previamente autorizados e registrados pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, que será responsável pelo seu controle direto, ouvido o Ministério da Saúde”.

Quanto ao uso da maconha (*Cannabis*), para que se possa realizar as plantações e/ou cultivos deve haver uma prévia autorização do “Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento e ficarão sob seu controle direto, sem prejuízo da ação fiscalizadora que a legislação atual atribui aos organismos correspondentes, no âmbito das respectivas competências”. Nesse sentido, a plantação e/ou o cultivo da maconha deve ser feito com prévia autorização desse Ministério, porém questiona-se: qual será o tempo para essa autorização? Porque as pessoas necessitadas não detêm muito tempo. Não é mais adequado substituir a palavra autorização por “aviso formal” para que esse texto esteja de acordo com a realidade social do Brasil?

Com relação à autorização do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, o artigo 7º do Projeto em estudo trata que:

Art. 7º. A plantação, o cultivo e a colheita, bem como a industrialização e a comercialização de cannabis de uso não psicoativo (cânhamo) são regulados na forma desta Lei. Nesse caso, as plantações ou cultivos deverão ser previamente autorizados pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento e ficarão sob o controle direto deste.

§ 1º. Entende-se por cannabis de uso não psicoativo (cânhamo) as plantas ou partes da planta dos gêneros cannabis, as folhas e as copas floridas que não contenham mais de 1% (um por cento) de THC, incluindo os derivados dessas plantas e partes das plantas.

§ 2º. As sementes de variedades de cânhamo não psicoativo a serem utilizadas não poderão exceder 0,5% (zero vírgula cinco por cento) de THC.

A plantação, o cultivo, a colheita, a industrialização e a comercialização da maconha (*Cannabis*) são tratados na forma desta Lei. Nesse sentido, para haver a plantação ou o cultivo deve ter prévia autorização do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento e ficarão sob o controle direto deste.

Quanto ao que vem a ser *Cannabis* de uso não psicoativo, a própria lei conceitua da seguinte forma: “as plantas ou partes da planta dos gêneros *cannabis*, as folhas e as copas floridas que não contenham mais de 1% (um por cento) de THC, incluindo os derivados dessas plantas e partes das plantas”. Há o seguinte limite: “As sementes de variedades de cânhamo não psicoativo a serem utilizadas não poderão exceder 0,5% (zero vírgula cinco por cento) de THC”. O artigo 8º do respectivo Projeto dispõe que:

Art. 8º. A plantação, o cultivo, a colheita e o armazenamento para fins de pesquisa, bem como a industrialização para uso farmacêutico, serão realizados segundo os ditames da legislação vigente e de acordo com o estabelecido na regulamentação, exigida a autorização prévia do MAPA, sob o controle direto deste.

§ 1º. Fica permitida a plantação, o cultivo e a colheita em âmbito doméstico de plantas *cannabis* de efeito psicoativo destinadas ao consumo individual ou compartilhado no recinto do lar. Sem prejuízo dessa disposição, entende-se destinados ao consumo individual ou compartilhado no recinto do lar a plantação, o cultivo e a colheita em âmbito doméstico de até 6 (seis) plantas de *cannabis* de efeito psicoativo e o produto da colheita da plantação anterior até um máximo de 480 gramas anuais

§ 2º. A venda de *cannabis* psicoativa para consumo pessoal dependerá de registro na repartição competente, de acordo com o disposto no art desta Lei, em conformidade com as prescrições legais, ao passo que a venda para uso medicinal exigirá receituário médico.

§ 3º. A venda de *cannabis* psicoativa para uso não medicinal não poderá ultrapassar 40 gramas por usuário.

§ 4º. Toda plantação não autorizada deverá ser destruída com a intervenção dos órgãos competentes. O Poder Executivo regulamentará as disposições das alíneas anteriores, inclusive os mecanismos de acesso às sementes. O que for destinado a plantações de *cannabis* psicoativa para consumo pessoal, no âmbito da legislação vigente, será considerado, em todos os casos, como atividade lícita. Tal regulamentação ocorrerá sem prejuízo da ação fiscalizadora que a legislação vigente estabelece para toda plantação ou cultivo realizado no território nacional, no que for aplicável. A legislação estabelecerá ainda os padrões de segurança e as condições de uso das licenças de cultivos para os fins previstos nas alíneas precedentes.

§ 5º. Ficará eximido de responsabilidade aquele que produzir maconha mediante plantação, cultivo e colheita de plantas de *cannabis* de efeito psicoativo, nos termos do disposto no art. 3º da presente Lei.

§ 6º.. O registro do cultivo, de conformidade da legislação vigente, será requisito indispensável para que o interessado possa amparar-se nas disposições da presente Lei. Cento e oitenta dias após a implementação do referido registro, que não terá custo para os usuários e visará a rastreabilidade e controle dos cultivos, só serão admitidos registros de plantios a serem efetuados.

Como se pode ver, o Projeto de lei em estudo trata da “plantação, cultivo e armazenamento para fins de pesquisa” e ainda da “industrialização para uso farmacêutico”. Essas atividades serão tratadas conforme a legislação vigente e com os direitos humanos. Esse

projeto de lei permite a “plantação, o cultivo e a colheita em âmbito doméstico” de maconha para fins medicinais/terapêuticos, bem como é possível vender a “*Cannabis* psicoativa para o consumo pessoal” em uma determinada quantidade, além disso, deve haver fiscalização e até mesmo destruição de plantação não autorizada. Logo, para cultivar é necessário fazer o registro do cultivo.

2.17 PROJETO DE LEI 7.270 DO DEPUTADO FEDERAL JEAN WYLLYS

Já está mais que na hora de desconstruir o proibicionismo do uso da maconha no Brasil com embasamento científico. O Projeto de Lei de número 7.270 de 2014 apresentado pelo Deputado Federal Jean Wyllys trata da regulamentação do uso da maconha para fins recreativos e para fins medicinais/terapêuticos. O artigo 1º dele trata que:

Artigo 1º - Autoriza-se, nas condições estabelecidas pela presente lei, a produção e comércio de Cannabis, derivados e produtos de Cannabis, em todo o território nacional, e estabelece-se a obrigatoriedade do registro, da padronização, da classificação, da inspeção e da fiscalização de tais atividades.

§ 1º A Cannabis, derivados e produtos de Cannabis passam a ser considerados —drogas lícitas—, deixam de integrar a lista de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e passam a ser regidos por esta lei.

§ 2º A inspeção e a fiscalização de que trata esta lei incidirão sobre: I - Inspeção: a) equipamentos e instalações, sob os aspectos higiênicos, sanitários e técnicos; b) embalagens, Cannabis, derivados e produtos de Cannabis, sob os aspectos higiênicos, sanitários e qualitativos; II - Fiscalização: a) estabelecimentos que se dediquem ao cultivo de Cannabis e à industrialização dos derivados e produtos de Cannabis objeto desta lei; b) portos, aeroportos e postos de fronteiras; c) transporte, armazenagem, depósito, cooperativa e casa atacadista; e d) quaisquer outros locais previstos na regulamentação desta lei

O projeto de lei em estudo trata a *Cannabis* como uma droga lícita: a *Cannabis* deixa de integrar a lista de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e passa a ser regida por esta lei. Então, é necessário haver uma legalização e uma regulamentação do uso da maconha no Brasil, de acordo com os Direitos Humanos.

2.18 PROJETO DE LEI 137 DE 2014 DO SENADOR CIRO NOGUEIRA

O tráfico ilícito de entorpecentes é tratado como um crime equiparado a hediondo e ele contribui com a criminalidade no Brasil. O Projeto de Lei de número 137 de 2014 apresentado pelo Senador Ciro Nogueira determina uma causa de aumento de pena no caso de tráfico de crack. O artigo primeiro do projeto em análise descreve que:

Art. 1º O art. 33 da Lei nº 11.343, de 26 de agosto de 2006, passa a vigorar acrescido do seguinte § 1º-A: Art. 33 (...)
 § 1º-A. Se a droga a que se referem o caput e o § 1º deste artigo for o crack, a pena é aumentada de um terço.

O crack é uma droga ilícita no Brasil. Essa droga causa dependência e lesiona a saúde física e mental da pessoa humana, em outras palavras, o uso dela gera danos à saúde humana. Para evitar o consumo e o comércio dessa droga esse Projeto de Lei apresenta uma causa de aumento de pena de um terço para quem pratica o crime de tráfico ilícito de crack.

2.19 PROJETO DO SENADO LEI 514 DE 2017

O projeto de Lei do Senado de número 514, de 2017, de autoria da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa, trata sobre uma alteração do artigo 28 da Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, com vista em descriminalizar o cultivo da *Cannabis* sativa para uso pessoal terapêutico. Os artigos 1º e 2º desse projeto dispõem que:

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 28 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 28.

 § 1º Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica, **ressalvado o semeio, cultivo e colheita de cannabis sativa para uso pessoal terapêutico, em quantidade não mais do que suficiente ao tratamento, de acordo com a indispensável prescrição médica.**” (NR).

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. (Grifo do autor)

Conforme interpretação desse parágrafo 1º, do Projeto de Lei em estudo, não há crime para quem semeia, cultiva e colhe *Cannabis Sativa* para o uso pessoal terapêutico, em uma determinada quantidade e de acordo com prescrição médica. O mencionado dispositivo exclui os outros tipos de *Cannabis*, como *Indica*, *Ruderalis*, etc. Ele não prever a quantidade certa para cada pessoa usar medicinalmente/terapeuticamente a *Cannabis*, nem mesmo estabelece um limite razoável e proporcional. Essas omissões podem gerar problemas jurídicos, pois não é só a *Cannabis Sativa* que detém natureza terapêutica/medicinal e as “autoridades” vão se utilizar de um critério subjetivo para saber qual é a quantidade suficiente para tratamento de *Cannabis*. Até a presente data há médicos que não sabem qual é a quantidade suficiente de *Cannabis* para o tratamento das pessoas. Dessa forma, apesar de relevante para a sociedade atual, essa alteração jurídica pode acarretar problemas jurídicos.

Uma dúvida que surge com a incorporação desse dispositivo é no sentido de que se alguém utiliza medicinalmente/terapeuticamente a maconha além do limite, por necessidade do tratamento, mas que não esteja de acordo com a prescrição médica, há criminalização dessa conduta?

2.20 PROIBICIONISMO DO USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA CANNABIS NO BRASIL

O uso medicinal da maconha é milenar, pois desde a antiguidade é possível constatar o uso dessa planta como um remédio para proporcionar uma qualidade de vida para as pessoas. Por volta de 2.737 a.C., já se utilizava *Cannabis* na China para tratar doenças como reumatismo, malária, memória fraca, etc. Na Índia essa planta era usada, há muitos anos, para fins religiosos e medicinais (aliviar o estresse). O médico Pedânio Dioscóride, criador da Farmacologia, publicou sobre os efeitos medicinais da maconha na obra “De Materia Medica”⁴². Esses exemplos de utilização da maconha para fins medicinais/terapêuticos em vários países no passado demonstram que o uso dessa planta não era proibido. Segundo Barros e Peres (2011)⁴³:

De fato, embora tenha sido tornada uma droga ilícita no século passado, anteriormente, a maconha era não somente legalizada, como consistia num

⁴² **CONHEÇA A HISTÓRIA DA CANNABIS MEDICINAL.** Disponível em: <http://amame.org.br/historia-da-cannabis-medicinal/>. Acesso em: 29.06.2017

⁴³ BARROS, André; PERES, Marta. **PROIBIÇÃO DA MACONHA NO BRASIL E SUAS RAÍZES HISTÓRICAS** **ESCRAVOCRATAS.** 2011. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/viewFile/3953/2742>. Acesso em: 29.06.2017

relevante insumo econômico na Europa, utilizado desde os tempos do paleolítico. Escrita com as mesmas sete letras, a palavra maconha é um anagrama de cânhamo, matéria-prima de grande importância no Renascimento. Gutenberg utilizou papel de cânhamo para produzir as 135 primeiras Bíblias impressas do mundo, localizando-se um desses exemplares no acervo da Biblioteca Nacional, na Cinelândia, Rio de Janeiro.

O uso terapêutico/medicinal da *Cannabis* não era proibido no Brasil e no mundo até o século XX: ela era legalizada e usada para tratar as mais variadas doenças, entre outras utilizações. O papel das primeiras Bíblias impressas foi feito da maconha. Para Barros e Peres (2011)⁴⁴:

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

No período do Renascimento, a maconha foi considerada como um importante produto agrícola da Europa, tendo em vista que ela tinha várias funções: para a impressão de livros utilizava maconha; para fazer telas para pintar usava maconha; as embarcações eram feitas de maconha, entre outros exemplos. As pessoas usavam maconha para fins recreativos. Como se pode ver a maconha tinha fins econômicos, medicinais, religiosos, recreativos, etc. Barros e Peres (2011)⁴⁵:

Desde a antiguidade, gregos e os romanos usaram velas e cordas de cânhamo nos navios. No século XV, cultivado nas regiões de Bordéus e da Bretanha, na França, em Portugal e na África, o cânhamo era destinado à confecção de cordas, cabos, velas e material de vedação dos barcos, que inundavam com frequência em longas navegações. O produto obtido de suas fibras, dotado de rigidez e elasticidade, proporcionava às caravelas uma enorme velocidade. Incluindo velame, cordas e outros materiais, havia 80 toneladas de cânhamo no barco comandado por Cristóvão Colombo, em 1496 (Robinson, 1999). O cultivo de cânhamo em terras lusas tornou-se massivo à época das Grandes Descobertas, pois fornecia o material das embarcações portuguesas. Decreto do rei D. João V, de 1656, comprova que o incentivo à produção de maconha era uma política de Estado.

⁴⁴ BARROS, André; PERES, Marta. **PROIBIÇÃO DA MACONHA NO BRASIL E SUAS RAÍZES HISTÓRICAS**. ESCRAVOCRATAS. 2011. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/viewFile/3953/2742>. Acesso em: 29.06.2017

⁴⁵ BARROS, André; PERES, Marta. **PROIBIÇÃO DA MACONHA NO BRASIL E SUAS RAÍZES HISTÓRICAS**. ESCRAVOCRATAS. 2011. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/viewFile/3953/2742>. Acesso em: 29.06.2017

As cordas e as velas dos navios eram feitas de maconha, nesse sentido, ela era utilizada para a fabricação de “cordas, cabos, velas e material de vedação dos barcos”. Essa planta era cultivada na França, em Portugal e na África. O cânhamo (maconha) foi utilizado no período das Grandes Descobertas, porque ele integrava as embarcações portuguesas. A produção era uma política de Estado, conforme o Decreto do rei D. João V, de 1656.

No Brasil, usou-se maconha logo na descoberta desse grande território. Barros e Peres (2011)⁴⁶ aludem que:

Tendo chegado graças às velas de cânhamo de suas embarcações, a história oficial diz que foi Pedro Alvares Cabral que descobriu o Brasil. Como já viviam milhões de nativos aqui, chamados pelos portugueses de índios, pois imaginavam estar chegando às Índias, ninguém descobriu nada! Ou então, podemos dizer que a maconha descobriu o Brasil.

Os africanos também trouxeram maconha para o Brasil e a usava para fins religiosos e medicinais. O uso da maconha pelos africanos contribuiu com a “demonialização” do uso dessa planta. O que se percebe é que houve uma discriminação e um preconceito contra a utilização da maconha pelo simples fato de os negros estarem usando-a. No Brasil houve uma cultura de “branqueamento” da população e com isso os negros, que eram a maioria, foram excluídos da vida em sociedade.

Então, o processo de proibição do uso medicinal/terapêutico da maconha se deu por questão racista e isso é visto no Brasil e nos EUA, por exemplo. Com relação a primeira Lei que proíbe a utilização da maconha para fins medicinais/terapêutico, Barros e Peres (2011)⁴⁷ descrevem que:

No mesmo ano em que este código entrou em vigor, o Brasil foi o primeiro país do mundo a editar uma lei contra a maconha: em 4 de outubro de 1830, a Câmara Municipal do Rio de Janeiro penalizava o “pito de pango”, denominação da maconha, no § 7º da postura que regulamentava a venda de gêneros e remédios pelos boticários:

É proibida a venda e o uso do pito do pango, bem como a conservação dele em casas públicas. Os contraventores serão multados, a saber: o vendedor em 20\$000, e os escravos e mais pessoas, que dele usarem, em três dias de cadeia. (Mott in Henman e Pessoa Jr., 1986).

⁴⁶ BARROS, André; PERES, Marta. **PROIBIÇÃO DA MACONHA NO BRASIL E SUAS RAÍZES HISTÓRICAS ESCRAVOCRATAS**. 2011. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/viewFile/3953/2742>. Acesso em: 29.06.2017

⁴⁷ BARROS, André; PERES, Marta. **PROIBIÇÃO DA MACONHA NO BRASIL E SUAS RAÍZES HISTÓRICAS ESCRAVOCRATAS**. 2011. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/viewFile/3953/2742>. Acesso em: 29.06.2017

No século XIX, em 1830, a Câmara Municipal do Rio de Janeiro criou uma Lei, “Código de Posturas Municipais”, que proibia o comércio e o uso da maconha, “pito do pango”. Nesse sentido, ficou “proibida a venda e o uso do pito do pango, bem como a conservação dele em casas públicas”. Quem vendesse o pito do pango pagava uma multa e quem comprava estava sujeito a uma pena de até 3 dias de cadeia, ou seja, o usuário tinha uma punição mais severa que o vendedor.

Com relação à (desumana) política criminal adotada no Brasil no século XIX, Barros e Peres (2011)⁴⁸ tratam que:

Recordamos que a política criminal implantada pelo Estado até meados do século XIX era de extermínio dos indígenas e escravidão para os negros. Transformações de um país até então eminentemente rural, o processo de ‘embranquecimento’ e o início da industrialização trouxeram necessidades diferentes ao novo sistema, que precisava mascarar a política punitiva e de fortes raízes escravocratas com novas roupagens.

A política criminal adotada pelo Brasil no século XIX foi de “extermínio dos indígenas e escravidão para os negros”. Como se pode ver, a política criminal brasileira contribuiu para o genocídio da população e da cultura indígena e para a escravidão e a exclusão social dos negros. O que se pretendeu com isso foi “embranquecer” a população brasileira.

Vários psiquiatras, embasados no estudo de Lombroso, estabeleceram características criminosas naturais dos negros. Nesse sentido, Barros e Peres (2011)⁴⁹ mencionam que:

Conforme mencionado, a psiquiatria lombrosiana chegou ao Brasil em meados do século XIX. Ao defender que determinadas raças carregavam características naturais dos criminosos, seu discurso pseudo científico criminalizou os negros, sua religião, sua cultura e, obviamente, o hábito de fumar maconha. Prova de que esse hábito foi trazido da África pelos escravos é que uma das mais conhecidas denominações da maconha era “fumo de Angola”. Deste modo, seu consumo era considerado um impulsionador da prática de condutas penais e seus consumidores, tidos como criminosos de antemão. Com a Abolição da Escravatura, esse pensamento viria auxiliar a controlar e reprimir a liberdade, de maneira que antigos escravos e seus descendentes foram criminalizados. Observem que a escravidão foi abolida em 1888, a República foi proclamada em 1889 e a sua

⁴⁸ BARROS, André; PERES, Marta. **PROIBIÇÃO DA MACONHA NO BRASIL E SUAS RAÍZES HISTÓRICAS ESCRAVOCRATAS**. 2011. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/viewFile/3953/2742>. Acesso em: 29.06.2017

⁴⁹ BARROS, André; PERES, Marta. **PROIBIÇÃO DA MACONHA NO BRASIL E SUAS RAÍZES HISTÓRICAS ESCRAVOCRATAS**. 2011. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/viewFile/3953/2742>. Acesso em: 29.06.2017

Constituição entrou em vigor em 1891. Um ano antes mesmo de ser promulgada sua lei maior, a República tratou de instaurar dois instrumentos de controle dos negros em 1890: o Código Penal e a "Seção de Entorpecentes Tóxicos e Mistificação", a fim de combater cultos de origem africana e ao uso da cannabis, utilizada em rituais do Candomblé, considerado “baixo espiritismo”.

O estudo de Lombroso sobre as “características naturais dos criminosos” veio ao Brasil no século XIX. Esse estudo serviu de base para psiquiatras brasileiros determinar que os negros são naturalmente criminosos e isso é, atualmente, considerado falso; porém naquela época teve grande influência para a violações dos direitos humanos da população negra. Os negros usavam a maconha para fins medicinais/terapêuticos e os brancos começaram a ver esse hábito como um perigo para a coletividade branca. O uso da maconha era visto como um impulso para a criminalidade e esse uso foi combatido com as mais variadas violências. Os negros eram tidos como “coisas” até a abolição da escravatura. Após essa abolição, a população negra não foi incluída na vida em sociedade, pelo contrário, foi tratada como naturalmente criminosa e, conseqüentemente, encarcerada (encarceramento em massa). Nessa perspectiva, Barros e Peres (2011)⁵⁰ aludem que:

Como podemos ver, psiquiatras brasileiros elaboraram uma série de teses criminalizando negros, nativos, mulheres, capoeiristas, sambistas, maconheiros, prostitutas, macumbeiros, cachaceiros, explorando certo tipo de discurso que estigmatizava todos que não fossem supostamente brancos “puros”, próximo daquele que viria a originar também ideias fascista e nazista da superioridade de raças.

Mas não só os negros foram criminalizados pelos psiquiatras brasileiro, tendo em vista que os nativos, as mulheres, os capoeiristas, os sambistas, os maconheiros, as prostitutas, os macumbeiros, os cachaceiros, entre outros, não foram incluídos da vida em sociedade no século XIX, logo, esses foram marginalizados pela população branca.

No Brasil, no século XIX e no início do século XX, era possível usar a maconha para fins medicinais/terapêuticos. Por volta de 1920, as farmácias brasileiras vendiam um cigarro - Cigarilhas Grimault ou Cigarros Índios - a base de maconha para aliviar a dor, entre outros benefícios.

⁵⁰ BARROS, André; PERES, Marta. **PROIBIÇÃO DA MACONHA NO BRASIL E SUAS RAÍZES HISTÓRICAS ESCRAVOCRATAS**. 2011. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/viewFile/3953/2742>. Acesso em: 29.06.2017

No início do século XX, houve um movimento, em âmbito internacional e nacional, para a proibição do uso da maconha. Segundo Barros e Peres (2011)⁵¹:

A primeira ação internacional no sentido de promover uma proibição coordenada à produção, distribuição e ao consumo de determinadas substâncias psicoativas e suas matérias primas foi sistematizada na Convenção Internacional sobre o Ópio, organizada pela Liga das Nações, em Haia, no ano de 1912 (Karam, 2009: 3). A referida convenção recomendava aos Estados signatários que examinassem a possibilidade de criminalização da posse de ópio, morfina, cocaína e seus derivados. Inspirada nela, em 1921, entrou em vigor, no Brasil, o Decreto número 4294, que punia tão somente o comércio de “substância de qualidade entorpecente”.

A primeira iniciativa para proibir o uso de uma substância psicoativa no mundo foi o Ópio com a Convenção Internacional sobre o Ópio, que foi organizada pela Liga das Nações, em Haia, em 1912. Essa convenção recomendou aos Estados signatários a criminalização do “ópio, morfina, cocaína e seus derivados”. O Brasil, no ano de 1921, criminaliza “o comércio de substância de qualidade entorpecente” por meio do Decreto 4.294.

No ano de 1925, houve uma segunda Conferência Internacional do Ópio, em Genebra. Essa convenção foi um divisor de águas para o proibicionismo do uso medicinal/terapêutico da maconha no Brasil. Barros e Peres (2011)⁵² descrevem que:

Na II Conferência Internacional do Ópio, em Genebra, 1925, vale destacar a afirmação de Dr. Pernambuco, para delegações de 45 outros países: “a maconha é mais perigosa que o ópio”. Cabe destacar que, apesar da cocaína e da morfina já haverem sido incluídas desde a anterior, ambas as convenções tinham como objetivo o combate ao ópio. Considerando que esta erva não constava da recomendação de 1912, esse médico, indiscutivelmente, influenciou a criminalização da maconha em todo o mundo. Em outras palavras, foi baseada nas ideias racistas e escravocratas presentes no discurso de um psiquiatra brasileiro, que a criminalização da maconha viria a ser internacionalizada.

No ano de 1931, a proibição da maconha para fins medicinais/terapêuticos era uma tese forte para ser concretizada. Barros e Peres (2011)⁵³ afirmam que: “em 1931, foi realizada

⁵¹ BARROS, André; PERES, Marta. **PROIBIÇÃO DA MACONHA NO BRASIL E SUAS RAÍZES HISTÓRICAS ESCRAVOCRATAS**. 2011. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/viewFile/3953/2742>. Acesso em: 29.06.2017

⁵² BARROS, André; PERES, Marta. **PROIBIÇÃO DA MACONHA NO BRASIL E SUAS RAÍZES HISTÓRICAS ESCRAVOCRATAS**. 2011. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/viewFile/3953/2742>. Acesso em: 29.06.2017

⁵³ BARROS, André; PERES, Marta. **PROIBIÇÃO DA MACONHA NO BRASIL E SUAS RAÍZES HISTÓRICAS ESCRAVOCRATAS**. 2011. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/viewFile/3953/2742>. Acesso em: 29.06.2017

a Convenção de Genebra, que regulamentaria as duas convenções internacionais anteriores. Nela, a criminalização não chegou a ser imposta, mas já avançava no sentido de uma ideologia proibicionista”. A Convenção de 1931, em Genebra, regulamentou as Convenções de 1912 e de 1925, que tinha por foco a proibição do Ópio. No ano seguinte, em 1932, o uso da maconha como um todo foi proibida no Brasil pelo Decreto 2.930. Para Barros e Peres (2011)⁵⁴:

Em 1932, entrou em vigor, no Brasil, o decreto 2930 que passava a penalizar também o usuário, porém, diferenciando-o do traficante. Merece destaque o Decreto-Lei 891/38 que estabeleceu a toxicomania como doença compulsória, tratando de internação civil e interdição dos toxicômanos. Em 1940, entrou em vigor um novo Código Penal, que apenava a conduta de traficar, em seu famoso artigo 281, inclusive mencionado em canção do saudoso Bezerra da Silva.

No século XX, em 1932, o uso da maconha ficou proibido em todo o território nacional brasileiro por meio do Decreto 2.930. Alguns anos depois, em 1938, a “toxicomina” passou a ser “doença compulsória”, sendo tratada com “internação civil e interdição dos toxicômanos”. Em 1940, o Código Penal determinava sanções penais para quem a traficava, conforme determinação do artigo 281 (esse artigo encontra-se revogado, atualmente, essa revogação aconteceu pela Lei nº 6.368 de 1976). Não foi só o Brasil que proibiu o uso dessa planta nesse século, tendo em vista que há outros países que também seguiram com a proibição como: EUA, Reino Unido, Nova Zelândia, África do Sul, Jamaica e etc.

Dessa forma, ficou construído no século XX que a maconha para fins medicinais/terapêuticos era proibida no Brasil e em vários outros países. Essa proibição se deu por questão racista e escravocrata, ou seja, não teve base científica para tal proibição. Atualmente, é necessário fazer um estudo que desconstrua a proibição da utilização medicinal/terapêutica da *Cannabis*, pois não houve estudo científico para isso ter ocorrido.

Logo, à luz dos Direitos Humanos, a proibição do uso medicinal/terapêutico da maconha foi um equívoco jurídico histórico que precisa ser desconstruído. Não se pode determinar com precisão quantas pessoas morreram por não poder usá-la em todo o mundo no século XX e no início do século XXI, porém é possível dizer que essa proibição prejudicou a vida de pessoas por trazer consequências mortais: saúde agravada e morte. Com base no

⁵⁴ BARROS, André; PERES, Marta. **PROIBIÇÃO DA MACONHA NO BRASIL E SUAS RAÍZES HISTÓRICAS ESCRAVOCRATAS**. 2011. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/viewFile/3953/2742>. Acesso em: 29.06.2017

direito humano à saúde e no direito humano à vida, a proibição da maconha para fins medicinais/terapêuticos nunca deveria ter acontecido, tendo em vista que garantir a saúde de qualidade e proporcionar uma vida digna são focos dos Direitos Humanos.

3 USO TERAPÊUTICO DA CANNABIS COMO UM DIREITO HUMANO DE ACESSO À SAÚDE

3.1 CARACTERÍSTICAS FARMACOBOTÂNICA DA CANNABIS

A *Cannabis* ou também conhecida como maconha, no Brasil, é uma planta que contém algumas substâncias, dentre estas, há o CBD (Canabidiol) e o THC (Tetraidrocanabinol). Apesar de ser bastante conhecida essas diferenciações entre a planta e as substâncias que ela contém, há ainda pessoas que confundem por entender que maconha é sinônimo de CBD (Canabidiol), mas isso precisa ser ensinado para que não haja mais equívoco. Pamplona (2014, p. 29) explica que:

Os compostos originalmente identificados em plantas do gênero *Cannabis* foram chamados coletivamente de canabinoides, com efeitos associados aos receptores canabinoides (CB1 e CB2). Hoje, com a diversidade de estruturas naturais e sintéticas de substâncias com atuação nestes receptores, ampliou-se bastante o grupo de compostos classificados como canabinoides, de maneira que os de ocorrência natural e origem vegetal são denominados fitocanabinoides. Desta forma, endocanabinoide é a denominação dada a canabinoides de origem natural não vegetal presentes endogenamente e produzidos mediante estimulação fisiológica. Em suma, os canabinoides endógenos, que participam de processos fisiológicos, para diferenciar dos canabinoides exógenos, que podem ser fitocanabinoides ou canabinoides sintéticos.

A *Cannabis* é uma planta que detém compostos denominados de canabinoides. Os canabinoides de natureza natural e vegetal são chamados de fitocanabinoides. Os endocanabinoides são os canabidiones de origem natural e não vegetal, que são endogenamente e sua produção se dá por estimulação fisiológica. Nesse sentido, os canabinoides endógenos são os que participam do processo fisiológico, mas já os exógenos são os que podem participar de fitocanabinoides ou canabinoides sintéticos.

A utilização da *Cannabis* como sinônima de THC (Tetraidrocanabinol) ou CBD (Canabidiol) está equivocada, conforme Pamplona (2014, p. 29 e 30):

É importante entender, portanto, que maconha e THC não são sinônimos. Embora o THC seja o composto majoritário presente na planta e nas preparações a partir dela, e o THC isolado induza efeitos semelhantes aos causados pela fumaça de maconha (Varvel et al., 2005), a planta possui uma variedade complexa de compostos, cuja composição inclusive pode variar entre diferentes espécies (Ex: *Cannabis sativa*, *Cannabis indica*, plantas híbridas), linhagens e métodos de preparação (ex: maconha, haxixe, óleo,

tintura, etc). Além do THC, o canabidiol (CBD) é um composto canabinoide bastante abundante na planta e com efeitos bastante interessantes, particularmente no que tange o aspecto terapêutico.

Então, para fins de informação e de forma bem didática não se pode confundir a *Cannabis* como sinônima de THC (Tetraidrocanabinol) ou CBD (Canabidiol), tendo em vista que a maconha é a planta e esses (THC ou CBD) são substâncias presentes nela e não se pode dizer que na *Cannabis* só há THC e/ou CBD, pois há várias outros canabinoides presentes nessa planta.

A *Cannabis* pode ser conhecida, no Brasil e no mundo, como Maconha, Fumo da Angola, Marijuana, Cânhamo, Liamba, Pito de Pango e entre outros. A Maconha Medicinal pode ser chamada de Maconha Terapêutica, ou seja: uso medicinal da maconha ou o uso terapêutico da maconha.

Observa-se que há várias espécies de *Cannabis*, as principais são: *Cannabis Sativa*, *Cannabis Indica*, *Cannabis Rudelaris*, entre outras.

Ressalva-se que o dia 27 de novembro é considerado o dia Nacional da *Cannabis*/Maconha Medicinal ou *Cannabis*/Maconha Terapêutica.

3.2 PANORAMA DO USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA CANNABIS NO BRASIL E NO MUNDO

Ao analisar a bibliografia existente sobre a temática, constata-se que o uso da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos no mundo não é novo, tendo em vista que é antes de Cristo. Segundo Zuardi (2006)⁵⁵, a maconha é considerada como uma das primeiras plantas cultivada pela humanidade, por isso que ela é uma planta histórica, cultural e tradicional. Para Horne (2006, p. 1):

Já se passaram quase 5.000 anos desde a primeira referencia escrita sobre o uso médico do cânhamo. Em 2737 a.C, o imperador chinês Shen Nung, em seu compêndio de ervas medicinais já recomendava a *Cannabis* para um grande número de disfunções e enfermidades. Em todas as grandes culturas ancestrais, encontramos referencia de primeira ordem que nos recordam a importância secular desta planta no cuidado da saúde da humanidade. Citando as mais relevantes, na Índia temos o Athavarda Veda, que atesta o valor da planta sagrada usada em rituais religiosos. Também o Zend-Avesta pesa, o Susruta assírio, e diversos papiros egípcios, citam a *Cannabis* como

⁵⁵ ZUARDI, Antonio Waldo. **HISTÓRIA DA CANNABIS COMO MEDICAMENTO**: uma revisão, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200015. Acesso em: 01.12.2016

planta medicinal de grande valor. Na Odisséia de Homero, Helena usa a Cannabis para aliviar suas dores.

O uso da *Cannabis*/Maconha para fins medicinais/terapêuticos aconteceu por volta de 2.700 a.C. por antigos chineses, conforme relatado na farmacopeia mais antiga do mundo, o pen-ts'ao ching. Observa-se que é possível ver esse uso muito antigo em outros lugares, como: Índia, Tibete, Assíria, Pérsia, Europa, Grécia, Roma, entre outros.

No Brasil, a utilização da *Cannabis* já começou no período Colonial. Os portugueses e os africanos trouxeram essa planta para o nosso território. O uso da *Cannabis* antes da proibição, no século XX, era um uso tradicional, em que não havia exclusão, repressão, violência ou criminalização. As pessoas usavam maconha para diversas finalidades, sem qualquer tipo de categorização, tais como: o uso para promover uma digna qualidade de vida, a utilização para garantir o direito à saúde, o uso para o lazer, a utilização para fins religiosos, entre outros.

Com o equivocado proibicionismo do uso terapêutico/medicinal da *Cannabis*, houve uma criação de uma cultura da “demonização” dessa planta no Brasil e no mundo. Com isso, as pessoas até a presente data veem a maconha como uma “droga maldita”, que destrói pessoas, famílias e comunidades. Por esse aspecto cultural e pela errada proibição, os fins medicinais/terapêuticos da *Cannabis* foram esquecidos ou reprimidos e até os dias de hoje dialogar sobre o uso dessa planta para salvar vidas e para promover a saúde é uma questão complexa.

3.3 ASPECTOS FARMACOLÓGICOS DA CANNABIS E DOS SEUS CANABINÓIDES

A *Cannabis* pode ser usadas para aliviar dores, para contribuir no relaxamento, reduzir risco de danos, minimizar convulsões, como anti-inflamatório e etc. Para Horne (2006, 4):

Todos os atos médicos estão baseados no binômio risco-benefício, e a maconha não é uma exceção. Apesar do THC ser o princípio ativo mais estudado, existem outros componentes com possíveis usos terapêuticos, como o: canabidiol. O possível uso terapêutico dos canabinoides, mede-se com os mesmo parâmetros com que se valoriza outras moléculas potencialmente terapêuticas, ou seja, baseada em análises científicas metodologicamente rigorosas.

Os riscos do consumo da maconha não devem ser considerados apenas em função dos efeitos adversos agudos, senão também e, sobretudo nos efeitos de longo prazo em sujeitos com doenças crônicas, dadas os riscos de aparição de tolerância aos ditos efeitos terapêuticos.

Os médicos analisam um binômio – risco e benefício – para passar algum tratamento. Isso também acontece com o uso medicinal/terapêutico da *Cannabis*. Nesse sentido, o uso terapêutico da maconha traz benefícios para a saúde humana, porém é interessante observar sobre os riscos desse uso a longo prazo. Horne (2006, p. 4 e 5) trata que:

Fatores como a idade, o estado imune, e o desenvolvimento de doenças intercorrente ou concomitante deve ser considerado na determinação do risco. Nos estudos levados a cabo até o momento, a maconha pode ter utilidade terapêutica em:

Analgesia – existem evidências da capacidade analgésica da maconha. Estudos indicam que existe uma estreita margem terapêutica entre as doses efetivas e as que provocam efeitos indesejáveis no sistema nervoso central

Transtornos Neurológicos e dos Movimentos – há evidências de que a maconha melhora os espasmos provocados pela esclerose múltipla e a lesão parcial da medula espinhal, porém não há publicações de que a cannabis seja superior ou equivalente a terapia existente;

Náuseas e Vômitos Associadas a Terapias Oncológicas – em estudos sobre pacientes que não conseguiram alívio mediante a medicina tradicional(Reino Unido), 78% admitiram uma notável melhoria ao fumar maconha, na Europa, desde 1985 os oncologistas foram legalmente autorizados a administrar oralmente o THC sintético em forma de cápsulas;

Glaucoma – o descobrimento de que a maconha reduz a pressão intraocular, se deu acidentalmente em experimento na Universidade da Califórnia. Os sujeitos da experiência eram totalmente voluntários que fumavam maconha cultivada pelo governo. A maconha reduziu a pressão intraocular por uma média de 4 a 5 horas. Os investigadores concluíram que a maconha pode ser mais útil do que os medicamentos convencionais e provavelmente atua por um mecanismo diferente, essa conclusão foi confirmada em experiências adicionais com seres humanos e estudos com animais;

Estimulante do Apetite – estudos clínicos e de segmento em população sadia, mostraram uma forte relação entre o uso de maconha e o aumento do apetite. A maconha aumenta o prazer de comer e o número de refeições ao dia “larica”;

Estresse – pode ser um bom alimento para o espírito, porque a fumaça aromática ajuda a reconciliação com nós mesmos;

Insônia – inúmeras pessoas que sofrem de insônia encontraram no uso da maconha uma forma de dormir com tranquilidade; (Grifo nosso)

Como já mencionado, o uso medicinal da *Cannabis* pode servir para: “analgesia”; “transtorno neurológicos e dos movimentos; náuseas e vômitos associadas a terapias oncológicas”; “glaucoma”; “estimulante do apetite”; “estresse”; “insônia”, etc.

Agora deve haver um cuidado com o uso em excesso e o uso sem um controle da *Cannabis*. A maconha pode prejudicar a vida, se for usada em excesso ou sem controle. Porém, ressalva-se que toda substância ou alimento usado em excesso ou sem controle pode prejudicar a saúde humana, até mesmo água natural. Logo, o uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos deve ocorrer com supervisão de um profissional competente como médico, farmacêutico, biólogo, entre outros.

3.4 DOENÇAS TRATADAS PELO USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA CANNABIS

Em aspectos gerais, não se pode apresentar um rol taxativo de doenças que podem ser combatidas pelo uso medicinal/terapêutico da maconha, por outro lado, é possível identificar que já há vários estudos que defendem a tese do tratamento pelo uso dessa planta das mais variadas doenças. Para Casimiro, Casimiro, Queiroz, Pinheiro e Albuquerque (2017, p. 10 e 11):

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença debilitante e que afeta milhões de pessoas no mundo na idade mais produtiva de suas vidas, causando inúmeros impactos. O tratamento atualmente disponível para essa doença é de elevado custo, complexo e muitas vezes não apresenta melhora na qualidade de vida desses indivíduos. Níveis de endocanabinóides no sangue de pacientes com EM estão alterados, assim como todo o maquinário enzimático do Sistema Endocanabinóide (SE), podendo ser uma resposta antiinflamatória neuroprotetora. Por conseguinte, o uso de fitocanabinóides traz benefícios aos pacientes, como ocorre no uso do Sativex, que foi autorizado pela Anvisa a ser comercializado no Brasil em 2017 com o nome de Mevatyl. Considerando-se que os tratamentos atuais da EM não são eficazes, possuindo efeitos secundários pouco tolerados pelos pacientes, o desenvolvimento de novas drogas endocanabinóides são potenciais estratégias alternativas. Além disso, ensaios clínicos randomizados demonstraram que canabinóides são opções eficazes e seguras para tratamento de dor crônica, sobretudo neuropática, epilepsia, défices cognitivos, dor neuropática e doenças neurodegenerativas, tais como doença de **Alzheimer**, **doença de Huntington**, **Esclerose Múltipla e Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)**. No entanto, apesar do otimismo e dos resultados favoráveis, estudos adicionais em humanos são necessários. A forma como os canabinóides devem ser administrados, regime posológico e que tipo de canabinóides são mais eficazes, isto é, com menos efeitos colaterais, ainda permanecem como perguntas a serem respondidas.

Como visto, o uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* contribui no tratamento de doenças, como: “Esclerose Múltipla”, “Esclerose Lateral”, “Alzheimer” e “doença de Huntington”. A necessidade do uso desse produto natural se encontra pelo fato de o uso dessa planta promover uma qualidade de vida para as pessoas que sofrem com as mencionadas e

outras doenças, podendo evitar inclusive a morte desses sujeitos de direitos. Não há medicamento no Brasil que proporcione o que a maconha pode promover se for utilizada de forma adequada. Então, usá-la para fins medicinais/terapêutico significa uma oportunidade/alternativa para proporcionar uma vida digna. Por isso o direito humano à saúde pela utilização medicinal/terapêutica da maconha deve ser efetivado no Brasil.

3.5 USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA *CANNABIS* PELAS COMUNIDADES TRADICIONAIS, INDÍGENAS E QUILOMBOLAS

O uso medicinal/terapêutico da maconha foi e continua sendo realizado por comunidades tradicionais, indígenas e quilombolas, e esse uso é uma questão cultural e necessário para o progresso da vida humana. Nesse sentido, à luz dos Direitos Humanos, ninguém pode proibir o uso dela sem comprovar que esse uso pode provocar lesões à vida humana.

Há uma cidade no Rio Grande do Norte, Cruzeta⁵⁶, com 8 mil habitantes que usavam popularmente a maconha para fins medicinais/terapêuticos. Nessa cidade o “índice de criminalidade era perto de zero”. A maconha era encontrada na praça e nas casas das pessoas. Para a população dessa cidade a maconha era conhecida por “Liamba”: um “santo remédio”. Essa planta server para “dor de dente, dor de ouvido, febre, dor de cabeça, soluço”. As pessoas tomavam “chá de maconha” com naturalidade no dia-a-dia. Infelizmente, a polícia não reconheceu o uso popular da Cannabis para fins medicinais/terapêuticos nessa cidade e acabou recolhendo-a. Ao identificar a maconha nas casas, o delegado, sem noção do aspecto cultural da região, abriu inquérito para investigar o caso por entender que tal conduta era criminoso.

3.6 USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA *CANNABIS* EM OUTROS PAÍSES

Como já retratado no trabalho, atualmente já há vários países que utilizam medicinalmente/terapeuticamente a maconha como meio de tratar várias doenças, como é o caso dos seguintes países: Uruguai, Chile, Canadá, alguns Estados dos Estados Unidos da América, Holanda, Reino Unido, França, Espanha, entre outros. Analisar como funciona o

⁵⁶ CRUZETA, Rio Grande do Norte. **USO POPULAR DA MACONHA MEDICINAL**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=bITTbe2dfwE>. Acesso em 10.07.2017

uso dessa planta nesses países é interessante para que haja a construção de um modelo brasileiro que respeite a dignidade das pessoas no contexto social brasileiro.

3.7 ATUAÇÕES DOS PODERES E DO POVO PARA COM O USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA *CANNABIS*

Inicialmente, o princípio da qualidade de vida digna consiste em um valor em que a vida humana deve ser vivida com dignidade. Ninguém deve sofrer violação à vida humana nem à saúde humana. Os institutos jurídicos devem ser tratados com vista no desenvolvimento, no progresso, na melhoria da vida e saúde humana. Os interesses políticos, econômicos, financeiros, culturais, sociais, jurídicos, etc. devem reconhecer, promover e garantir a vida e a saúde humana. Na dúvida, a vida e a saúde humana devem prevalecer, em face de outros bens jurídicos.

O uso medicinal/terapêutico da maconha já vem sendo feito em outros países há vários anos. No Brasil, apesar de o movimento social sobre essa questão ser relativamente novo, a pesquisa que trata do uso dessa planta não é tão nova assim, pois há décadas é possível visualizar alguns médicos estudando sobre o benefício do uso da maconha medicinal na melhoria da qualidade de vida, como é o caso de doutor Elisaldo Carlini.

O Poder Legislativo precisa efetivar esse direito humano à saúde inovando o ordenamento jurídico brasileiro com leis que tratem sobre a plantação, a produção, a distribuição e o uso terapêutico/medicinal da maconha para as pessoas que necessitem, bem como estabelecer leis que deem possibilidade para a pesquisa científica sobre a amplitude dos benefícios que essa planta pode causar à vida e à saúde humana.

Diante disso, o Poder Legislativo não pode ser omissor em uma questão tão urgente como é o caso da utilização medicinal/terapêutica da maconha no Brasil, tendo em vista que, quanto mais durar esse preconceito no sentido de que o uso dessa planta é do “mal”, mais pessoas estão tendo uma vida prejudicada e mortes estão acontecendo. Nesse sentido, é um direito humano de haver uma legislação brasileira favorável à melhoria da qualidade de vida pelo uso medicinal/terapêutico da maconha. No Estado Democrático de Direito deve haver uma norma jurídica que regule o uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* no Brasil.

O Poder Executivo não pode continuar ausente na efetividade do direito humano à saúde pela utilização medicinal/terapêutica da maconha. É essencial que haja políticas públicas para que haja uma promoção e acessibilidade desse produto para todos que necessitem. A realização de políticas públicas no Estado Democrático de Direito é

imprescindível para efetivar os Direitos Sociais e isso não muda quando o assunto é direito à saúde.

O SUS deve auxiliar esse uso com o oferecimento de tratamentos à base da maconha para as pessoas que apresentem doenças que possam ser tratadas por esse produto. Por um lado, o SUS não precisa comprar medicamento caros (mais de 1 mil reais) para promover o acesso à saúde pelo uso da *Cannabis* para a coletividade. Por outro lado, o SUS deve incentivar a produção de remédio derivado da maconha pela comunidade, por exemplo: por associações sem fins lucrativos; por ONGs; por familiares, etc. No Brasil, é possível garantir o direito humano à saúde pelo uso da *Cannabis* com um baixo custo e com um remédio de qualidade.

A pesquisa científica sobre a plantação, a produção, a distribuição e o uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos deve acontecer e essa deve ser promovida pelo Poder Executivo com a disponibilidade de recurso para tal fim, pois esse uso, como já constatado, salva vida e proporciona uma melhor qualidade de vida.

Dessa forma, o Poder Executivo não pode ficar com os olhos fechados (sem fazer nada) e ver pessoas morrerem, tendo em vista que é dever desse poder ser eficiente na efetividade do direito humano à saúde pelo uso medicinal/terapêutico da maconha para os mais variados tipos de doenças e para todas as pessoas que necessitarem.

O Poder Judiciário tem o dever de promover um precedente jurisprudencial no sentido da possibilidade de plantação, produção, distribuição e uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos no Brasil para todos que necessitem, à luz dos Direitos Humanos. Nesse sentido, esse poder não pode deixar de conceder liminar que autoriza esse uso nem pode julgar as ações que tratem sobre essa temática improcedente, tendo em vista a humanização das decisões judiciais.

Nessa perspectiva, é fundamental a efetividade do direito humano à saúde pelo uso desse produto natural para que as pessoas consigam viver em uma sociedade humanizada e sem preconceito/discriminação. A mudança de paradigma no sentido da mudança de olhar quanto ao uso medicinal/terapêutico da maconha depende da atuação favorável desse poder na tomada das decisões judiciais.

O Poder Judiciário deve ajudar a efetivação dos Direitos Humanos por questão da melhoria da vida e da saúde humana para que todos parem de sofrer com doenças que podem ser tratadas com a utilização da *Cannabis* e passe a viver com dignidade no Estado Democrático de Direito.

O povo deve se conscientizar sobre a utilização da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos e deve cobrar do Poder Público atuações que tragam benefícios para que o direito humano à saúde pela utilização da maconha medicinal/terapêutica seja efetivado. À luz da fraternidade, esse movimento social que cuida de apresentar conhecimentos sobre os benéficos dessa utilização deve ser expandido para todos os cantos do imenso Brasil. Isso vai contribuir para que seja mudada a cultura do preconceito, da discriminação, do encarceramento, da proibição e da exclusão. A cultura que deve existir é a da humanização das relações sociais e para que isso aconteça é necessário um ativismo popular para com os Direitos Humanos.

3.8 MOVIMENTO SOCIAL PARA REGULAMENTAR O USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA CANNABIS NO BRASIL

O movimento social para regulamentar o uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* no Brasil iniciou-se em 2014. As pessoas que necessitavam de utilizar a maconha como fins medicinais/terapêuticos conjuntamente com os não usuários se uniram para lutar pelo uso dessa planta no Brasil nesse mencionado ano. Depois dessa breve explanação sobre esse movimento social é interessante tratar sobre o que vem a ser movimento social. Em suma, o movimento social pode ser conceituado como sendo: ações sociais de atores sociais que contribuem para resolver conflitos sociais com vista em manter, garantir e/ou reconhecer Direitos Humanos. Segundo Petry (2008, p. 1):

Os movimentos sociais – entendidos como organizações populares que se orientam contra as estruturas vigentes – desempenharam no final do século XX e início do XXI um papel estratégico na luta e na resistência contra as políticas neoliberais dos governos latino-americanos.

O movimento social é composto por “organizações populares” que criticam o sistema vigente (sistema violador de direitos humanos) e luta por mudanças sociais (melhoria da coletividade). Os atores sociais dos movimentos sociais lutam pelo respeito dos Direitos Humanos no Estado Democrático de Direito, logo, atualmente, as violações desses direitos são questionadas por essas pessoas e observa-se que a inclusão dos vulneráveis na vida em sociedade já deveriam ter acontecido.

Os movimentos sociais atuais detêm características próprias diferentes dos movimentos sociais das décadas anteriores. Os atuais movimentos sociais segundo Maria da Glória Gohn (2013, p. 77, 78, 79 e 80):

1. São articuladas vias redes sociais, especialmente por meios das redes sociais e novas tecnologias digitais na internet, por meio de celulares.
2. São compostas de ativistas, recrutados no estilo *had hoc*, para cada caso, ainda que criem memórias e ‘tribos de ativistas’. É bom destacar que os ativistas são diferentes dos militantes dos movimentos sociais de décadas anteriores que eram amalgamados por ideias e ideologias políticas. Os ativistas não têm pertencimento permanente a um dado grupo.
3. São coletivos que têm grande visibilidade na mídia, organizados por pessoas pouco conhecidas no mundo da política ‘oficial’, usualmente profissionais liberais, como jornalistas.
4. Estruturas político-partidárias têm pouca visibilidade, ainda que possam estar presentes. Em vários casos são rejeitadas, assim como as estruturas sindicais. Na maioria dos exemplos, as manifestações ocorrem à margem dos partidos e sindicatos.
5. A maioria é composto de jovens, usualmente estudantes, de camadas médias.
6. Há um ideário que os une, similar ao construído pelo FSM, ‘um outro munda é possível’, misturado com utopias libertárias. Só que vão além da rejeição. Postulam outros modelos de emprego, novas leis e formas de tratar questões de escolhas pessoais relativas à personalidade e à subjetividade de cada um.
7. Um grande eixo aglutinador das reivindicações: liberdade de expressão. Proclama que não se pode impedir a discussão pública de temas tabus, como a maconha, impedir o acesso às informações, criar obstáculos ao reconhecimento existente e o que pode ser gerado pela discussão.
8. A democracia (em seu sentido e exercício pleno) é o outro grande eixo articulatório das marchas, e não mais outros modelos ou regimes políticos.
9. A maioria das marchas e ocupações tem enfrentado problemas com a repressão policial. Demanda o fim da repressão policial e exige educação, saúde pública etc. Pede proteção e segurança pública, não repressão.
10. Em alguns casos, em que o conflito sociopolítico ou econômico não é o eixo central das demandas, os manifestantes têm propostas de criar novas formas de órgãos públicos para formular políticas públicas a esse respeito.

11. Marchas atraem todos os tipos de protesto social. Muitos abrangem questões que atingem as pessoas como seres humanos, em sua liberdade de expressão. São singularidades focalizadas.
12. As marchas e ocupações simbolizam uma nova forma de fazer política. Não a política partidária, oficial, mas a política no sentido dos gregos, do cidadão que se manifesta e discute na praça pública.
13. As marchas e ocupações demonstram que não há alienação, mas outra perspectiva de atuar e fazer a leitura de mundo, a partir de contextos reais e não de formações ideais.
14. As marchas constroem a solidariedade a partir de relações diretas e/ou virtuais. A adesão é a uma causa, e não à ideologia de um grupo.
15. Elas são espaços de aprendizagem, uma espécie de educação não formal (aprendizagem e saberes produzidos por experiências e vivência).
16. Nos locais em que as marchas têm sido realizadas de forma pacífica ou sem grandes confrontos com a polícia, elas estão contribuindo para construir uma nova cultura política, relativa a uma sociedade mais moderna e tolerante contra o tradicionalismo e os preconceitos.
17. Nos locais em que as pessoas estão vivendo intensa crise econômica e social, as marchas de protestos constituem a forma possível de tensionar e contestar os políticos e as medidas de austeridade que lhes são impostas.

Os atuais movimentos sociais no Brasil: articulam-se “vias redes sociais” e se utilizam das novas tecnologias digitais; “são compostos por ativistas” que lutam por uma causa ou várias causas; os atores sociais têm “visibilidade na mídia”; as pessoas desses movimentos fazem “reivindicações” para efetivar Direitos Humanos; elas utilizam da Democracia para que haja um diálogo entre todos; as marchas e as ocupações, geralmente, são tratadas com “repressão policial”; as ações sociais estão embasadas na luta pelo reconhecimento e no sentimento de solidariedade; a atuação nos movimentos sociais proporcionam aprendizados; as ações sociais questionam e criticam os sistemas (político, econômico, jurídico, educacional, entre outros) do Brasil; etc.

O movimento social para regulamentar o uso da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos utiliza-se das ações sociais, tais como, “marchas, manifestações, diálogos, pesquisas, divulgação, informação, organização de eventos, luta pelo reconhecimento do direito humano à saúde pelo uso da maconha medicinal”, entre outros.

Os atores sociais que lutam para regulamentar uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos “articulam pela tecnológicas, pelas redes sociais e pela mídia na

democracia”, por exemplo, “há divulgação e comunicação sobre a utilização da maconha medicinal no Brasil em Facebook, Instagram, WhatsApp, Hotmail, Gmail, entre outros”.

A causa do movimento social para regulamentar o uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* é o reconhecimento e a efetividade do direito humano à saúde pelo uso dessa planta, então, essa causa deve ser tratada como uma “questão de saúde pública” e não em “uma questão criminal”. A educação brasileira deve desconstruir a demonização da maconha e cooperar para uma cultura humanizada para com o uso da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos no Brasil. A política deve contribuir com o diálogo sobre a utilização medicinal/terapêutica da maconha, recusando “preconceito, discriminação negativa, etiquetamento e exclusão social”.

A fundamentação do movimento social para regulamentar o uso medicinal/terapêutico da maconha no Brasil e para com a mudança social está relacionada com o sentimento de “solidariedade” e com a ideia de “justiça social”. Nesse sentido, a nova cultura deve respeitar os Direitos Humanos, inclusive o direito humano à saúde pela utilização da *Cannabis* para fim medicinal/terapêutico. Esse uso promove saúde de qualidade e proporciona uma qualidade de vida. Não é admitido retrocessos sociais, ou seja, não se pode deixar de efetivar Direitos Humanos já reconhecidos.

A autonomia de vontade dos sujeitos de direitos humanos no Brasil deve ser valorizada, tendo em vista que as pessoas devem poder escolher uma alternativa adequada para tratar doenças. Não se pode privar uma pessoa de usar a maconha como um remédio para gera qualidade de vida. A utilização medicinal/terapêutica dela já acontece em vários países, como: Uruguai, Chile, alguns Estados dos EUA, Holanda, Reino Unido, França, Espanha e etc.

3.9 CONQUISTAS DO MOVIMENTO SOCIAL PARA REGULAMENTAR O USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA *CANNABIS* NO BRASIL

No Brasil, o movimento social pela regulamentação do uso da Maconha para fim medicinal/terapêutico já teve várias conquistas, tais como: direito de prescrição pelo médico de tratamento com maconha; direito de importar remédio feito com maconha; direito de o SUS financiar tratamento com maconha; direito de poder dialogar com a coletividade sobre a maconha medicinal/terapêutica; direito à não destruição da plantação da maconha para fins medicinais/terapêuticos; direito ao estudo sobre os efeitos do uso medicinal/terapêutico da maconha no corpo humano realizado por instituições de ensino; direito ao cultivo, a produção,

a distribuição e ao uso da maconha para fins terapêuticos/medicinais no nosso país; direito de ter no nosso país remédio feito com maconha; direito ao reconhecimento da maconha como planta medicinal/terapêutica; direito à audiência pública para tratar sobre a maconha medicinal/terapêutica; etc.

3.10 ATUAÇÃO EM PROL DO USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA *CANNABIS* NA PARAÍBA

A professora Katy Lísias Gondim Dias de Albuquerque, graduada em Farmácia, mestra em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos e doutora em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos pela UFPB, coordena um Projeto de Extensão e de Pesquisa na UFPB, sobre o uso medicinal da maconha, desde 2016. Nesse Projeto de pesquisa sobre os efeitos da utilização dessa planta nos seres humanos, então, há um estudo teórico sobre o uso dela e uma análise prática sobre os efeitos desse uso no corpo humano. A Professora Katy acompanha várias pessoas que usam maconha para tratar doenças, dentre elas, Pedro Américo Geriz Pinto, filho de Júlio Américo Pinto Neto e Sheila Dantas Geriz (membros da Liga Canábica Paraibana). Podem participar desse projeto alunos do curso de Farmácia, Medicina e Direito da UFPB.

A ABRACE – Associação Brasileira de Apoio *Cannabis* Esperança - é uma Associação criada em 2015 e está localizada em João Pessoa-PB. Ela promove a plantação, o cultivo, a produção e pesquisa com maconha para fins medicinais/terapêuticos, bem como ajuda as pessoas que necessitarem usar essa planta para ter uma digna qualidade de vida. O Diretor Executivo é Cassiano Teixeira⁵⁷. Essa associação fornece remédio derivado de maconha para todo o Brasil. Ela é composta por mais de 400 associados. Essa entidade é a única no país com autorização para plantar e produzir óleo derivado da maconha.

A Liga Canábica Paraíba é uma Associação sem fins lucrativos, criada em 2015, em João Pessoa-PB. Essa Liga está sendo composta por pessoas, que fazem uso ou não da maconha para promover uma qualidade de vida, que lutam pelo reconhecimento do direito humano ao uso medicinal/terapêutico da maconha no Brasil. Essa Associação tem uma atuação política no sentido de promover o diálogo com a coletividade sobre a maconha terapêutica/medicinal com reuniões, com eventos acadêmico, com palestra, com participação

⁵⁷ Informações sobre a ABRACE disponíveis em <https://abraceesperanca.org.br/home/>. Acesso em 18.01.2018

na mídia, etc. O presidente dessa Associação é Júlio Américo Pinto Neto e a vice-presidente é Sheila Dantas Geriz.

3.11 ACESSO À JUSTIÇA PARA O USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA *CANNABIS* NO BRASIL

Inicialmente, o acesso à saúde deve ser “desjudicializado” diante da essencialidade desse direito humano. Por esse motivo que deve ser implantada no Brasil uma cultura de paz, de diálogo e de eficiência do serviço público, sem a intervenção do Poder Judiciário na efetividade dos Direitos Humanos. Porém, diante do contexto social vivenciado, atualmente, a judicialização é a única saída para que haja a efetividade do direito humano à saúde pelo uso da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos. No Brasil, há ausência de lei federal que trate sobre a temática de forma específica, não há políticas públicas que promovam esse acesso e é por isso que o judiciário deve atuar na concretização desse direito. Com relação ao acesso à justiça, Almeida e Carvalho (2016, 47) defendem que:

O acesso à justiça está previsto no artigo 5º, inciso XXXV, da Constituição Federal que diz: “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça de direito.” Ao lado do texto constitucional, o tema é objeto do Tratado de São José da Costa Rica, incorporado ao ordenamento pátrio com força de Emenda Constitucional, prevendo que:

Toda pessoa tem direito de ser ouvida, com as devidas garantias e dentro de um prazo razoável, por um juiz ou tribunal competente, independente e imparcial, estabelecido anteriormente por lei, na apuração de qualquer acusação penal contra ela, ou para que se determinem seus direitos ou obrigações de natureza civil, trabalhista, fiscal ou de qualquer natureza (Artigo 8º, 1 da Convenção Interamericana sobre Direitos Humanos - São José da Costa Rica).

O direito ao acesso à justiça está previsto no ordenamento jurídico interno, na Constituição Federal de 1988, no artigo 5º, inciso XXXV; bem como no ordenamento jurídico internacional, no artigo 8º, 1, da Convenção Interamericana sobre Direitos Humanos (essa Convenção trata dos Direitos Humanos na América). O que se pode verificar é que esse direito é fundamental e humano. Então, todo e qualquer sujeito tem o direito à resolução de uma ameaça de lesão e/ou de uma lesão por um meio adequado, humanizado, justo e digno. Há vários meios de resolução de conflito, tais como: arbitragem, conciliação, medicinal, negociação, processo administrativo, processo internacional, jurisdição, etc. Almeida e Carvalho (2016, 48) aludem que:

Em outras palavras, acessar a justiça é ter todos os seus direitos respeitados, seja o direito à saúde, à segurança, à vida, à liberdade de informação e comunicação, à alimentação entre outros direitos fundamentais. Ter seu direito de acessar a justiça é respeitar o princípio da dignidade da pessoa humana, é concretizar um direito subjetivo que pertence ao peticionário desde o início.

O acesso à justiça significa um meio para com a efetividade dos direitos humanos/fundamentais, ou seja, um meio para que haja a concretização do direito: à vida, à saúde, à educação, à liberdade, à igualdade, à segurança; à informação, à alimentação, ao trabalho, à previdência social, à moradia, à cultura, à proibição do preconceito e da discriminação, à vedação da exclusão social, entre outros direitos. A dignidade da pessoa humana deve ser efetivada na realização do direito de acessar a justiça no Brasil, pois ela é um valor “supremo” do Estado Democrático de Direito. Segundo Almeida e Carvalho (2016, p. 49):

O acesso à justiça revela-se, portanto, essencial para a garantia e o respeito aos direitos fundamentais. Diante desse amplo contexto, a presente pesquisa tratará do acesso à justiça em relação aos pacientes que precisam importar remédios à base de maconha (canabidiol) para tratar suas doenças. Trata-se de situação que envolve diversos direitos, como saúde e dignidade da pessoa humana, por exemplo, que acabam entrando em choque contra a lei e contra o próprio Estado, pois, muito embora a Agência Nacional de Vigilância Sanitária já tenha descriminalizado o THC e o Canabidiol, derivados da maconha usados como medicamentos, eles ainda encontram problemas em conseguir acesso ao remédio, visto que o mesmo não é produzido no Brasil e precisa ser importado, gerando custos altos para o cidadão necessitado.

A concretização do direito ao acesso à justiça consiste em respeitar os direitos humanos/fundamentais. O acesso à justiça não abrange apenas o direito de importar remédios à base de *Cannabis* para o tratamento de doenças, vai além disso, abrange, por exemplo, o direito à plantação, à produção, à distribuição e ao uso medicinal/terapêutico da maconha no Brasil. Nesse contexto, usar a maconha para fins terapêuticos/medicinais envolve vários direitos, tais como: direito à vida, direito à saúde, direito à alimentação, direito à segurança, direito à igualdade, direito ao acesso à justiça, entre outros. O olhar sobre o uso dessa planta para fins medicinais/terapêuticos deve ser visto de forma humanizada, digna e justa, não se restringindo apenas ao direito de importar algum medicamento. O Brasil precisa de políticas para que esse uso seja realizado de forma consciente, respeitosa e segura, nesse sentido, é

mais viável para a vida e saúde humana estudar sobre esse uso, ao invés de proibir, de criminalizar e de excluir.

Há uma diferença entre o direito de petição e o direito de acesso à justiça. Para Almeida e Carvalho (2016, 49):

Dessa forma, reitera-se a diferença entre o direito de petição e o direito ao acesso à justiça. O primeiro certamente é respeitado, uma vez que os pacientes conseguem em grande parte das vezes o deferimento do magistrado de importar o referido remédio. Contudo, vimos que o segundo - direito de efetivamente se acessar a justiça - é muitas vezes desrespeitado, visto que importar esses medicamentos tem custos elevadíssimos, que nem todo brasileiro consegue custear.

O direito ao acesso à justiça não significa apenas o direito de petição, tendo em vista que aquele é mais amplo, mais abrangente, mais completo. Aquele direito deve abranger outros direitos humanos/fundamentais (direito à vida, direito à saúde, direito à alimentação, etc.), logo, não deve haver desrespeito desses direitos (incluindo o direito ao acesso à justiça) para com o uso medicinal/terapêutico do *Cannabis* no Brasil e no mundo. Para Falcão, Moura, Maia (2016, p. 35):

Assim, principalmente face à inércia dos Poderes Legislativo e Executivo, deve o Poder Judiciário prestar auxílio na concretização das normas constitucionais de maneira geral, especialmente no tangente ao direito à saúde, - em atenção ao presente escrito -, não substituindo os demais Poderes, mas dirimindo conflitos nos termos da Constituição.

Diante da ausência de atuação do Poder Legislativo e do Poder Executivo para com a efetividade do direito humano à saúde pela utilização medicinal/terapêutica da maconha, o Poder Judiciário tem o papel de efetivar os direitos previstos na Constituição e em Tratados Internacionais. Logo, diante da omissão daqueles Poderes, é legítima a atuação do Judiciário (com limite, respeito, razoabilidade e proporcionalidade) que efetivem o direito ao uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos com fundamento na dignidade da pessoa humana, na solidariedade, no direito à vida, no direito à saúde, no direito à alimentação, entre outros. Segundo Falcão, Moura, Maia (2016, p. 42):

Desse modo, percebe-se que é possível a liberação do uso da substância canabidiol, por meio do ativismo judicial, já que se revela na atualidade como único meio legal de concretização do direito à saúde pelos pacientes que comprovam sua necessidade e adequação à enfermidade.

Dado o exposto, para que o direito humano à saúde pelo uso medicinal/terapêutico da maconha no Brasil seja concretizado se faz necessário um ativismo judicial (com limite, respeito, razoabilidade e proporcionalidade), pois há omissão do Poder Público na efetividade desse direito. As pessoas vulneráveis não podem ser prejudicadas pelo sistema ineficiente brasileiro, logo, deve haver uma readequação/revisão/reformulação/reestruturação desse sistema e o Poder Público deve agir para prestar os serviços essenciais com qualidade, inclusive para garantir o uso da maconha com vista em salvar vidas e promover uma qualidade de vida para os sujeitos de direitos humanos.

3.12 DECISÃO JUDICIAL FAVORÁVEL A ANNY BORTOLI FISCHER

A Decisão Judicial favorável, em ação cível individual, a Anny Bartoli Fischer foi assinada no dia 03 de abril de 2014 pelo juiz federal da 3 Vara da Seção Judiciária do Distrito Federal da Justiça Federal, Bruno César Bandeira Apolinário, no processo de número 24632-22.2014.4.01-3400. A autora dessa ação é Anny Bartoli Fischer e o réu é Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. O fundamento da decisão é o direito humano à vida e à saúde.

Na decisão o juiz faz referência às particularidades da autora ao mencionar a sua idade, criança de 5 anos, e ao relatar a doença rara e grave de que ela sofre: Encefalopatia Epiléptica Infantil Precoce tipo 2. Logo, Anny é uma criança, que sofre de uma doença rara e precisa importar óleo derivado da maconha para poder ter uma qualidade de vida e de saúde. Essa doença é caracterizada pelas “crises convulsivas nos primeiros meses de vida, associada a um atraso intenso e global do desenvolvimento, evoluindo com retardo mental e pobre controle motor”, bem como acarreta, ainda, falha no desenvolvimento da falar, dismorfias sutis, distúrbio do sono, anormalidade gastrointestinais e movimentos estereotipados das mãos”, conforme o Dr. Wilson Marques Júnior. Este confirma que Anny tem essa doença.

Consta na decisão judicial em estudo que Anny teve essa doença com “apenas 45 dias de vida”, que o tratamento convencional não conseguiu controlar as crises convulsivas e que ela se submeteu “a cirurgia para implante de marca-passo no nervo vago, objetivando a estabilização das crises, sem sucesso, porém”.

Com o agravamento da saúde de Anny, tendo 80 crises por semana, os pais dela começaram a buscar um tratamento alternativo com maconha, com a substância CBD (Canabidiol). Após fazer uso desse remédio, a autora apresentou uma “melhora expressiva”: não tinha mais “crises convulsivas”, apenas algumas convulsões “esporadicamente”. O

médico Wagner Teixeira mantém o tratamento e ainda alude sobre o risco de agravar a situação da autora, até mesmo correndo risco de vida, caso a medicação de maconha fosse retirada. Porém, o uso desse remédio foi interrompido e Anny voltou a ter crises convulsivas, uma média de, 42 crises por semana. Depois de um tempo, a autora volta a usar esse remédio e as crises acabaram, confirmando a tese de que a substância CBD (Canabidiol) presente na *Cannabis* pode contribuir no tratamento das crises convulsivas.

O problema jurídico a ser resolvido pelo juiz está ligado ao fato de que o remédio, rico em CBD (Canabidiol) e importado dos Estados Unidos, não está registrado na ANVISA. Esta autarquia tem por atribuição a realização do “controle de medicamentos em uso no território nacional, com vistas à avaliação da eficácia para os fins a que se propõem e da segurança dos pacientes aos quais se destinam”.

Por ser uma necessidade, a autora utiliza o remédio importado dos EUA de forma “clandestina”, porém a última importação foi retida pela ANVISA. Nesse sentido, fez-se necessária a atuação do Poder Judiciário para que fosse possível importar um remédio/suplemento alimentar rico em CBD (Canabidiol), substância presente na maconha. Então, a autora vem representada pela sua genitora propor ação civil individual, requerendo “a proteção do Poder Judiciário a fim de que seja autorizada a importação da substância rica em CBD, sempre que houver requisição médica, independentemente de autorização da ANVISA”. O argumento utilizado para esse pedido foi: “dada a gravidade de seu estado de saúde, não pode aguardar a longa tramitação do processo de registro do produto perante aquela autarquia para só então utilizá-lo, sem que disso resulte grave dano pela interrupção do tratamento, inclusive com o risco de morte”.

Na presente decisão judicial, fica claro, a particularidade do caso e isso é demonstrado com a seguinte frase: “não se pretende com a presente demanda fazer apologia do uso terapêutico da *Cannabis* sativa, a maconha, no tratamento da Encefalopatia Epiléptica Infantil Precoce tipo 2, menos ainda da liberação do seu uso para qualquer fim em nosso país”. Essa ideia ainda é visualizada ao expor na ação judicial que não se trata de discutir sobre o uso medicinal/terapêutico da maconha. Logo, a presente ação foca apenas no direito de importar um remédio rico em CBD.

Na respectiva decisão judicial, fica transparente a argumentação da autora em informar as várias substâncias presentes na maconha e em estabelecer a diferença entre a utilização da substância CBD e THC. O uso medicinal/terapêutico do CBD já está comprovado, servindo como: “ansiolítico; antipsicótico; neuroprotetor; anti-inflamatório; e distúrbios do sono”.

Depois de analisar juridicamente a ação judicial, o respeitável juiz federal decide que: “antes exposto, antecipo os efeitos da tutela para determinar à ANVISA que se abstenha de impedir a importação, pela autora, da substância Canabidiol (CBD), sempre que houver requisição médica”. Essa foi a primeira decisão judicial brasileira que garantiu o direito de importar um remédio rico em CBD com requisição médica.

3.13 DECISÃO JUDICIAL EM GRAU DE RECURSO QUE OBRIGA O SUS A CUSTEAR REMÉDIO RICO EM CBD

A 4ª Turma do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (SC, PR e RS) determinou que “Uma criança portadora da síndrome de Aicardi terá seu remédio, à base Canabidiol (substância encontrada na maconha), custeado pelo Sistema Único de Saúde”⁵⁸. É importante frisar que: “antes da decisão de mérito, a corte já tinha concedido liminar obrigando a União, o estado de Santa Catarina e a cidade de Blumenau a custearem o tratamento”. O fundamento dessa decisão é garantir o direito humano à vida e à saúde do ser humano.

Com relação a essa Síndrome, há as seguintes informações: “A síndrome de Aicardi provoca epilepsias constantes e de difícil controle. Segundo a mãe da criança, de quatro anos, na época, tinha entre 6 e 10 convulsões por dia, dormindo ou acordada”.

O custo para usar esse medicamento é muito alto e a família da criança não pode custear. “Apesar de o ofício que garante a legalidade na aquisição do medicamento já ter sido expedido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o custo do medicamento é muito alto para os padrões de renda da família”. Nesse sentido, “por conta disso, a mãe da menina ajuizou ação pedindo que o Poder Público custeasse o remédio: uma ampola a cada 15 dias, por prazo indeterminado”.

O juiz de 1º grau julgou o pedido do autor procedente: “o pedido na 1ª Vara Federal de Blumenau foi julgado procedente”. Porém, “os três entes federativos envolvidos, então, recorreram ao TRF-4”. A principal teoria alegada pelos réus foi a reserva do possível: “a União e Santa Catarina alegaram a impossibilidade da determinação de concessão do medicamento sem registro na Anvisa”; bem como houve uma outra alegação: “já o município argumentou que existe um tratamento alternativo fornecido pelo SUS”.

⁵⁸ CONJUR, **CRIANÇA COM DOENÇA NEUROLÓGICA TERÁ REMÉDIO DE CANABIDIOL PAGO PELO SUS**. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2017-jul-11/trf-determina-sus-pague-remedio-canabidiol-crianca>. Acesso em: 11.07.2017

O relator do caso descreve que: “o desembargador, Luis Alberto d’Azevedo Aurvalle, reformou a sentença para apenas assegurar a possibilidade de ressarcimento administrativo entre os réus”. Nesse sentido, “de acordo com o magistrado, ainda que o medicamento não possua registro na Anvisa, foi concedida autorização excepcional de importação”, logo, “não sendo possível aplicar o entendimento que veda o fornecimento de medicamentos sem o registro respectivo”. Nesse caso, houve a efetividade do direito humano à saúde e à vida, pois houve decisão judicial que garantiu um tratamento com maconha pelo SUS,

3.14 DECISÃO DE *HABEAS CORPUS* PREVENTIVO PARA IMPEDIR A PRISÃO EM FLAGRANTE PELA PRODUÇÃO ARTESANAL DE *CANNABIS* PARA FINS TERAPÊUTICOS/MEDICINAIS

O *Habeas Corpus* preventivo de número 0394094-97.2016.8.19.0001⁵⁹, julgado em 17.11.2016⁶⁰, trata: “de pedido de *habeas corpus* preventivo impetrado por V. J. C. J. em favor de M. S. B. e M. L. L. contra o Chefe da Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro” para “evitar o irreparável prejuízo aos pacientes quanto ao constrangimento ilegal e eventual ameaça sofrida por seu direito de cultivar o vegetal *Cannabis Sativa*, para uso específico no tratamento de sua filha”.

Nesse *Habeas Corpus* foi anexada uma “vasta prova acostada aos autos revela que a criança S. necessita do uso frequente da planta *Cannabis Sativa* para aliviar seu sofrimento e ajudar na cura da doença que lhe é acometida”, pois “estudos recentes já revelaram que o uso da planta com acompanhamento médico apresenta propriedades medicinais que podem ajudar a combater doenças entre as quais a da criança que se pretende proteger”.

Como se pode verificar, “a presente medida se faz necessária para garantir a qualidade de vida da criança conforme estudos e documentos juntados”. Nesse sentido, foi concedido “o salvo-conduto em favor de M. S. B. e M. L. L., a fim de que as autoridades encarregadas, Polícia Civil e/ou Polícia Militar, sejam impedidas de proceder a prisão em flagrante dos pacientes pela produção artesanal de *Cannabis Sativa* para fins medicinais” e ainda “fiquem impedidas de apreenderem os vegetais mencionados até decisão definitiva que tramita no processo número 0085473-23.2016.4.02.5101 da 14ª Vara Federal do Rio de Janeiro”. Por um lado, isso significa que não pode haver a prisão de dessa família por plantar maconha para

⁵⁹ Disponível em: <http://estadodedireito.com.br/casal-e-autorizado-plantar-maconha-em-casa-para-tratar-filha-de-sete-anos1/>. Acesso em 18.01.2018

⁶⁰ Disponível em: <https://www.growroom.net/wp-content/uploads/2016/11/salvo-conduto-cannabis-medicinal.pdf>. Acesso em: 18.01.2018

fins medicinais/terapêutico e nem pode haver a destruição dessa plantação. Por outro, isso não significa autorização judicial para cultivar a maconha para fins medicinais/terapêuticos em residência.

3.15 DECISÃO FAVORÁVEL AO CULTIVO DA CANNABIS PARA FINS TERAPÊUTICOS/MEDICINAIS PELA ABRACE

A ABRACE ingressou com uma ação judicial na Justiça Federal para ter autorização judicial para plantar, cultivar, produzir e distribuir remédio derivado da maconha para fins medicinais/terapêuticos para os seus associados. Nesse sentido:

A Justiça Federal na Paraíba autorizou que a Associação Brasileira de Apoio Cannabis Esperança (ABRACE), em João Pessoa, mantenha o cultivo e a manipulação da maconha para fins exclusivamente medicinais. A autorização surgiu por meio de uma liminar até a obtenção da resposta definitiva da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A permissão é destinada somente para atender os 151 pacientes associados ou dependentes dos associados da ABRACE, listados no processo.

A decisão foi da juíza federal da 2ª Vara, Wanessa Figueiredo dos Santos Lima. Mas, ela determinou também que a ABRACE adote todas as medidas ao seu alcance para evitar a propagação indevida da planta maconha e do extrato fabricado a partir dela. Para isso vai ser mantido um cadastro de todos os pacientes beneficiados, com necessidade comprovada.

A magistrada estabeleceu ainda que a Anvisa receba esse pedido de Autorização Especial no prazo de 45 dias. Ao falar sobre a evolução do uso medicinal da maconha, a magistrada federal fez o registro de decisões da 3ª Vara da Seção Judiciária do Distrito Federal e da 1ª Vara da Paraíba, autorizando pacientes a importar tais produtos, o que ainda foi considerado um entrave para famílias carentes em virtude dos custos envolvidos. "O custo mensal pode superar R\$ 1.000,00, valor que pode torná-lo inacessível para famílias de baixa renda", afirmou ela.

Na análise do pedido, a juíza afirmou que tanto a autora ABRACE quanto a ANVISA e UNIÃO, reconhecem a permissão, na lei brasileira, do cultivo e da manipulação de plantas para fins exclusivamente medicinais e científicos. A dúvida é saber se esse direito já pode ser exercido no país.⁶¹

Dessa forma, a juíza da 2ª Vara Federal da Paraíba, Wanessa Figueiredo dos Santos Lima, concedeu a liminar favorável a ABRACE, em maio de 2017. Com isso, a ABRACE é a primeira Associação no Brasil a ter autorização, em decisão judicial liminar, para o “cultivo e a manipulação da maconha medicinal”. Isso significa que 151 pessoas (pacientes) podem utilizar remédio derivado da maconha produzido na Paraíba. Com isso fica visível que houve

⁶¹ G1, **JUÍZA AUTORIZA CULTIVO DA MACONHA PARA TRATAMENTO MEDICINAL NA PARAÍBA**. Disponível em: <http://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/juiza-autoriza-cultivo-da-maconha-para-tratamento-medicinal-na-paraiba.ghtml>. Acesso em 12.07.2017

a efetividade do direito humano à saúde pelo uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos. Atualmente, a ABRACE tem mais de 300 associados, logo, o ativismo judicial deve garantir o acesso à saúde para essas pessoas pelo uso da maconha. No mês de novembro de 2017 foi julgada favorável o mérito da presente ação, então, a ABRACE continua autorizada a plantar, cultivar, produzir e distribuir remédio derivado da *Cannabis* para os seus associados, nos limites apresentados pela sentença judicial:

Antes o exposto, julgo procedente o pedido, extinguindo o processo com resolução do mérito (artigo 487, I, do CPC/2015), pelo que, retificando a decisão liminar, declaro o direito da ABRACE de efetuar o cultivo e a manipulação da *Cannabis* exclusivamente para fins medicinais e para destinação a pacientes associados a ela ou a dependentes destes que demonstrem a necessidade de uso do extrato, nos termos da fundamentação, submetendo-se a associação autora ao registro e ao controle administrativo pela ANVISA e pelos órgãos da UNIÃO, nos moldes da RDC 16/2014 ANVISA e demais atos normativos correlatos, bem como ao controle da destinação do extrato que produz mediante o cadastro de todos os beneficiados, do qual deverá constar pelo menos: a) documento de identificação pessoal do próprio paciente e do seu responsável, se for o caso; b) receituário atualizado prescrevendo o uso de produto à base de *Cannabis*; c) laudo demonstrativo de se tratar de caso para o qual já foram tentados, sem sucesso, todos os tratamentos registrados; e d) informações da quantidade de óleo recebida por cada associado/dependente e das datas de cada entrega.

Em novembro de 2017, em decisão de mérito, a Justiça Federal manteve a autorização para que a ABRACE continue efetivando o direito humano à saúde pelo uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos, ou seja, a ação em estudo foi julgada procedente com resolução do mérito em favor da ABRACE. Essa conquista se deu pela luta de várias pessoas, tendo em vista que essa instituição fornece remédio derivado da maconha para mais de 300 pessoas e em todo o território nacional. Não foi apenas uma vitória para a ABRACE, mas sim foi uma conquista para o povo brasileiro que precisa usar medicinal/terapêutico a maconha e não consegue por ineficiência do próprio Poder Público.

Pela respectiva decisão judicial - “declaro o direito da ABRACE de efetuar o cultivo e a manipulação da *Cannabis* exclusivamente para fins medicinais e para destinação a pacientes associados a ela ou a dependentes destes que demonstrem a necessidade de uso do extrato” -, a ABRACE conquistou o direito de poder cultivar e manipular a *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos e distribuir o remédio dessa planta para os pacientes associados que comprovem a necessidade de usá-lo.

A ANVISA e os órgãos da UNIÃO devem fiscalizar as atividades da ABRACE. Esta deve providenciar o cadastro de todos os beneficiados para usar o remédio de maconha devendo ter em seu banco de dados: “documento de identificação pessoal do próprio paciente e do seu responsável, se for o caso”; “receituário atualizado prescrevendo o uso de produto à base de *Cannabis*”; “laudo demonstrativo de se tratar de caso para o qual já foram tentados, sem sucesso, todos os tratamentos registrados”; e “informações da quantidade de óleo recebida por cada associado/dependente e das datas de cada entrega”.

3.16 AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 5708

A Ação Direta de Inconstitucionalidade 5708 proposta pelo Partido Popular Socialista - PPS visa discutir a questão da maconha para fins medicinais/terapêuticos no Brasil. A relatora dessa ação é a ministra do STF Rosa Weber. Nesse sentido, no Site Jota⁶² há a seguinte informação:

O Partido Popular Socialista (PPS) ingressou no Supremo Tribunal Federal (STF) com uma ação direta de inconstitucionalidade questionando a proibição da cannabis para fins medicinais e de bem-estar terapêutico. A ação (ADI 5708) foi distribuída na tarde de quarta-feira (24/05), e conta com relatoria da ministra Rosa Weber.

O partido contou com apoio técnico da Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal – AMA+ME.

Na inicial, os advogados que assinam o documento, Maurício Sullivan e Renato Galuppo, pedem que seja concedida medida cautelar em caráter de urgência para assegurar o “*plantio, cultivo, colheita, guarda, transporte, prescrição, ministração e aquisição de Cannabis para fins medicinais e de bem-estar terapêutico, mediante notificação de receita, conforme as normas de saúde pertinentes, sem que tais condutas sejam consideradas crimes*”.

O documento apresenta argumentos históricos, científicos e médicos para a liberação da droga para fins medicinais. A questão do sistema carcerário e da política de drogas também foi tratada. Os advogados elencam diversas doenças cujos pacientes poderiam ser auxiliados pelo uso da cannabis no tratamento, como: epilepsia, dor neuropática, esclerose múltipla, Síndrome de Parkinson, Síndrome de Tourette, Síndrome de Huntington e Doença de Alzheimer.

A presente Ação Direta de Inconstitucionalidade proposta pelo mencionado partido faz um questionamento sobre a ausência de regulamentação sobre o uso medicinal/terapêutico da maconha no Brasil. A peça inicial é composta por mais de 50 páginas e trata sobre os mais

⁶² JOTA, **PPS QUESTIONA PROIBIÇÃO DA MACONHA PARA FINS MEDICINAIS**. Disponível em: <https://jota.info/justica/pps-questiona-proibicao-da-maconha-para-fins-medicinais-25052017>. Acesso em: 11.07.2017

variados assuntos que envolvem o uso dessa planta: inicialmente, trata “por uma contranarrativa da *Cannabis*; depois, alude “os aspectos processuais”; em seguida, menciona “da fundamentação constitucional”; e por fim, dispõe “os pedidos”.

Os assuntos tratados pela Ação Direta de Inconstitucionalidade em estudos são, por exemplo: origem do uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos no mundo e no Brasil; os efeitos medicinais/terapêuticos dessa planta; as doenças que já são tratadas com o uso dela; o proibicionismo no Brasil; o alto custo de importar remédio derivado da maconha; a ausência de políticas de saúde no Brasil; a questão da criminalidade e do encarceramento; a dignidade da pessoa humana; a necessidade de haver uma regulamentação sobre plantar, cultivar, colher, guardar, transportar, prescrever, ministrar e adquirir *Cannabis*.

A Ação Direta de Inconstitucionalidade 5708 está muito bem construída e aborda vários assuntos de forma específica. Os pedidos dessa ação são:

150. Ante o exposto, pede seja concedida medida cautelar em caráter de urgência (art. 10, § 3º da Lei nº 9.868/99) para interpretar conforme a Constituição os arts. 2º, caput e § único; 28; 31; 33, § 1º, I, II e III; 34; 35; e 36, todos da Lei nº 11.343/06 c/c art. 334-A do Código Penal; art. 14, I, c e d, do Decreto nº 5.912/06 e Portaria nº 344/98 do Ministério da Saúde, para afastar entendimento, segundo o qual, seria conduta-crime plantar, cultivar, colher, guardar, transportar, prescrever, ministrar, e adquirir Cannabis para fins de bem-estar terapêutico, mediante notificação de receita, conforme as normas de saúde pertinentes.

151. Pede, deferida a medida cautelar em caráter de urgência, a confirmação dos seus efeitos – para, em seguida:

- Declarar a inconstitucionalidade do art. 28 da Lei nº 11.343/06, face os arts. 1º, II e III; 3º, I e IV; 5º, caput, III, X, XVII e XXXIX; 193; 196; 226, § 7º; e 227, caput, § 1º da Constituição.
- Conferir interpretação conforme a Constituição aos arts. 2º, caput, 33, § 1º, I, II e III; 34; 35; e 36, todos da Lei nº 11.343/06 c/c art. 334-A do Código Penal face os arts. 1º, II e III; 5º, caput, III, X, XVII e XXXIX; 193; 196; 226, § 7º; e 227, caput, § 1º da Constituição, para afastar entendimento, segundo o qual, seria conduta-crime plantar, cultivar, colher, guardar, transportar, prescrever, ministrar, e adquirir Cannabis para fins de bem-estar terapêutico.
- Conferir interpretação conforme a Constituição aos arts. 2º, § único e 31 da Lei nº 11.343 c/c 14, I, c e d do Decreto nº 5.912/06 e Portaria nº 344/98 do Ministério da Saúde, para, na ausência de regulamentação própria, afastar a necessidade de prévia autorização estatal para fins de plantio e cultivo de Cannabis para tratamento médico ou pesquisa científica, por força dos arts. 1º, II e III; 3º, I e IV; 5º, caput, III, X, XVII; 196; 218, caput; 226, § 7º; e 227, caput, § 1º, da Constituição.

152. E ainda, requer: • Em virtude da relevância da matéria, audiência pública nos termos do art. 7º, § 2º da Lei nº 9.868/99 c/c arts. 13, XVII e 21 XVII e XVIII do RISTF. • O trâmite prioritário por se tratar de matéria atinente ao bem-estar dos cidadãos, nos termos dos arts. 128 e 129 do RISTF

c/c art. 1.048 do Código de Processo Civil, com a observância do rito do art. 12 da Lei nº 9.868/99. • Seja aplicado o art. 6º da Lei nº 9.868/99 e prestadas as informações cabíveis no prazo legal. • Sejam ouvidos o Exmo(a). Sr(a). Advogado-Geral da União e o Exmo(a). Sr(a) Procurador-Geral da República, nos termos do art. 8º da Lei nº 9.868/99.

O primeiro pedido feito na ADI 5708 é o de medida cautelar, pois há “fumaça do bom direito” - artigos previstos na Constituição Federal de 1988, tais como, artigo 1º, II e III, artigo 3º, I e IV, artigo 5º, caput, III, X, XVII e XXXIX, artigo 193, artigo 196, artigo 226 e artigo 227 -, e há “perigo na demora”, pois não há acesso à maconha para fins medicinais/terapêuticos no Brasil, sem burocracia, sem gastar muito dinheiro e em um tempo razoável. Nesse sentido, o pedido em caráter de urgência é de promover o direito humano à saúde pelo uso medicinal/terapêutico da maconha: “assegurar o plantio, cultivo, colheita, guarda, transporte, prescrição, ministração e aquisição de *Cannabis* para fins medicinais e de bem-estar terapêutico, mediante notificação de receita (...)”.

Com relação ao pedido principal, pede-se: a declaração de inconstitucionalidade do artigo 28 da Lei de Drogas; interpretação de acordo com a Constituição Federal de 1988 do artigo 2º, da Lei de Drogas, entre outros artigos dessa lei, como visto acima; determinação de um prazo para a UNIÃO e a ANVISA regulamentar o uso medicinal/terapêutico da maconha no Brasil; audiência pública para tratar sobre esse assunto; tramitação prioritária por envolver direito humano à vida e à saúde; entre outros pedidos.

A relatora dessa ação, ministra Rosa Weber, em julho de 2017, não apreciou o pedido liminar e aplicou o rito abreviado para julgamento do mérito dela, logo, a aludida ação será julgada pelo plenário do Supremo Tribunal Federal. Em breve, haverá o julgamento pelo STF sobre a maconha medicinal/terapêutica no Brasil.

3.17 QUEBRANDO TABU SOBRE O USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS

Apesar do foco dessa pesquisa ser o uso medicinal/terapêutico da maconha e a efetividade do direito humano à saúde, é interessante apresentar uma reflexão sobre o uso das drogas lícitas e ilícitas. Para Almeida e Carvalho (2016, p. 52 e 53):

A revista britânica *The Lancet* publicou há alguns anos uma pesquisa realizada na Inglaterra a respeito do mal causado pelo uso de drogas. Vários pesquisadores foram elencados e lhes foi exigido que analisassem 20 das mais conhecidas drogas (lícitas ou ilícitas) e que levassem em consideração aspectos sociais, econômicos, criminais e de malefícios ao usuário e à sociedade.

A pesquisa quebrou o tabu de que a maconha era tão maléfica ao homem e à sociedade quanto drogas como cocaína e crack. Aliás, o estudo foi além, e provou que a maconha é, inclusive, menos maléfica do que o álcool (em 1º no ranking) e que o tabaco (5º no ranking), drogas que são legalizadas na esmagadora maioria dos países.

Na Inglaterra, a Revista Britânica “The Lancet” publicou uma pesquisa que trata sobre o prejuízo para a saúde humana pelo uso de drogas. Essa pesquisa é ampla e analisou as drogas mais conhecidas. Como visto, a pesquisa demonstrou que a maconha não pode ser comparada com a cocaína, com o crack, com o álcool e nem com o tabaco no quesito drogas que são “maléficas ao homem”. Logo, o tabu foi quebrado, pois fica claro que a maconha causa “menos” danos ao ser humano que as outras drogas mencionadas. Para tratar as pessoas viciadas em cocaína e em crack já vem sendo utilizado o uso da maconha, ou seja, para reduzir o dano substitui uma “droga pior” por uma “droga melhor” para a saúde humana.

Quanto ao número de morte no trânsito, Almeida e Carvalho (2016, p. 53) aludem que:

A título de ilustração, no contexto do trânsito, no Brasil mais de 40.000 pessoas morrem todos os anos vítimas de acidente de trânsito e outras 200.000 ficam feridas. Estima-se que em quase 90% desses acidentes a culpa seja, de alguma forma, do ser humano – e um dos elementos em considerável parte das vezes é o uso de bebida alcoólica.

Um dos argumentos de quem defende a não descriminalização da maconha é que legalizá-la faria com que mais pessoas a usassem e que, por isso, os acidentes de trânsito causados por ela aumentariam exponencialmente.

O consumo de bebida alcoólica, que é legal no Brasil, contribui para o elevadíssimo número de morte e acidente no trânsito. Logo, com base no proibicionismo e para diminuir essa consequência mortal não seria mais viável proibir o uso de bebida alcoólica? Esse fundamento pode ser considerado como absurdo para várias pessoas, porém essa reflexão deve ser feita devido aos graves danos ocasionados.

A droga que mais mata é o tabaco, que não é proibida no Brasil. Conforme Almeida e Carvalho (2016, p. 53):

Por outro lado, sobre o tabaco, ele foi considerado a principal causa de morte que pode ser evitada no mundo, matando mais de 5 milhões de pessoas no mesmo ano. Isso quer dizer que, excluindo as causas de morte que o ser humano não pode evitar, como a natural, o tabagismo é a principal causa de morte no planeta.

O tabaco é a droga que mais mata no mundo, por exemplo, o uso dessa droga matou “mais de 5 milhões de pessoas”, em 2012. Diante de uma cultura proibicionista brasileira e para evitar a morte de tantas pessoas não seria mais benéfico para a humanidade proibir o consumo do tabaco?

Com relação ao uso da maconha, Almeida e Carvalho (2016, p. 53 e 54) tratam que:

A maconha é a droga ilícita mais usada no mundo, e, mesmo assim, até hoje não foi feita nenhuma estatística a respeito do número de acidentes no trânsito causado pela combinação entre seu uso e a direção. Então, não há que se falar em aumento de uma estatística que não existe, tratando-se de mera especulação, sem qualquer base científica.

[...]

Mas o mais assustador é que, nos Estados Unidos, por exemplo, a cada 19 minutos alguém morre por overdose de uma droga que é receitada por algum médico. A maconha, por sua vez, não pode entrar nessa estatística por ser impossível morrer com overdose dessa droga.

A droga ilícita, isso mesmo, ilícita, mais usado no mundo é a maconha e ela causa menos danos que as mais conhecidas das drogas lícitas: álcool e tabaco. Por qual motivo aquela droga é proibida e estas são legalizadas? O fundamento de que o uso da maconha pode causar acidente de trânsito fica na teoria, enquanto que a utilização de álcool é uma causa concreta de morte e de acidente no trânsito. Há muitas pessoas morrendo de overdose por ter usado (em excesso) tabaco, álcool, crack, cocaína, etc., porém isso não vem acontecendo pelo uso da maconha.

Com relação à questão da dependência em usar drogas, a Revista Americana “The New York Times” defendeu a maconha, em 2014. Com base nos resultados dessa pesquisa Almeida e Carvalho (2016, p. 54 e 55) aludem que:

Além de a maconha ser a droga que menos causa dependência dentre as analisadas (01 em cada 11 pessoas), essa dependência é muitas vezes psíquica, àquela relacionada a, por exemplo, jogos de baralho.

Isto posto, verificamos que o argumento de que a maconha é a porta de entrada para o mundo das drogas não faz o menor sentido. A droga mais viciante no mundo é a nicotina (tabaco), mas não se fala sobre ela ser a porta de entrada para o mundo das drogas. Além disso, a maconha não é nem de perto tão viciante quanto o tabaco e o álcool. O argumento favorável à criminalização da maconha, portanto, poderia ser tranquilamente utilizado para atingir o tabaco e o álcool, o que não se cogita.

Por fim, a pesquisa da Revista Americana “The New York Times” analisou a dependência do uso do tabaco, da heroína, da cocaína, do álcool, do ansiolítico e da maconha.

Essa pesquisa concluiu que a maconha é a “droga que menos causa dependência dentre as analisadas, essa dependência é muitas vezes psíquica”. O uso da maconha “não é a porta de entrada para o mundo das drogas”. “A droga mais viciante no mundo é a nicotina (tabaco)”, droga legal. Logo, proibir o uso da maconha (e legalizar o uso do álcool e do tabaco) não é uma incoerência jurídica?

4 ESTUDO DE CASO DA LUTA DA LIGA CANÁBICA PARAIBANA

O presente capítulo trata sobre a atuação da Liga Canábica Paraibana na Paraíba e em todo o Brasil. A luta dessa associação já faz alguns anos e é possível visualizar muitas conquistas. Ainda falta mais para com a concretização do direito humano à saúde, logo, não se pode perder a esperança e a luta continua.

A análise dos discursos tratado por Oliveira (2016/2017) está relacionada com o Procedimento Preparatório de número 1.24.000.001421/2014-74 e com a Ação Civil Pública de número 0802543-14.2014.4.05.8200, ambos de 2014. A constituição da Liga Canábica Paraibana se deu em 2015. Essa Ação garantiu o direito de importar óleo derivado da *Cannabis* para pacientes que hoje integram essa Liga. Em 2014, as pessoas se uniram para lutar pela garantia do direito à saúde pelo acesso à *Cannabis* para fins medicinais/terapêutico. Nesse sentido, com vista em respeitar a ordem cronológica dos fatos (primeiro aconteceu o Procedimento Preparatório e Ação Judicial e depois que veio a criação da Liga Canábica Paraibana) é interessante tratar sobre os discursos, em seguida, tratar sobre a Liga Canábica Paraibana.

4.1 DISCURSOS MÉDICO, JURÍDICO, POLÍTICO, PROIBICIONISTA e HUMANIZADO SOBRE O USO TERAPÊUTICO/MEDICINAL DA *CANNABIS*

O presente tópico analisa os mais variados discursos envolvendo a luta de pessoas paraibanas para com o direito humano à saúde pelo uso medicinal/terapêutico da *Cannabis*. Há pessoas que integram a Liga Canábica Paraibana (fundada em 2015) que vêm lutando para que haja uma regulamentação desse uso no Brasil, por volta de 2014. Esse tópico desenvolve de forma resumida três textos: um artigo de Oliveira e Ribeiro (2016) publicado Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos; a dissertação de Oliveira (2016) apresentada e publicada no PPGDH da UFPB; e um artigo de Oliveira e Ribeiro (2017) publicado na Revista de Estudos Empíricos em Direito.

Há bastante estudos científicos para fundamentar o uso terapêutico da *Cannabis* no Brasil e no mundo. Porém, o discurso de alguns médicos é no sentido da exclusão dessa planta no tratamento da saúde humana. Ver-se que há juristas que defende o uso medicinal/terapêutico da maconha como uma questão de saúde pública. O discurso que deve prevalecer é o humanizado, ou seja, o discurso que respeita os Direitos Humanos. Oliveira e Ribeiro (2017, p. 55) aludem que:

Entre os discursos que se propõem críticos à lógica excludente da “guerra às drogas”, identificamos e descrevemos a luta de vários familiares que têm filhos com epilepsia refratária aos tratamentos convencionais no estado da Paraíba e que, ao tomar conhecimento, por meio da mídia, em especial, depois do lançamento do documentário “Ilegal”(2014), que revelou o caso da menina Anny Fischer, sobre as potencialidades terapêuticas do canabidiol (CBD), iniciaram uma batalha judicial em prol do direito à vida, à saúde e uma melhor qualidade de vida melhor.

No Estado Democrático de Direito o que deve acontecer é a desconstrução do discurso médico, do discurso jurídico e do discurso político que proporciona uma exclusão social e uma seletividade penal. Nesse sentido, o discurso que deve prevalecer é o da humanização das relações sociais em que os Direitos Humanos são respeitados por todos. Não se pode privar o direito à vida, à saúde e à uma qualidade de vida pelo uso da maconha medicinal por questão preconceituosa ou discriminatória, pelo contrário, o discurso deve contribuir com a efetividade do direito humano à saúde pelo uso dessa planta no Brasil e no mundo. Oliveira e Ribeiro (2017, p. 55) descrevem que:

O movimento que levou a maconha, cuja substância tem amplos poderes medicinais, a um interdito proibitivo em nível mundial, que se expressa tanto na proibição recreativa como, indiretamente, na medicinal, está relacionado ao surgimento e à consolidação do biopoder e a toda uma tecnologia de controle da vida que estruturaria o saber médico vigente de forma a incluir ou proscurever substâncias conforme técnicas discursivas próprias, movimento muito forte ao longo do Século XIX (FOUCAULT, 1999). Será essa lógica que irá ter no proibicionismo às drogas do Século XX a consolidação da lógica repressiva e substituir um grande vazio jurídico, em termos de drogas, que existia no final do Século XIX para o controle transnacional sobre entorpecentes que existe hoje em dia (RODRIGUES, 2008).

O biopoder e as tecnologias de controle da vida contribuíram para a proibição do uso medicinal/terapêutico da maconha no Brasil e no mundo, tendo em vista que não há embasamento científico para tal proibição. O que aconteceu foi a disseminação de um discurso proibicionista, controlador, repressivo, excludente, seletivo e demonizador de tal planta no século XX, porém esse discurso deve ser desconstruído.

O proibicionismo no mundo e no Brasil do uso medicinal/terapêutico da maconha se deu no século XX. Oliveira e Ribeiro (2017, p. 57) tratam que:

A estruturação do proibicionismo em nível mundial se deu com as três maiores convenções da ONU sobre drogas: a Convenção Única Sobre

Entorpecentes de 1961, emendada pelo Protocolo de 1962; a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 e a Convenção Contra Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas e Substâncias Psicotrópicas de 1988. O uso medicinal de substâncias proscritas está previsto na Convenção Única sobre Estupefacientes, um marco do proibicionismo moderno, que consolidou o modelo de repressão às drogas. Mattos (2014) assevera que o uso medicinal da maconha não está proibido pela Convenção Única de 1961, ao contrário, longe de proscrever o uso medicinal, a Convenção o regulamenta e como um marco do proibicionismo moderno, resguarda o discurso médico como legitimador do uso da substância, embora tenha classificado a maconha em duas listas de natureza totalmente diversa, como apontado acima.

Ao analisar de forma sistemática os três instrumentos normativos internacionais – Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 e Convenção Contra Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas e Substâncias Psicotrópicas de 1988 - citados acima, constata-se que o uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* não é proibido. O que falta é uma regulamentação clara, humanizada, digna e sem burocracia para que o direito humano à saúde seja efetivo. O que contribuiu para a implantação da tese da proibição do uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos no século XX foram os discursos médicos e jurídicos equivocados, tendo em vista que à luz dos direitos humanos o uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* não deve ser proibido.

A desconstrução da tese do proibicionismo do uso medicinal/terapêutico da *Cannabis* vem acontecendo mediante lutas dos atores sociais. Usuários e não usuários dessa planta para o fim medicinal/terapêutico vêm implantando a tese da humanização do direito à saúde pelo uso da mencionada planta. Há vários meios para que haja a informação e concretização desse direito, por exemplo, ação judicial. Para que seja possível propor uma ação judicial que desconstrua o modelo proibicionista implantado é necessário uma preparação formal e material e isso foi feito por algumas pessoas na Paraíba e no Brasil para conseguir o direito de importar um óleo medicinal feito com maconha, então, há duas fases para a propositura da ação: fase de preparação da ação e a fase judicial, ou seja, uma fase pré-processual e uma fase judicial.

Agora passa-se a analisar os discursos envolvendo a maconha medicinal/terapêutica na Paraíba em 2014 e diante. O foco da análise é a atuação do Ministério Público Federal na pessoa de Dr. José Godoy para com a efetividade do direito humano à saúde pelo uso medicinal/terapêutico da maconha. Essa atuação pode ser dividida em duas fases: no Procedimento Preparatório de número 1.24.000.001421/2014-74 e na Ação Civil Pública de número 0802543-14.2014.4.05.8200. Oliveira e Ribeiro (2017, p. 59) aludem que:

A dificuldade de importar o CBD se dava em virtude de ele se encontrar na lista de substâncias de uso proscrito (ou seja, na lista “F2”) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Seu uso e importação foram proibidos até pouco tempo e apenas em casos excepcionais havia a possibilidade de liberá-lo a partir de pedido de autorização específica dirigida à autarquia, que analisava individualmente cada solicitação. Então o trâmite era extremamente burocrático e dificultoso.

Assim, para os pacientes que necessitavam desse composto terem o direito de usar o CBD, foi iniciado, com a autuação aos nove dias do mês de julho do ano de 2014, um Processo Preparatório, que se caracteriza como uma atuação extrajudicial de investigação para fundamentar a Ação Civil Pública na Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão, vinculada ao Ministério Público Federal – MPF -, a partir de uma petição com o requerimento de nove pessoas - sete menores e dois maiores juridicamente incapazes - através dos seus representantes. Essa petição deu início ao Procedimento Preparatório.

Inicialmente, as pessoas tiveram dificuldade de importar remédio ou suplemento alimentar derivado da maconha rico em CBD (Canabidiol), por exemplo. Essa dificuldade se deu, pois a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) colocou essa substância (CBD) na lista de substância de uso proscrito: lista F2. A importação e o uso com essa substância no Brasil até uns meses atrás eram proibido por essa Agência, sendo possível uma autorização por ela em caso excepcional com “pedido de autorização específico dirigido à autarquia, que analisava individualmente cada solicitação. Então, o trâmite era extremamente burocrático e dificultoso”. Sabendo dessa dificuldade e dessa burocracia, algumas famílias paraibanas para poder importar e usar essa substância no Brasil tiveram que buscar o Ministério Público Federal para iniciar um Procedimento Preparatório no dia 9 de julho de 2014 e para ingressar com uma Ação Civil Pública com pedido de liminar no dia 31 de julho de 2014 com vista em efetivar o direito humano à saúde pelo uso medicinal/terapêutico da maconha no Brasil.

Oliveira (2016, p. 132 e 133) trata da diferença entre legalizar e regulamentar o uso da maconha medicinal/terapêutico da seguinte forma:

Em um tópico especial, a revista explica, ao indagar “legalizar ou não?”, que “o tema da legalização da maconha é totalmente diferente da regulamentação dos canabinoides para fins medicinais”. É certo que concordamos que os argumentos não serão necessariamente os mesmos, haja vista os regimes de verdades que sustentam cada um deles estarem apoiados em discursos e finalidades diferentes, entretanto não há como separar o debate, pois os argumentos, mesmo diferentes, complementam-se na necessidade de compreender a relação química, psicológica e cultural que ser humano estabelece com a maconha.

Apesar dessa separação entre o uso medicinal e o recreativo, como se fossem coisas completamente diferentes, justificado pelo saber médico atual, a

revista defende o uso medicinal e as pesquisas a respeito do tema, ser vindo como um importante argumento no processo.

Como já visto no texto, o uso da *Cannabis* medicinal/terapêutico no Brasil não é proibido, segundo interpretação do artigo 2º, parágrafo único, da Lei de Drogas, Lei 11.343/06, logo, o que falta é uma regulamentação específica pelo Poder Legislativo ou pela ANVISA. Porém, o uso da maconha para fins recreativos é proibido, conforme dispõe o artigo 28 da Lei de Drogas, então, é necessário que seja declarado este artigo inconstitucional e haja uma legalização do uso da maconha para fins recreativos.

Com relação ao interesse eleitoral do Planalto, Oliveira (2016, p. 133) alude que:

Seguindo a petição, foi anexada outra matéria da referida revista, dessa vez, na edição de junho de 2014, depois dessa reunião, quando foi decidido o adiamento da decisão de reclassificação, que frustrou as expectativas depositadas no processo. Nessa reportagem, o clima é de denúncia, consubstanciada na decisão da ANVISA de não avançar na questão e adiar a decisão de reclassificação. Na reportagem de Camila Brandalise, intitulada “Remédio de Maconha: Anvisa cede a pressões políticas”, a matéria inicia-se denunciando o motivo pelo qual a ANVISA adiou a decisão, considerada como certa na edição passada da revista: “Antes favorável à autorização para prescrição e importação de medicamentos com canabinoides, o presidente da agência, Dirceu Barbano muda de opinião para atender aos Interesses eleitorais do Planalto”. Dessa forma, a matéria segue com a crítica.

A justificativa apresentada pelo diretor da ANVISA, de que os remédios com CBD também contêm quantidades de outros canabinoides, como o THC, para o adiamento é analisada com ironia pela revista, que indaga se a “equipe técnica da Anvisa teria feito um trabalho ginásiano a ponto de desinformar Dirceu Barbano sobre o TCH da maconha?” (BRASIL, 2014, p.19). De fato, não parece que os estudos prévios efetuados antes da reunião que decidiriam a reclassificação de uma substância por um órgão de natureza técnica como a ANVISA não tivessem demonstrado aos diretores fato tão elementar como a incidência de outros canabinoides nos remédios à base de CBD.

Assim, é fácil seguir o pensamento da revista de que o consenso pela reclassificação, modificado na hora da reunião, não se deu por falta de uma informação básica como essa.^{13A} linha da notícia, juntada aos autos do processo, segue criticando os interesses eleitoreiros que, segundo ela, prejudicam a saúde dos pacientes. O fato de a opinião de uma agência reguladora, que deve se pautar por questões técnicas, ser afetada por uma possível repercussão da opinião pública, em detrimento da saúde de pacientes, é algo preocupante. Assim, a referida reportagem constitui-se como uma importante linha argumentativa na petição judicial, criou uma dinâmica diferente para os argumentos médicos e jurídicos e apresentou outro discurso, o discurso político da mídia, que também terá peso no desenvolvimento do processo.

A ANVISA, em 2014, adiou a decisão de classificação da substância CBD (Canabidiol) sem nenhuma justificativa científica. A expectativa era no sentido da decisão

favorável de reclassifica, pois o presidente da ANVISA tinha dado a entender nesse sentido. Porém, o que fica provado é que a efetividade do direito humano à saúde pelo uso medicinal/terapêutico da maconha vem sendo prejudicada por questão política: “interesse eleitorais do Planalto”. Os funcionários da ANVISA erraram em adiar essa reclassificação por questão política, tendo em vista que essa Agência deve se pautar em “questão técnica” e tem o dever de respeitar os Direitos Humanos. Nesse sentido, o que se pode ver é o discurso político da mídia. Oliveira e Ribeiro (2017, p. 69 e 70) aludem que:

Essas diligências foram constitutivas dos argumentos que foram utilizados na petição inicial da Ação Civil Pública ajuizada em 31 de julho de 2014 pelo MPF, na Justiça Federal da Paraíba. Pediu-se uma liminar, que foi concedida no dia 18 de agosto de 2014 pela Justiça Federal. A liminar foi concedida em nome de 16 pacientes, sendo 12 são crianças, 2 adolescentes e 2 adultos.

Na Petição Inicial da Ação Civil Pública, protocolada com o nº 0802543-14.2014.4.05.8200, que passamos a analisar, foram resgatados, antes do pedido judicial, todos os discursos técnicos enviados como resposta. Foi clara a influência dos regimes de verdades na formulação do argumento jurídico do órgão ministerial que seria deduzido em juízo.

A peça inicial do processo, ao narrar os fatos, retoma todos os debates sobre a história dos pacientes e a mobilização dos pais ao descobrirem como tratamento alternativo o CBD, já abordado no requerimento administrativo, e nas audiências públicas que antecederam a ACP. Narra-se, portanto, o grave estado clínico dos pacientes, o fato de não haver eficácia nos tratamentos ditos tradicionais no combate às crises convulsivas.

A Ação Civil Pública, de número 0802543-14.2014.4.05.8200, foi protocolada no dia 31 de julho de 2014 na Justiça Federal pelo Ministério Público Federal. Nela encontra-se um regime de verdade que foi formado no Procedimento Preparatório de número 1.24.000.001421/2-14-74. Nessa ação houve pedido liminar, que foi concedido em 18 de agosto de 2014. Com essa liminar 16 pacientes - 12 crianças, 2 adolescentes e 2 adultos – puderam importar óleo derivado da *Cannabis* para o Brasil. A mencionada petição inicial traz nos fatos “os debates sobre a história dos pacientes e a mobilização dos pais ao descobrirem como tratamento alternativo o CBD, já abordado no requerimento administrativo, e nas audiências públicas que antecederam a ACP”. Essa petição “narra-se, portanto, o grave estado clínico dos pacientes, o fato de não haver eficácia nos tratamentos ditos tradicionais no combate às crises convulsivas”.

Com relação à burocracia para se efetivar o direito humano à saúde, Oliveira e Ribeiro (2017, p. 70) dispõem que:

É destacado o fato da dificuldade de se conseguir o medicamento nos termos burocráticos impostos pela ANVISA. Nesse contexto, é identificado como ponto nodal da argumentação burocrática a necessidade de vários documentos de difícil consecução. É ressaltado o requisito do termo de responsabilidade assinado por médico que muito dificulta o pedido de autorização. Conforme já sabemos, não houve um só médico no Estado que fornecesse tal termo, conforme já havia sido descrito pelos requerentes em momento anterior. Em virtude disso, tal termo não foi juntado à petição, que contém apenas o laudo médico que atesta o estado do paciente (com as formalidades legais como a CID) e o receituário, em que se prescreve o medicamento. Talvez esse ponto seja um dos mais importantes da solicitação, pois, devido à inclusão da substância na Lista F2, há um grande receio da parte dos profissionais de saúde de não só prescrever a medicação, mas também, principalmente, de emitir um termo de responsabilidade. Também retoma os argumentos científicos, médicos e jurídicos levantados através das diligências efetuadas pelo órgão ministerial.

A ANVISA se utiliza da burocracia para dificultar a concretização do direito humano à saúde, pois para poder importar o óleo derivado da maconha tinha que apresentar “vários documentos de difícil consecução”. No Estado da Paraíba, em 2014, não houve um médico para assinar um termo de responsabilidade, logo, os profissionais da área de saúde não prescreviam uma medicação com maconha nem assinavam termo de responsabilidade. Observa-se que isso mudou: já há profissionais que prescrevem e assinam termo de responsabilidade para a utilização medicinal/terapêutica da maconha no Brasil.

É interessante descrever os pedidos realizados pelo Ministério Público Federal na Ação Civil Pública em análise. Oliveira (2016, p. 150 e 151) trata que:

Assim requer o MPF, em sede de liminar:

a) em primeiro lugar, seja determinada à UNIÃO e, à AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA que se abstenham de destruir, devolver, reter, impedir a compra e a obtenção ou, de alguma outra forma, fazer com que qualquer objeto postal importado, contendo produto com medicamento composto de CANNABIDIOL com a devida receita médica, e endereçado aos pacientes listados nesta inicial (item 1.1) e/ou seus responsáveis, não chegue ao seu destino;

b) a aplicação de multa diária na ordem de R\$ 100 (cem mil reais) em razão de eventual descumprimento a quaisquer determinações acima;(BRASIL p.441 e 442)

Bem como, requer em caráter definitivo:

a) a concessão de antecipação de tutela nos termos formulados acima (item "5", letras "a" e "b");

b) a citação dos demandados, nos endereços mencionados, para, querendo, responder aos termos da presente ação, sob pena de revelia;

c) provar o alegado por todos os meios em Direito admitidos, especialmente, juntada posterior de documentos, realização de perícias médicas e oitiva de testemunhas, tudo desde logo requerido;

d) por fim, a procedência do pedido, ordenando-se:

d.1. a confirmação da tutela antecipada requerida, para que se determine à UNIÃO e à AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA que se abstenham de destruir, devolver, reter, impedir a compra e a obtenção ou, de alguma outra forma, fazer com que qualquer objeto postal importado, contendo produto com medicamento composto de CANNABIDIOL com a devida receita médica, e endereçado aos pacientes listados nesta inicial (item 1.1) e/ou seus responsáveis, não chegue ao seu destino;

d.2. à AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA que se abstenha de exigir, dos pacientes listados nesta inicial (item 1.1) e/ou dos seus responsáveis, a apresentação de termo de compromisso firmado por médico ou de qualquer outra documentação para a importação e o uso do medicamento CANNABIDIOL além da receita médica mencionada no item anterior;

e) a dispensa do pagamento de custas, emolumentos e outros encargos, na forma do que dispõe o art. 18 da Lei Federal nº 7.347/1985, e no artigo 87, do Código de Defesa do Consumidor; (BRASIL, 2014 p.442).

Como mencionado acima, o Ministério Público Federal fez vários pedidos para com a concretização do direito humano à saúde pelo uso medicinal/terapêutico da maconha no Brasil. Com relação à concessão da liminar da Ação Civil Pública em estudo, Oliveira e Ribeiro (2017, p. 70) tratam que:

O resultado foi positivo, e a 1ª Vara Federal da Paraíba, no âmbito da Ação Civil Pública nº 080254314.2014.4.05.8200, concedeu a referida liminar no dia 18 de agosto de 2014, em favor do MPF, e condicionou a importação do medicamento às receitas e requisições médicas que devem estar devidamente individualizadas. Há de se ressaltar que essa decisão reconhece que o MPF comprovou documentalmente o “estado mórbido” de cada um dos seus dezesesseis substituídos processuais (BRASIL, 2014, p. 535), além das dificuldades enfrentadas pelos pacientes “através de seus pais/responsáveis, quanto à disponibilização de medicamento à base de maconha, de nome cannabidiol, à míngua de autorização dos réus já mencionados” (idem).

Como já visto, houve a concessão da liminar da Ação Civil Pública no processo de número 080254314.2014.4.05.8200 em favor do Ministério Público Federal pela 1ª Vara Federal da Paraíba no dia 18 de agosto de 2014, permitindo a importação de remédio derivado da maconha.

Quanto à procedência no mérito da presente Ação Civil Pública, Oliveira e Ribeiro (2017, p, 70) aludem que:

No mérito, a referida ação também foi julgada procedente, de forma a confirmar, em caráter definitivo, a autorização para o uso de CBD medicinal, com a necessidade apenas de complementação da documentação por parte de alguns dos pacientes, que foi prontamente juntada aos autos. Vemos, assim, que o juiz considerou que a ANVISA não conseguiu desconstruir a linha argumentativa exposta pelo MPF na petição inicial, tampouco produziu prova de que medicamentos que contêm o CBD em sua fórmula não possam favorecer terapeuticamente os pacientes que deles precisam. “A relutância das rés à importação e ministração do cannabidiol, neste caso, não têm sustentação, pelo que deduzo dos trabalhos científicos que estão nestes autos” (BRASIL, 2014). Realmente seria muito difícil desconstruir toda a argumentação esboçada pelo MPF, que se valeu de vários ramos científicos para legitimar seu discurso. Em verdade, conforme vemos no processo, as matérias jornalísticas juntadas a ele, e analisando o contexto em que se deram as reuniões da ANVISA sobre o tema e sua postergação, observamos que, em seu âmbito, já havia certo consenso em relação à potencialidade terapêutica do CBD e que a decisão da reclassificação só não foi tomada por aspectos meramente políticos.

Logo, fica claro que a Ação Civil Pública em análise foi julgada procedente e com isso se torna possível importar remédio ou suplemento alimentar derivado da maconha. O Ministério Público Federal conseguiu desenvolver uma argumentação voltada para um discurso humanista: que respeita os direitos humanos. A ANVISA não conseguiu desconstruir esse discurso por está baseado em um discurso ligado a uma burocracia e a uma questão política. Essa decisão de mérito garante o direito humano à saúde de 16 pacientes, porém a luta continua para com a regulamentação do uso medicinal/terapêutico da maconha no Brasil.

Com relação às políticas públicas sobre drogas em geral, para Oliveira e Ribeiro (2016, p. 140):

Uma das problemáticas mais importantes em termos de efetivação dos direitos humanos é a questão das políticas públicas sobre drogas. Desde o século 20, a temática das drogas tem sido uma das mais importantes pautas da política criminal dos vários países do globo. Isto pode ser observado quando analisamos que no século 19, havia um grande vazio jurídico em termos de repressão aos entorpecentes; enquanto que ao longo do século 20 começou-se a estruturar uma grande rede de repressão ao comércio, consumo e produção de vários tipos de drogas, que foram postas na ilegalidade, fazendo surgir assim a política proibicionista (RODRIGUES, 2008).

No Brasil, há uma ausência de efetivas políticas públicas sobre drogas, tendo em vista que o sistema jurídico brasileiro trata a questão da plantação, da produção, do consumo e da

distribuição das drogas como questão criminal. Nesse sistema não se leva em conta a intenção (motivo) de usar a drogas, pois o sistema apresenta discursos e práticas racistas, excludentes e seletivos. Comparando o século 19 com o século 20, percebe-se que naquele não tinha uma política de repressão às drogas, diferentemente deste século. O século 20 teve uma política criminal de combate às drogas intitulada por: “guerras às drogas” no Brasil.

Quanto ao tema repressão às drogas, Oliveira e Riberto (2016, p. 140 e 141) descrevem que:

Em um primeiro momento, a repressão às drogas assume o discurso moralista, que iria se chamar de ético-jurídico, a partir do qual as políticas públicas proibicionistas teriam como meta tentar livrar a sociedade das drogas pelo caráter amoral que o consumo de entorpecentes ganhava neste contexto social.

Num segundo momento, as políticas públicas se valeram de uma lógica sanitaria, incorporando valores da medicina, para enfatizar a repressão policial aos entorpecentes em nome da saúde pública. Nasce assim o discurso médico-jurídico, que segue uma lógica higienista, tratando as drogas ainda como problema de segurança pública, bem como, seu consumidor como, necessariamente um viciado, sujeito a internação. Por último temos a repressão policial assumindo o caráter geopolítico transnacional, em que a mundialização da política proibicionista atingiu seu auge, em meio ao discurso político-jurídico (OLMO, 1990).

Como mostrado, há vários discursos envolvendo o uso da maconha e o que discurso deve prevalecer é o que respeita os Direitos Humanos. Como relação as políticas públicas de drogas, Oliveira e Ribeiro (2016, p. 141) tratam que:

Já no século 21, as políticas públicas de drogas sempre se consolidam definitivamente com o sistema de segurança pública e, não mais apenas, está ligada à moralidade da sociedade ou ao discurso médico. Assim, a lógica belicosa de repressão, acabou gerando um aumento do controle social e estatal, bem como, a marginalização de setores vulneráveis, ligados direta ou indiretamente ao tráfico de entorpecentes, e contribuindo cada vez mais para o aumento da população carcerária no Brasil. Esse é a segunda maior causa de encarceramento entre presos do sexo masculino e a maior entre a população carcerária feminina (DEPEN, 2008). No ano de 2009, a composição da população carcerária masculina presa em virtude de crimes relacionados à criminalização das drogas era de 78.725 pessoas, um total que corresponde a um percentual de 20% do total de presos neste ano, perdendo apenas para o crime de roubo que totaliza 113.522 presos (29% do total). Em 2005, o índice de presos do sexo masculino por crimes relacionados à proibição das drogas era de 10, 3%, já os dados mais recentes de 2013 apontam um total de 24% da população carcerária masculina aprisionada por delitos relacionados a entorpecentes, um total de 129.787 presos. O que se demonstra com estes dados é o aumento proporcional cada vez maior de pessoas presas em virtude do proibicionismo, “[...] sendo representativa a presença de pequenos traficantes não violentos, primários, presos em

flagrante sozinhos e desarmados em nosso sistema penitenciário [...]” (BOITEUX, 2014).

Mais alarmante ainda são os dados relacionados à população carcerária feminina, em que é possível observar a grande influência do crime de tráfico nesta parcela de presas, que reflete a forma cruel como a guerra às drogas atinge as mulheres em meio à sociedade sexista, numa sobreposição de opressões. Em 2009 os dados do INFOPEN apontaram um total de 12.312 presas por crimes relacionados à criminalização das drogas, o que totaliza 59% das encarceradas. Em 2005 este percentual era de 24,7%, sendo os dados mais recentes de 2013 indicam que 45,6% das mulheres encarceradas respondem por crimes relacionados à proibição das drogas, o que corresponde a um total de 16.489 mulheres encarceradas (CONECTAS, 2014).

No século XXI, as políticas públicas de drogas contribuem para a manutenção do “sistema de segurança pública”. A lógica desse sistema é a “repressão”, o “controle social e estatal”, a “marginalização de setores vulneráveis, ligados direta ou indiretamente ao tráfico de entorpecentes” e a carcerização em massa de um determinado grupo de pessoas (jovens, negros, analfabetos e pobres) no Brasil. Neste país, o crime de tráfico de drogas é o que mais prende as jovens, negras, analfabetas e pobres e é o segundo crime que mais prende os jovens, negros, analfabetos e pobres. O que se verifica é o aumento de encarcerados pela prática do tráfico de drogas desde a entrada em vigor da nova Lei de Drogas de 2006. Logo, o proibicionismo das drogas contribuiu para a exclusão social desse grupo de pessoas. No nosso país grandes traficadas de drogas não são presos como regra, porém os usuários de drogas e os pequenos traficantes são as principais pessoas a serem presas (selecionadas) no sistema prisional brasileiro. Oliveira e Ribeiro (2016, p. 141) dispõem que:

Portanto, após um século de política proibicionista pautada no paradigma da segurança pública, faz-se necessário repensar a forma como o Estado trata a questão dos entorpecentes, sendo necessário para tanto que a lógica do direito penal seja substituída por uma política de saúde pública, lançando mão de políticas de redução de dano, de legalização de substâncias e de gradual descriminalização de condutas relacionadas ao tema dos entorpecentes.

Diante desse breve diagnóstico sobre o combate as drogas e a consequência desse sistema penal celetista, constata-se que é necessário repensar o sistema criminal em vigor e adotar, com urgência, medidas que humanizem o tratamento dos grupos vulneráveis. Não se pode permitir no Estado Democrático de Direito um sistema criminal violador de Direitos Humanos. Oliveira e Ribeiro (2016, p. 143) aludem que:

A descriminalização do consumo de entorpecentes é algo que já tarda em nossa realidade. A opção política de criminalizar o consumo, que é aprioristicamente, uma opção pessoal de natureza íntima, viola a racionalidade penal ao fazer com que o Estado aja por meio do uso de táticas de poder punitivo, numa zona onde a intervenção em termos democráticos se torna ilegítima.

O Direito Penal em uma democracia deve obediência aos seus princípios penais, que são os nortes de racionalidade dos mesmos, que filtram as intervenções do Estado, estabelecendo limites a sua atuação. Neste sentido, diferente dos estados absolutistas e totalitários, nos Estados democráticos qualquer intervenção, que não obedeça os filtros garantistas estabelecidos na matriz principiológica do Direito Penal deve ser de plano rechaçado, pois se torna autoritária e ilegal.

Além do mais, também se mostra ilegítima qualquer criminalização referente ao mercado de drogas, pois havendo demanda e oferta não cabe ao Estado regular tal situação através do Direito Penal e sim com outros mecanismos regulatórios mais racionais à lógica humanista de modo a legalizar tal mercado. Pensar de outra forma é condenar à prisão os agentes mais vulneráveis deste mercado ilegal, ou seja, os consumidores e, os incontáveis exércitos de crianças, adolescentes e jovens que são arregimentados para o trabalho informal/potencialmente letal do tráfico de drogas.

A criminalização penal, na verdade, fortalece o sistema de dispensabilidade e vitimização da pobreza o que só alavanca o racismo punitivo. A criminalização do consumo é uma afronta a vários princípios penais, notadamente destacaremos o princípio da subsidiariedade ou fragmentariedade do Direito Penal.

A criminalização do consumo de drogas é uma matéria violadora da “racionalidade penal”, tendo em vista que essa questão é de saúde pública e não deve ser tratada em âmbito penal. Nesse sentido, para os autores acima deve acontecer a descriminalização do uso da maconha no Estado Democrático à luz dos princípios penais, tais como: princípio da subsidiariedade ou fragmentariedade do Direito Penal e princípio da última *ratio* do Direito Penal. Para os mencionados autores a “criminalização referente ao mercado de drogas” é “ilegítima”. Tratar o uso e o mercado das drogas como uma matéria do direito penal significa “condenar à prisão os agentes mais vulneráveis deste mercado ilegal”. Então, o que a criminalização penal para o uso e para o mercado de drogas contribuem é para a manutenção do “racismo punitivo”. Oliveira e Ribeiro (2016, p. 145) mencionam que:

Neste sentido, ao se observar que o Direito Penal não deve ser utilizado como um instrumento meramente de resolução dos problemas sociais, nem muito menos crer e aplicá-lo como uma ferramenta pedagógica (nos moldes positivistas a partir dos quais a pena tem por função precípua ser um instrumento pedagógico), como pregam as correntes maximizadoras, constata-se, então, a necessidade de se promoverem reformas no sentido de descriminalização de condutas que não sejam aptas a violar bens jurídicos de terceiros, muito menos bens jurídicos relevantes. Assim, faz-se necessário uma gradual descriminalização das condutas relacionadas aos entorpecentes,

de modo a efetivar um programa de redução dos danos advindos da incidência das agências punitivas.

A atual Lei de Drogas não conseguiu distinguir no plano teórico a diferença entre o crime de usuário e o crime de tráfico de drogas e uma das consequências práticas dessa lei é o “encarceramento em massa das pessoas vulneráveis socialmente”. Oliveira e Ribeiro (2016, p. 147) tratam que:

Estes elementos, que consolidam os regimes de verdade no campo jurídico e que têm por função a construção da tipologia criminal, são muito parecidos nas duas situações, a saber: portar droga ilícita para consumo ou, portá-las para comércio. Como se pode observar o artigo 33, que criminaliza o tráfico de drogas, repete todos os verbos do artigo 28, que criminaliza a posse para consumo, aumentando outros mais. Desta forma, a presença nos dois tipos dos verbos: adquirir; guardar; ter em depósito; transportar ou trazer consigo nos faz observar que cinco condutas objetivas idênticas impõem consequências jurídicas totalmente diversas.

Uma equivocada interpretação do artigo 28 e do artigo 33 da Lei de Drogas faz com que não se analise no plano prático o dolo de usar e o dolo de traficar, logo, na prática se for jovem, pobre, negro e analfabeto portando drogas para o consumo próprio o crime interpretado (erroneamente) pelas autoridades é tráfico de drogas. No plano teórico a diferenciação apesar de confusa na lei gira em torno o dolo do agente, porém na prática isso nem sempre ou quase nunca é respeitado. Há uma respeitável corrente jurídica que defende a inconstitucionalidade do artigo 28 da Lei de Drogas, porém até hoje o STF ainda não julgou tal matéria. Com relação ao Abolicionismo Penal, Oliveira e Ribeiro (2016, p. 154) trata que:

Logo, ainda temos que aprofundar a crítica que fundamenta tais práticas tornando-as mais eficientes de forma a contestar radicalmente os pressupostos do paradigma proibicionista. Neste sentido nos posmos ao lado de posturas abolicionistas penais em termos de política de drogas e defendemos a completa abolição do controle penal sobre drogas e sua substituição por mecanismos regulatórios mais humanos, postulando assim a legalização e a regulamentação da produção, do comércio e do consumo de drogas.

A tese adotada pelos aludidos autores é o Abolicionismo Penal “em termos de política de drogas e defendemos a completa abolição do controle penal sobre drogas e sua substituição por mecanismos regulatórios mais humanos”, logo, para os autores acima já está mais que na hora de legalizar e regulamentar a plantação, a produção, o comércio e o consumo da maconha (medicinal, científica e recreativa).

4.2 A ATUAÇÃO DA LIGA CANÁBICA PARAIBANA

A entrevista foi realizada na UFPB – Universidade Federal da Paraíba, campus João Pessoa-PB, no dia 11 de maio de 2018, por volta das 17 horas. Foram duas pessoas entrevistadas: uma integrante da Liga Canábica Paraibana e um integrante da Liga Canábica Paraibana. Ambos são usuários de *Cannabis* Terapêutica: a primeira no tratamento de um câncer e o segundo no tratamento de uma depressão. Os dois têm um filho menor de idade, Pedro, que faz uso da *Cannabis* para tratar as convulsões.

4.2.1 Nome da Liga Canábica Paraibana no Estatuto

A “Liga Canábica Paraibana” é conhecida popularmente por esse nome, porém ela tem outro nome no Estatuto de criação, qual seja: “Liga Paraibana em defesa da *Cannabis* Medicinal”. Já se vem pensando em mudar o nome no Estatuto da Liga para se adequar ao nome popular. Aquela expressão (Liga Canábica Paraibana) significa a união de pessoas paraibanas (sem excluir a de outros Estados e até de outros países) unidas para um determinado fim: lutar pelo uso da *Cannabis* para fins terapêuticos.

4.2.2 Diferença entre Uso Medicinal da *Cannabis* e Uso Terapêutico da *Cannabis*

Atualmente, é possível fazer uma diferença entre o uso da *Cannabis* para fins medicinais e para fins terapêuticos. Porém, há quem defenda que as expressões podem ser usadas como sinônimos. Para o entrevistado, o uso da *Cannabis* Terapêutica:

amplia as possibilidades de uso da *Cannabis*, porque quando fala em terapêutica a gente está falando naquele conceito da Organização Mundial de Saúde que não é só a ausência de sintomas, mas é um estado de bem-estar geral, bio-psíquico-social, então, tem a ver com toda essa questão que a gente chama de terapêutico, é mais amplo, não é uma coisa só apresentando a doença e sintoma, mas muitas vezes é a ansiedade, é o bem-estar social, é tudo.

E a entrevistada concorda com essa diferença. Como se pode notar, o entrevistado apresenta uma diferença entre o uso medicinal da *Cannabis* e o uso terapêutico dela. Para ele, este é mais amplo e visa o bem-estar social. Portanto, o entrevistado e a entrevistada

defendem o uso terapêutico da *Cannabis* no Brasil. Todavia, há pessoas que entendem que as duas expressões são sinônimas, tendo em vista que ambas visam garantir o direito humano à vida e à saúde dos sujeitos de direitos.

O estudo sobre os conceitos enriquece o diálogo sobre determinado instituto. A divergência com as definições não acontece só entre o uso terapêutico e o uso medicinal da *Cannabis*, tendo em vista que, até hoje, há autores que entendem que os Direitos Humanos são diferentes de Direitos Fundamentais (como há quem entenda que esses são sinônimos). O que não pode acontecer é não efetivar o direito humano à saúde pelo uso da *Cannabis* por questões conceituais. Em outras palavras, na prática, o que as pessoas vulneráveis querem é a concretização do direito humano à saúde e do direito humano à vida no Estado Democrático de Direito.

4.2.3 O que vem a ser a Liga Canábica Paraibana

A Liga Canábica Paraibana é uma instituição privada sem fins lucrativos, compostas por usuário ou não usuário de *Cannabis* Terapêutica. A entrevistada a define como sendo: “uma associação sem fins lucrativos, que reúne pacientes e não pacientes, que luta pelo acesso à *Cannabis* Terapêutica”. O entrevistado concorda com essa definição. Dessa forma, a Liga Canábica Paraibana é uma entidade privada, mais precisamente uma associação, que não visa lucro e que defende como causa o acesso à *Cannabis* Terapêutica para todos que precisem.

4.2.4 Os Objetivos da Liga Canábica Paraibana

Saber os objetivos da Liga Canábica Paraibana é interessante para conhecer os fins dela. A entrevistada trata sobre os objetivos da Liga Canábica Paraibana, esta busca: “fomentar a criação de políticas públicas; estimular o auto-cultivo e o cultivo por associações; criar uma cultura de acolhimento; derrubar os preconceitos que foram criados ao longo de tanto tempo com relação à maconha”.

Há uma necessidade de criação de políticas públicas que contribua para garantir o mínimo existencial dos sujeitos de direitos humanos. Não se pode pensar diferente quando falar em utilização terapêutica da *Cannabis*. Nesse sentido, deve haver a formação de políticas públicas que promova o uso da maconha para fins terapêuticos. Essa criação/formação deve ser feita democraticamente, com diálogo e com cooperação entre todos os atores sociais que lutam pela regulamentação da *Cannabis* Terapêutica.

O auto-cultivo e o cultivo por associações devem ser vistos como práticas fraternas, tendo em vista que pessoas estão produzindo remédios derivados da *Cannabis*, sem fins lucrativos, com vista em garantir o direito humano à saúde e o direito humano à vida. Essa ação solidária deve ser estimulada, porque garante a dignidade da pessoa humana ao promover uma qualidade de vida para os necessitados e não há um tratamento das pessoas como mercadoria.

A criação de uma cultura de acolhimento é necessária, visto que as pessoas vulneráveis precisam usar medicinalmente/terapeuticamente a *Cannabis* para garantir o direito à vida e o direito à saúde, no Estado (Social) Democrático de Direito. Esse uso deve ser promovido sem qualquer tipo de exclusão social. As pessoas que usam a *Cannabis* para fins terapêuticos/medicinais devem ser acolhidas pela coletividade com palavras de conforto, com amor ao próximo, com informações e com o respeito aos Direitos Humanos.

Já passou da hora de derrubar os preconceitos que foram criados ao longo de tanto tempo quanto ao uso da maconha. A *Cannabis* é uma planta que possui propriedade terapêutica e que ajuda a garantir do direito humano à vida e do direito humano à saúde. A utilização dessa planta é milenar e o proibicionismo do uso dela aconteceu com fundamento em inverdades. A maconha não é uma “droga maldita”. A *Cannabis* não é a “porta de entrada para outras drogas”. “Ela não contribui para a criminalidade”. “Ela não ajuda na promoção da violência”. Então, o que o uso dela para fins terapêuticos faz? Salva vidas humanas e promove uma saúde de qualidade para as pessoas.

Para o entrevistado: “o objetivo da Liga é trabalhar no sentido de construir políticas públicas que realizem os objetivos apresentados pela entrevistada”. Nesse sentido, o entrevistado alude que os objetivos da Liga são garantir:

o retorno aos usos tradicionais; o acesso universal a planta respeitando o direito de escolha do paciente e por isso a gente defende o cultivo doméstico para tratar as diversas enfermidades; de se ter políticas públicas, principalmente, a partir do Estado, das Universidades Públicas, das instituições públicas de pesquisas para fazer frente às investidas das indústrias farmacêuticas e das grandes empresas de *Cannabis*.

O uso tradicional da *Cannabis* consiste no uso: sem proibição, sem preconceito, sem categorização e sem exclusão social. Essa planta deve ser acessível a todos que precisem usar. O paciente que escolher utilizá-la deve ter esse direito garantido pelo Estado e pelo povo. O cultivo doméstico é uma importante opção para a promoção do acesso universal dessa planta.

No Estado Social brasileiro é um direito de todos os sujeitos de direitos humanos que haja políticas públicas que garanta: o direito humano à vida e o direito humano à saúde.

O entrevistado resume os objetivos da Liga Canábica Paraibana como sendo: “universalizar o uso de *Cannabis* Terapêutica e dar o acesso de *Cannabis* para todos, principalmente, para os vulneráveis socioeconomicamente”. Essa Associação sem fins lucrativos luta por um acesso à *Cannabis* para fins terapêutico para todos, sem preconceito, sem discriminação, sem criminalização e sem exclusão social. As pessoas devem saber que há uma planta – maconha, como é popularmente conhecida - que pode ser utilizada para tratar as mais variadas doenças e que se houver regulamentação nesse sentido, pode até ser plantada em casa.

4.2.5 Uso Tradicional da *Cannabis*

Inicialmente, o entrevistado afirma que a garantia do “uso tradicional da *Cannabis*” é um dos objetivos da Liga. Para ele, a Liga busca: “o retorno ao uso antes da proibição, que era o uso que não categorizava a planta, por exemplo, não havia essa categorização entre uso recreativo, uso medicinal, uso social, uso religioso”. Com relação ao uso antes da proibição, o entrevistado descreve que:

o uso tradicional era uma relação dessa comunidade com a planta, que era uma relação que envolvia toda a comunidade e hora se expressava através de uma experiência com a erva medicinal, hora se expressava através de um ritual religioso, usando a erva como possibilidade para realizar o ritual religioso, hora se expressava por uma experiência celebrativa dentro da comunidade.

Antes da incoerente proibição, o que havia era o uso da *Cannabis* sem categorização e sem sanções penais. As pessoas, por meio da autonomia de vontade e consciência do benefício dessa planta para a saúde humana, a usava para os mais variados fins: terapêutico, medicinal, religioso, festivo, medicamento, mercadoria, recreativo, etc., sem fazer categorização. A sociedade não conhecia o caráter demoníaco da maconha, pelo contrário, ela era bem vista pela comunidade. Como já mencionado no texto, foi por meio da infundada proibição que a maconha ficou malvista pela sociedade e as pessoas deixaram de usar com medo das sanções penais. Atualmente, há uma luta pela regulamentação do uso da *Cannabis* Terapêutica no Brasil e há uma tese no sentido de retornar ao uso tradicional dela.

4.2.6 Ingresso na Liga Canábica Paraibana

As pessoas buscam a Liga Canábica Paraibana por saber que ela luta para que haja o uso da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos no Brasil, bem como os integrantes dela conhecem os procedimentos para que seja possível esse uso. Para o entrevistado,

normalmente, antes mesmo de fazer qualquer entrada na Liga Canábica formal, preencher uma ficha de sócio, as pessoas participam do evento da Liga Canábica Paraibana, tem contato com os membros da Liga, participam de reuniões da Liga, e elas se envolvem, primeiramente. É uma característica própria da Liga a pessoa primeiro se envolve e depois ela formaliza esse envolvimento: ela primeiro faz a opção de estar na Liga, de contribuir, de estar junto, vai lá compartilhar com a gente a sua dor, a sua dificuldade. Primeiro ela se envolve com a Liga e depois vem a formalização disso com o preenchimento da ficha de sócio, mas esta (formalização) é uma consequência do relacionamento que já existe entre a Liga e essa pessoa.

Como se pode ver, uma pessoa que tenha interesse em conhecer a atuação da Liga Canábica Paraibana, inicialmente, entra em contato e participa de alguma atividade, depois, como consequência, após ter estabelecido um relacionamento, ela passa a ser sócia da associação com o preenchimento da Ficha de Cadastro de Associado. Geralmente, as reuniões e os eventos da Liga são abertos para quem desejar participar. A entrevistada descreve que:

Há uma Ficha de Cadastro de Associado da Liga Canábica Paraibana e depois que a pessoa manifesta interesse, ela a preenche com seus dados pessoais, coloca um valor de contribuição que pode dar e coloca que tipo de contribuição (trabalho) ela pode fazer. Na ficha há três valores sugeridos de 20 reais, de 35 ou 50 reais por mês, podendo haver outro valor.

A formalização para ser integrante da Liga Canábica Paraibana se dá com o preenchimento com dados pessoais da Ficha de Cadastro de Associado, devendo dizer um valor que pode contribuir, não há apenas uma única opção, pode ser um valor menor que 20 reais, como pode ser um valor maior que 50 reais, e um trabalho que pode exercer para com o desenvolvimento da Liga. O importante para a Liga é a sua participação nas atividades, na causa, e não só a contribuição financeira. Não há distinção de membros por questão econômica ou social. Todos os integrantes da Liga Canábica Paraibana são tratados com igualdade e têm os mesmos direitos (voz, voto, decisão, etc.).

4.2.7 Funcionamento da Liga Canábica Paraibana

O funcionamento da Liga Canábica Paraibana está embasado em valores. Para o entrevistado, esses são: “relacionamento” (acolhimento e compartilhamento de informações, de experiências e de dores), “pluralidade” (diversidade dos integrantes nos mais variados aspectos como religião, financeira, social, filosófica, etc.), “horizontalidade” (decisões tomadas por todos, decisão coletiva, sem exclusão). Os integrantes da Liga se unem por sentimentos e por valores na busca de viver em um lugar que respeita os Direitos Humanos e que promova o direito à vida e o direito à saúde, de forma digna. Com relação ao funcionamento, a entrevistada relata que:

Há uma reunião mensal aberta a todas as pessoas que tenham interesses de conhecer, podendo ser usuário ou não da maconha para fins terapêuticos, militantes ou não, em toda a primeira quarta-feira do mês, em que se conversa sobre a Liga, sobre o movimento e sobre o uso terapêutico da maconha. Há uma reunião fechada mensal por membros de comissões (jurídica, de cultivo, de eventos, secretária, finanças, etc.) para organizar as atividades da Liga Canábica Paraibana. Há trabalho de orientação e de acolhimento dos pacientes de todo o canto do Brasil que tem a necessidade de usar a maconha para fins terapêuticos. Há atividade com diálogo com a comunidade sobre esse uso em Universidades, Escolas, Eventos e etc. Há uma atuação com vista em criar uma cultura de acolhimento, de desmistificar e quebrar preconceitos sobre o uso da maconha para fins terapêuticos. Há uma ação para desfazer o que o proibicionismo implantou equivocadamente.

Uma vez por mês os integrantes da Liga Canábica Paraibana se reúnem na primeira quarta-feira do mês para tratar sobre a Liga, o movimento e o uso terapêutico da *Cannabis*. Geralmente, a reunião acontece na casa do Presidente da Liga ou na casa da Vice-Presidente da Liga. Toda e qualquer pessoa que deseja conhecer a Liga é só ir para essa reunião e conversar com os membros dela. O visitante terá direito de falar e de ser ouvido, ou seja, quem for para reunião pode compartilhar sua dor e sua experiência. Quem precisar da Liga deve entrar em contato com algum integrante. A Liga faz um trabalho de orientação e acolhimento de quem precisa usar *Cannabis* para fins terapêuticos.

A reunião fechada com os integrantes da Liga Canábica Paraibana acontece com o intuito de organizar as atividades que a Liga realiza e/ou que ela participa. Se a Liga for convidada para participar de algum evento, ela vai e leva alguns integrantes para dialogar sobre o uso terapêutico da maconha. Os membros da Liga Canábica Paraibana dialogam sobre esse uso dentro da Paraíba e fora dela, em outro Estado, em todo o Brasil. A Liga Canábica

Paraibana já conversou com a comunidade sobre a utilização da *Cannabis* para fins terapêuticos em Universidades, Escolas, Congressos, Assembleia Legislativa, Câmara Municipal, reunião com pequenos grupos de pessoas, etc.

A Liga Canábica Paraibana vem lutando para que haja uma mudança cultural com relação ao uso terapêutico da *Cannabis* no Brasil. O proibicionismo no nosso país com relação ao uso da maconha foi construído com base em teses infundadas, sem qualquer conteúdo científico, logo, a maconha não era para ser proibida e essa proibição precisa ser desconstruída para as pessoas. A coletividade precisa entender que quem usa terapeuticamente a *Cannabis* precisa ser acolhido e tratado. Ninguém pode abandonar ou excluir da vida em sociedade um “maconheiro”. Não há que se falar em criminalização do uso da *Cannabis* para fins terapêuticos à luz dos Direitos Humanos, tendo em vista que as pessoas estão usando essa planta para garantir uma digna qualidade de vida. Não há o intuito de violar a norma penal no sentido de traficar ou contribuir para o tráfico ilícito de drogas. A entrevistada complementa descrevendo que:

A Liga atua na cobrança ao Poder Público para com a implantação de políticas públicas quanto a esse uso no Brasil. A Liga faz parcerias com universidades, com instituições privadas e com pessoas para lutar por esse uso no Brasil de forma digna. A Liga faz convênios e termo de cooperação. A Liga está tentando viabilizar algumas atividades com o Governo do Estado da Paraíba e com a Prefeitura Municipal de João Pessoa-PB. Já houve Audiências Públicas na Câmara de Vereadores e Assembleias Legislativa. O pensamento da Liga não é apresentar o problema ao Poder Público e esperar que o poder público resolva, a Liga quer propor soluções e caminhar juntos. A Liga apresenta o problema e sugere uma solução.

Um problema social necessita de políticas públicas para ser solucionado. O Brasil, precisa de políticas públicas que tratem do uso da *Cannabis* para fins terapêuticos. O problema no Brasil é a morosidade, burocrática e o alto custo para importar um medicamento derivado da *Cannabis*. A Liga Canábica Paraibana sugere e luta para que a plantação, a produção e o uso de remédio derivado da maconha aconteça aqui no Brasil por familiares, por grupo de pessoas, por associações sem fins lucrativos e por ONGs. O Poder Público precisa incentivar a pesquisa e a produção de remédios feitos no Brasil com vista em promover o direito à vida e o direito à saúde, sem causar danos ao erário público. Não é viável que o SUS promova o acesso a medicamento de alto valor produzido pela indústria farmacêutica com maconha, tendo uma outra alternativa.

A Liga Canábica Paraibana detém parceiros com a intenção de lutar e modificar a realidade. Toda e qualquer pessoa que queira integrar a Liga e lutar está convidada. Os

agentes públicos e os órgãos públicos precisam entrar nessa luta. Os três Poderes, universidades, instituições privadas, particulares, etc. não podem ficar de fora desse movimento que propõe promover a efetividade do direito humano à saúde para as pessoas vulneráveis. A Liga quer contribuir com a construção de um lugar melhor, sem preconceito, sem discriminação, sem criminalização, sem burocracia, sem as pessoas seres tratadas como mercadorias.

A Liga Canábica Paraibana vai dialogar sobre o uso terapêutico da *Cannabis* nos mais variados lugares. O entrevistado informa que: “a Liga vai em universidades, igrejas, onde for chamada a Liga vai para dialogar sobre o uso terapêutico da *Cannabis*”. Não se exclui um local onde se necessita falar sobre o tema Maconha Terapêutica, por isso os membros da Liga vão tratar sobre esse assunto em diversos locais, como universidades, escolas, reuniões particulares, igrejas, eventos acadêmicos, entre outros.

4.2.8 Liga Canábica Paraibana como Movimento Social

Diante da atuação humanização da Liga Canábica Paraibana e da luta por mudança de um sistema brasileiro violadores de Direitos Humanos, a Liga pode ser entendida como um movimento social, que tem uma luta social e que tem agentes sociais. O entrevistado entende que a Liga Canábica Paraibana é:

um movimento social, comprometida com os mais vulneráveis economicamente, comprometida com valores que privilegiem o humano e o sintoma, que privilegie uma relação de parceria e não uma relação de hierarquia, de subserviência, então, há todo um conteúdo na Liga que ajuda a ir mudando a forma como as pessoas vêm o uso da maconha para fins terapêuticos e a forma como as pessoas vêm a atuação da Liga na sociedade.

A Liga Canábica Paraibana é um movimento social composto por atores sociais, integrantes da Liga; que têm uma causa social, lutar pela regulamentação do uso da *Cannabis* para fins terapêuticos no Brasil; que combate os conflitos sociais, o proibicionismo, o preconceito e a desigualdade; que deseja mudar o sistema jurídico-político vigente, sistema que não trata o uso das drogas como uma questão de saúde pública; que almeja efetivar os direitos humanos/fundamentais/sociais à saúde e à vida. A Liga deve ser vista por todos como uma parceira na luta por uma sociedade humanizada.

As pessoas precisam conhecer, refletir e criticar o sistema jurídico-político que trata sobre o uso das Drogas no Brasil. O olhar sobre o uso da maconha deve ser mudado com vista

em humanizar a forma como se vê essa planta e incluir o uso dela para as pessoas que precisam: pacientes, doentes e enfermos. Ser “maconheira” é uma necessidade, tendo em vista que há doenças que são tratadas com o uso da maconha. O foco é o ser humano e o bem-estar dele e não ganhar dinheiro ou discriminar pessoas.

4.2.9 Parceiros da Liga Canábica Paraibana

Fazer parcerias para contribuir com a luta é uma excelente alternativa e isso não muda quando o assunto é efetivar o direito humano à saúde. Para o entrevistado, a Liga Canábica Paraibana tem parceiros que reconhecem a legitimidade da luta pelo uso da *Cannabis* Terapêutica, tais como: “UFPB”; “Ministério Público Federal”; “Defensoria Pública da União”; “ADUFPB-JP (Associação dos Docentes da Universidade Federal da Paraíba – Seção João Pessoa-PB)”; “advogados”; “professores”; “médicos”; “pesquisadores”; etc. Com relação à produção científica e a difusão do conhecimento, para o entrevistado, “a Universidade Federal da Paraíba já tem uma Linha de Pesquisa em *Cannabis* Terapêutica, já tem um Grupo de Pesquisa, já tem Grupo de Extensão, já tem a possibilidade de disciplina optativa em *Cannabis* Terapêutica para diversos cursos na UFPB”.

Há uma relação respeitável entre ativistas do uso terapêutico da *Cannabis* na Paraíba, composta por usuário e não usuário, que vêm estudando sobre essa utilização. O entrevistado alude que: “a professora Katy coordena um relevante estudo sobre a *Cannabis* Terapêutica na UFPB e ela (a professora Katy) integra a Liga”. Tanto o entrevistado quanto a entrevistada usam o óleo derivado da *Cannabis* feito pela ABRACE. O filho dos entrevistados usa remédio realizado pela ABRACE. Alguns membros da Liga usam óleo produzido pela ABRACE. A professora Katy acompanha alguns pacientes que usam o remédio feito pela ABRACE.

É necessário fazer parcerias para expandir o movimento e concretizar os Direitos Humanos. Conforme o entrevistado apresenta, a Liga vem tentando fazer parcerias com a “Secretária de Saúde”, com a “Secretária de Desenvolvimento Social”, com o “Instituto Nacional do Semiárido”, com o “EMEPA (Empresa Estadual de Pesquisa Agropecuária da Paraíba S. A.)”, com o “Poder Judiciário Estadual”, com o “Poder Legislativo”, com o “Poder Executivo”, etc. com vista em efetivar o direito humano à saúde pelo uso terapêutico da *Cannabis*.

A qualificação profissional é uma alternativa para promover o estudo sobre o uso terapêutico da *Cannabis* e melhorar a qualidade do atendimento as pessoas vulneráveis. O

entrevistado fala que a Liga: “vem buscando os profissionais da área da saúde, propondo eventos, para trazer para esses profissionais, uma formação adequada quando se deparar com algum caso que seja viável o olhar e o uso da *Cannabis* Terapêutica”. A Liga tem um foco que é humanizar e informar os profissionais da área da saúde sobre o uso terapêutico da *Cannabis* para que haja um atendimento humanizado das pessoas que necessitam usá-la no Brasil.

4.2.10 Origem da Liga Canábica Paraibana

Uma luta nasce por alguma causa. Saber sobre esta é interessante para conhecer a origem, tendo em vista que o motivo de se criar algo deve ser estudado. Para o entrevistado, a origem da Liga Canábica Paraibana se deu pela: “luta dos pais e mães, a angústia de pessoas”. Nesse sentido, “foi pela dor em ver filhos convulsionando, sem ter alternativa, correndo o risco de ter mais danos cerebrais, não ter qualidade de vida e até de falecer, e pelo amor aos filhos, aos parentes, aos amigos e aos colegas que a Liga foi criada”. O Entrevistado apresenta que: “é pelo amor que a gente tem uma visão ampliada, pois não é só o meu filho, é o filho do outro que também precisa. O amor que eu dedico ao meu filho é o mesmo amor que eu dedico a sociedade”. Ele completa: “é o amor que faz com que a gente lute contra a indústria farmacêutica, que tira a visão da pessoa e bota a visão do lucro, do mercado, do consumo”; “é o amor que a Liga tem um zelo com o bem público, pois ela não quer que ‘roubem’ o SUS, ele não quer que o SUS compre medicamento de 2.500,00 reais e distribua para as pessoas”. A entrevistada relata que:

Foi da necessidade de tratar o seu filho, Pedro, que tinha uma média de 30 a 40 convulsões por dia e nenhum remédio resolvia, mesmo tomando 5 anti-convulsivantes. Por pesquisas realizadas viam uma opção para tratar o seu filho com maconha, mas não havia apoio dos médicos e nem de ninguém da época. Mesmo assim resolvemos importar um remédio com maconha para o Brasil e olhamos para o lado e vimos que tinham outras pessoas fazendo o mesmo. Resolveram fazer essa importação juntos com outras famílias e procuraram o Ministério Público Federal por entender que é questão de saúde pública.

Para o entrevistado, “a Liga, hoje, é um movimento social que está contribuindo para mudar paradigma, mudar o jeito de pensar, para diminuir o preconceito, para garantir saúde para as pessoas, para garantir a tolerância e o respeito aos diferentes”. Ele diz ainda que: “a Liga já tem uma incidência maior que a prevista”. Nesse sentido, a Liga, hoje, já ultrapassou

as expectativas, inicialmente, criadas. O entrevistado alude que: “o motivo de criação da Liga, hoje, é contribuir com uma sociedade mais justa, mais fraterna, na qual as pessoas tenham acesso à *Cannabis*, ao acolhimento, acesso à uma relação mais parceira; aos mesmos direitos, como direito à saúde, direito à vida, etc.”. A entrevistada descreve que:

Em 2014, começou-se a busca por um tratamento alternativo para garantir à vida e à saúde das pessoas vulneráveis; em maio de 2014, já começou a usar maconha para fins terapêuticos; em agosto de 2014, houve a concessão de uma liminar judicial em favor da Liga para importar remédio derivado de *Cannabis*, sem autorização da ANVISA (pois, para obter autorização pela ANVISA para importar remédio/medicamento derivado da *Cannabis* era necessário um médico prescrever e não havia nenhuma que fizesse isso, entre outros requisitos); o Ministério Público Federal entrou com uma Ação Civil Pública com vista a garantir o direito de importar remédio derivado da *Cannabis* para 16 pacientes integrantes da Liga Canábica Paraibana; a criação da Associação sem fins lucrativos aconteceu em setembro de 2015 com uma Assembleia de Fundamentação da Liga Canábica Paraibana.

Para o entrevistado, “primeiro veio a experiência e depois veio a formalização da Liga: primeiro fez o movimento, foi descobrindo caminho e foi adquirindo experiências, para depois, formalizar a Liga Canábica Paraibana”.

4.2.11 Sistema de Decisão da Liga Canábica Paraibana

A Liga Canábica Paraibana é uma associação regida pelo Presidencialismo, pois há um presidente e uma vice-presidente. Porém, as decisões são tomadas pela coletividade: sistema de um colegiado. Para o entrevistado:

A ideia é trabalhar no Estatuto para as decisões da liga ser o mais coletivo possível. No lugar de ser uma Associação regida pelo presidencialismo, ela vai ser uma Associação que trabalha com o sistema de colegiado. É o colegiado quem decide. Na prática, as decisões são tomadas pelo coletivo, logo, na prática já se adota o sistema do colegiado. Só precisa mudar o Estatuto, que ainda é presidencialista.

Os integrantes da Liga Canábica Paraibana se reúnem para discutir e votar sobre determinado assunto que a envolve. Não há decisão autoritária ou unilateral pelo presidente da associação. Todos entram em um consenso sobre o que é melhor para a Liga e para a causa. A participação de todos é observada e todos tem direito à voz e ao voto. Então, a Liga adotada na prática o sistema do colegiado, em que se respeita o diálogo e a opinião de todos os integrantes.

4.2.12 Conquistas da Liga Canábica Paraibana

Ao longo dos anos já houve um progresso quanto ao uso da *Cannabis* para fins terapêuticos no Brasil, todavia a luta continua para com a efetividade do direito humano à saúde. Para o entrevistado, as conquistas da Liga Canábica Paraibana foram:

Apoio social forte na Paraíba; a gente conseguiu conquistar um espaço na mídia e nas redes sociais; a gente conseguiu entrar na academia com pesquisa científica em várias áreas do conhecimento que envolve o estudo sobre a *Cannabis*; ganhar espalho em âmbito nacional; a gente conseguiu ganhar espaço no Poder Legislativo Federal (Senado Federal), Estadual (Paraíba) e Municipal (João Pessoa-PB); a Liga já possui credibilidade com os pacientes; atuação jurídica respeitável com o Ministério Público Federal, Defensoria Pública Federal, advogados e Poder Judiciário; a Liga obteve judicialmente o direito de importar medicamento/remédio derivado da *Cannabis* sem autorização da ANVISA; a Liga vem ganhando espaço no Executivo Estadual (Paraíba) e Municipal (João Pessoa-PB); a Liga vem conquistando espaços com outros movimentos sociais como anti-proibicionistas, macha da maconha, grupos de Direitos Humanos, etc.; vários artistas da terra desde o início vem colocando seus talentos a disposição da Liga; há empreendedores que vem ajudando a Liga; há vários profissionais das mais variadas áreas que integram a Liga; a Comissão de Direitos Humanos da OAB de João Pessoa-PB ouviu e dialogou com a Liga; entre outras conquistas.

A Liga Canábica Paraibana vem ganhando espaço e apoio pelas pessoas, por instituições, na mídia, nas redes sociais e até mesmo no Poder Público. Grande parte da coletividade paraibana já conhece e apoia a Liga Canábica Paraibana, por entender que a causa é nobre e que toda e qualquer pessoa pode precisar usar a maconha para fins terapêuticos ao longo da vida. A Liga dialoga com toda e qualquer pessoa nos mais variados lugares e momentos.

A UFPB vem pesquisando sobre a *Cannabis* Terapêutica em várias áreas de conhecimento: na Pós-Graduação em Direitos Humanos; no Curso de Graduação em Direito; no Curso de medicina, etc. Não podemos esquecer que já há um projeto de extensão e de pesquisa que estuda sobre essa temática e é coordenado pela professora do curso de medicina e integrante da Liga: Katy. É possível visualizar um diálogo nacional sobre o uso da *Cannabis* Terapêutico. Há pessoas de vários Estado do Brasil, formadas ou não, usuárias ou não, que conversam e participam de eventos acadêmicos que tratam sobre esse uso. Há um médico que estuda os efeitos da *Cannabis* para fins medicinais há décadas com produção científica nacional e internacional: Doutor Elisaldo Carlini.

O Poder Legislativo já detém projetos de Leis que tratam sobre a regulamentação do uso da *Cannabis* no Brasil, como visto, e o projeto aprovado deve respeitar os Direitos Humanos e deve estar de acordo com as necessidades sociais. A Liga Canábica Paraibana já foi dialogar com os políticos brasileiros em âmbito Federal, Estadual e Municipal. O Poder Executivo já conhece a causa, logo, deve, em parceria com a Liga Canábica Paraibana, promover políticas públicas que contribuam com a promoção do direito à saúde e do direito à vida. O Poder Judiciário já foi acionado várias vezes, como demonstrado, então, é necessário criar um precedente judiciário para com a efetividade do direito humano à saúde pelo uso da maconha medicinal/terapêutica. A ANVISA deve atuar com vista em promover qualidade de vida para as pessoas e não em beneficiar uma classe.

Os outros movimentos sociais no Brasil vêm ajudando a Liga Canábica Paraibana ao unir com esta na luta por uma sociedade digna, justa e solidária. Vários artistas paraibanos vêm contribuindo com a causa e abrindo espaços para uma mudança cultural. Há empreendedores que recebem a Liga Canábica Paraibana para conversar e para promover eventos que trata sobre o uso terapêutico da *Cannabis*. Há profissionais como professores, pesquisadores, servidores públicos, advogados, etc. que vem se unindo à Liga Canábica Paraibana na luta rumo ao progresso social.

A Liga Canábica Paraibana já conseguiu mostrar para a sociedade o problema social e a causa social. Ela vem buscando resolver esse problema de forma democrática e com a cooperação de todos. Não se pode ficar escondido diante de uma necessidade de efetivar o direito humano à vida e o direito humano à saúde. Sem uma qualidade de vida não há uma possibilidade de estudar, nem de exercer a cidadania, nem de se preparar para o trabalho, nem de trabalhar, nem de viver e nem de ser feliz. Ter um mínimo existencial (ter uma vida digna, ter uma saúde de qualidade, etc.) é o primeiro passo para começar o desenvolvimento social, profissional e pessoal, na vida em sociedade.

4.2.13 Pretensões da Liga Canábica Paraibana

A Liga Canábica Paraibana quer continuar o seu trabalho da melhor maneira possível e com foco no respeito aos sujeitos de direitos humanos. O entrevistado alude que são pretensões da Liga Canábica Paraibana:

Inicialmente, a gente quer ter um espaço físico (local próprio) de diálogo com a coletividade sobre o uso terapêutico da *Cannabis*; que a gente consiga

junto com o Poder Público criar um Centro de Referência em estudos, pesquisas e atendimentos em *Cannabis* Terapêutica; tornar a Paraíba uma referência em estudos agronômicos da planta, a gente ter pessoas estudando sobre a planta *Cannabis* (potencial terapêutico da planta, estudar as características da planta, etc.); desenvolver um bando genético em *Cannabis*; práticas integrativas pelo SUS para as pessoas que precisam usar a maconha terapêutica; que a UFPB por si só tenha produção de *Cannabis* Terapêutica; que o SUS possa ter Farmácias Vivas especializadas em *Cannabis* Terapêutica; que haja uma regulamentação sobre o uso, a plantação, o cultivo e distribuição de remédio derivado da *Cannabis* no Brasil feitos por associações sem fins lucrativos; que haja uma regulamentação do cultivo doméstico da *Cannabis* Terapêutica no Brasil; que haja uma regulamentação do cultivo por grupos de pessoas vulneráveis (doentes); popularizar o uso da *Cannabis* Terapêutica no Brasil por todos que precisarem, sem burocracia e sem criminalização; retornar ao uso tradicional da *Cannabis* Terapêutico no Brasil.

A Liga Canábica Paraibana precisa de um local, sede, para fazer reuniões e eventos, bem como para ser facilmente encontrado por aqueles que precisarem de acolhimento e informação. É necessário que seja criado um “Centro de Referência em estudos, pesquisas e atendimentos em *Cannabis* Terapêutica” na Paraíba e nos outros Estados. O Estudo sobre o uso terapêutico da maconha deve ser feito de forma abrangente e interdisciplinar. Os pesquisadores das várias áreas do conhecimento devem se unir e dialogar com vista no desenvolvimento da pesquisa científica sobre a *Cannabis* Terapêutica.

O SUS deve promover o uso da maconha para os seus pacientes sem precisar comprar medicamentos caros. A alternativa é fazer com que a população contribua com o SUS na promoção da saúde humana digna. Deve haver uma regulamentação para que seja possível pessoas plantar *Cannabis* e produzir remédios derivados dela com responsabilidade, com supervisão de profissional competente e com fiscalização Estatal no Brasil.

A regulamentação do uso terapêutico da *Cannabis* deve incluir todas as pessoas. O que deve ser feito é o retorno ao uso tradicional. A indústria farmacêutica deve ser tratada como um ator subsidiário. Primeiro, a população deve ter o direito de plantar e usar a maconha para fins terapêuticos. Em seguida, associações sem fins lucrativos e ONGs devem ser incentivadas a fazer isso. Por último, a indústria farmacêutica deve promover a disponibilidade de medicamentos derivado da *Cannabis* de qualidade com um preço razoável e proporcional.

4.2.14 Legalização Geral do Uso da Maconha?

Apesar de esse assunto, Legalização geral do uso da maconha, não ser foco do trabalho, é necessário tratá-lo, porque é um dos temas mais polêmicos da atualidade. A Liga Canábica Paraibana defende o uso tradicional da Maconha antes da indevida proibição, ou seja, ela defende o uso da maconha sem categorização, sem criminalização e sem exclusão social. Para o entrevistado o que a Liga Canábica Paraibana defende é o: “retorno ao uso tradicional da *Cannabis* no Brasil”. Nesse sentido, ele complementa:

Quando a gente fala em uso tradicional da *Cannabis*, fala-se no uso antes da proibição, sem categorizar uso medicinal, recreativo, etc. É o uso da população com a planta. É resgatar a relação da comunidade com a planta *Cannabis* antes da proibição. Quando se faz esse resgate, inclui, uso terapêutico, uso recreativo, uso social, uso celebrativo, uso religioso, etc. com vista em obter uma saúde plena. Por exemplo: uma pessoa que tem ansiedade pode usar terapêuticamente a maconha, sem criminalização, sem burocracia e sem exclusão social. A Liga Canábica Paraibana é contra o uso da maconha via tráfico.

Segundo o entrevistado, “deve-se conviver bem com a ciência, a medicina e o saber popular, sem hierarquia. O saber popular não deve ser visto como algo menor, sem credibilidade. Deve fazer uma parceria entre a ciência, a medicina e o saber popular com vista na melhoria da saúde humana”. Como visto, a descriminalização do uso da *Cannabis* deve acontecer, tendo em vista que o proibicionismo dessa planta não detém embasamento científico: Dr. Pernambuco dizendo que a maconha é mais prejudicial que o ópio não se embasou na ciência nem no saber popular. O saber popular deve ser valorizado no Brasil. As pessoas devem voltar a usar a *Cannabis* para fins terapêuticos de forma tradicional. O que deve ser reprimido é o tráfico ilícito de maconha, pois os traficantes não podem usar uma planta, que tem efeitos terapêuticos, para contribuir com a criminalidade e com a organização criminosas.

4.2.15 O Uso Terapêutico da *Cannabis* é Proibido no Brasil?

A Lei de Drogas faz uma ressalva no artigo 2º, parágrafo único, da Lei 11.343 de 2006 quanto ao uso medicinal da maconha no Brasil. A entrevistada dispõe que: “o uso terapêutico da maconha no Brasil não é proibido, o que falta é uma regulamentação desse uso. Porém, é tão difícil a autorização para usá-la que acaba gerando a impressão para as pessoas que esse

uso é proibido”. Ela ainda relata que: “receber uma autorização para usar ou estudar a *Cannabis* é muito burocrático e moroso”. Deve haver uma regulamentação do uso terapêutico da *Cannabis* no Brasil. Como a autorização administrativa é difícil, a única saída é a judicialização com vista em garantir o direito à vida e o direito à saúde. Como visto, a ANVISA apenas admite importar medicamento derivado da *Cannabis*. As outras conquistas como: plantar, produzir, distribuir e usar *Cannabis* como um remédio no Brasil aconteceram por meio de ação judicial.

4.2.16 Dificuldades da Liga Canábica Paraibana

Há dificuldades internas e externas. Para a entrevistada, as dificuldades internas são: “a dificuldade financeira, pois ainda não detêm muito recursos e nem muitos parceiros que ajudem financeiramente; e falta de uma sede da Liga Canábica Paraibana, tendo em vista que a Liga funciona na casa da entrevistada, no apartamento do entrevistado ou na ‘ADUF’”. Para ela, “a maior dificuldade externa é a ‘proibição’ do uso da maconha no Brasil”.

A proibição do artigo 2º, caput, da Lei de Drogas contribuiu com a dificuldade para usar a maconha para fins terapêuticos. Este (uso da maconha para fins terapêuticos) não é proibido, porém falta uma regulamentação específica no Brasil. Os órgãos públicos e o Poder Público devem contribuir com uma mudança cultural sobre o uso terapêutico da maconha no Brasil.

O entrevistado apresenta como uma dificuldade: “a atuação dos Conselhos Nacional e Regionais de Medicina e a postura dos médicos”. Ele alude que: “muitos médicos não prescrevem maconha e nem orientam o uso dela para fins terapêuticos”. Ele diz que há uma outra dificuldade que é “a ausência de conhecimento por parte dos profissionais da área da saúde com relação ao uso terapêutico da *Cannabis*”. Para ele, o discurso de que “ainda não há estudos comprovando o uso terapêutico da *Cannabis* não é legítimo”. Segundo ele, “não há um estímulo pela classe médica sobre o uso terapêutico da *Cannabis*”.

Os pais ou familiares que precisam usar a *Cannabis* para fins terapêuticas são quem estão estudando e divulgado sobre esse uso. As pessoas voluntariamente já vêm estudando sobre essa planta há anos. Há especialista que estuda sobre ela há décadas com produção nacional e internacional. O uso dela é milenar, logo, o estudo sobre ela deve continuar e ser mais intenso, porém falar que não há estudo sobre ela é um equívoco. O que acontece é que há pessoas que são incentivadas a dizer isso por questão de interesse, mas que na realidade é possível haver no Brasil um estudo interdisciplinar sobre a maconha.

A entrevistada e o entrevistado falam sobre mais uma dificuldade que é a “relação de poder que a indústria farmacêutica exerce”, tendo em vista que a intenção desta é produzir e vender medicamento derivado de maconha com preços altos. Ela não defende o uso tradicional da *Cannabis*. A entrevistada critica um movimento que visa favorecer o capital/dinheiro dizendo que: “reconhecemos que maconha é medicamento se for feito pela indústria farmacêutica”. De fato, não há um reconhecimento da *Cannabis* como planta medicinal/terapêutica, em que todos que necessitar possam usar, mas isso está errado. Para a entrevistada, “no segundo semestre de 2018 vai entrar o Mevatyl no Brasil, medicamento derivado da *Cannabis* sintetizado, com um valor alto e isso é prejudicial tanto ao particular como ao erário público”. Para o entrevistado: “a ANVISA não pode regulamentar apenas o uso terapêutico da *Cannabis* para as indústrias farmacêuticas (pesquisa e comércio) e esquecer da população (uso doméstico, por grupo de pessoas, por associações, por ONGs, etc.)”.

O uso tradicional da *Cannabis* por todos e de forma democrática deve acontecer no Brasil e deve haver regulamentação desse uso, por questão de saúde público e com vista em efetivar o direito humano à saúde. Segundo o entrevistado, “em breve, a *Cannabis* será a solução da medicina contemporânea e devemos combater a colonização em *Cannabis* Terapêutica”. O que deve ser feito é reconhecer a planta *Cannabis* como um remédio e dá a possibilidade para todos usarem. Não se pode proibir o uso dessa planta para fins terapêuticos, de forma artesanal, doméstico, popular. Não se pode demonizar nem criminalizar a maconha. Plantar maconha em casa para fins terapêuticos não é perigoso e é possível que isso seja feito com responsabilidade e com controle.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No plano histórico internacional, os direitos sociais originaram-se no século XX, estando embasados em duas normas jurídicas, quais sejam: a Constituição Mexicana de 1917 e a Constituição Alemã de 1919. Já no plano interno, a primeira Constituição brasileira que previu alguns desses direitos foi a Constituição de 1934. Com relação ao que vêm a ser direitos sociais há divergência entre autores. O que se pode dizer sobre essa questão conceitual é que são direitos da coletividade. Com a implantação desses na vida em sociedade há a vivência do “Estado Social de Direitos”. Esses direitos estão previstos no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1961, etc. Quanto à finalidade dos direitos sociais pode se dizer que eles visam garantir o mínimo existencial dos sujeitos de Direitos Humanos. Note-se que a proibição do uso da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos no Brasil (1932) e em vários países violou os Direitos Humanos, que são direitos modernos, e os Direitos Sociais, que são do início do século XX.

O direito à saúde é um direito humano. Antes de tratar sobre o direito à saúde, é interessante aludir sobre o direito à vida, tendo em vista que para viver com dignidade é necessário haver o acesso à saúde. O direito à vida pode ser estudado em várias dimensões. Este direito pode ser interpretado como sendo o direito de não ser morto e o direito de ter uma vida digna. Com relação ao direito à saúde, fica claro no trabalho que é direito humano, direito fundamental, direito social e direito da personalidade. A saúde humana é um dos bens mais importantes do ordenamento jurídico internacional e nacional, logo, ela deve ser respeitada por todos. A utilização da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos garante: a dignidade da pessoa humana; o mínimo existencial; o direito à vida; o direito à saúde; o direito ao bem-estar; o direito ao exercício da cidadania; o direito à liberdade; o direito ao acesso à justiça, entre outros.

A pesquisa tratou de apresentar a previsão internacional e nacional do direito à saúde. Houve a exposição sobre a competência legislativa prevista na Constituição Federal de 1988 para tratar do direito à saúde. O Brasil adota o sistema misto de saúde: serviço público complementado com a iniciativa privada. O acesso à saúde deve ser prestado de forma multidisciplinar. Para que haja uma prestação de saúde de qualidade é necessário ter um ambiente saudável. É possível haver uma tutela individual do direito à saúde, assim como uma tutela coletiva desse direito. Nesse caso, é interessante que haja uma atuação eficiente dos professores, dos pesquisadores, dos advogados privados, dos advogados públicos, dos

promotores, dos juízes, etc. A promoção do acesso à maconha medicinal ou maconha terapêutico pode ser feito pela tutela individual e/ou tutela coletiva. Os atores sociais que lutam pelo amplo acesso dessa planta para fins medicinais/terapêuticos no Brasil devem dialogar com a coletividade para que haja uma mudança cultural e para que seja possível implantar um sistema que respeita a *Cannabis* como planta terapêutica, sem que haja qualquer tipo de violência, discriminação e exclusão.

Para se ter uma noção sobre a garantia do direito à saúde, é interessante saber sobre os Aspectos Jurídico-Processuais das Tutelas de Saúde. Com relação à judicialização do direito à saúde, fica evidente o papel do Poder Judiciário na promoção desse direito, porém é necessário que haja uma atuação do Poder Público para efetivar esse direito sem um ativismo judicial: desjudicialização do direito à saúde. A reserva do possível é uma teoria que não vem sendo aceita quando se trata de efetividade dos Direitos Humanos/Fundamentais. É necessário haver cuidado para com o direito à saúde, pois já vem sendo constatadas muitas fraudes no acesso desse direito e a consequência disso foi a suspensão das liminares que efetivam esse direito pelos Tribunais brasileiros. Diante da ineficiência do Poder Público, a judicialização da *Cannabis* Medicinal/Terapêutica é um caminho para efetivar os Direitos Humanos. A reserva do possível não deve ser adotada quando o assunto é acesso à maconha para fins medicinais/terapêuticos. As fraudes e a corrupção no Sistema de acesso à *Cannabis* terapêutica/medicinal no Brasil e no mundo devem ser combatidas, de forma preventiva, repressiva, humanizada e democrática.

O acesso aos remédios e medicamentos é um direito dos sujeitos (de direitos humanos) e um dever do Estado. No Brasil e no mundo há dificuldade para com o acesso desses para as pessoas, principalmente, para as vulneráveis. Os Estados têm deveres para promover o acesso desses produtos para todos que necessitam. Um dos deveres do Estado é garantir os medicamentos já produzidos e incentivar a pesquisa e produção de novos medicamentos que promovam uma digna qualidade de vida para as pessoas. O Estado deve pesquisar, prestar informações e promover o acesso aos mais variados remédios no Brasil. O Estado tem o dever de pesquisar, informar e promover o acesso a remédios de *Cannabis*.

O Brasil precisa de uma política nacional de saúde, de remédio e de medicamentos que promova o acesso à saúde para todos. Essa política deve acontecer de forma democrática. No Brasil e no mundo, o sistema de saúde deve ser confiável, eficiente e transparente. Esse sistema deve combater a corrupção. O processo de distribuição de medicamentos deve ser inclusivo e participativo, em que os preços dos medicamentos de qualidade sejam acessíveis. Os remédios devem estar ao alcance de todos e não se pode excluir a utilização destes por

questão preconceituosa ou discriminatória. Então, o Estado tem o dever de respeitar, proteger e cumprir os Direitos Humanos. Todos os países devem cooperar para efetivar o direito humano à saúde em âmbito global. Não se pode esquecer da necessidade de haver nos países um sistema de monitoramento e de responsabilização para com a concretização do direito à saúde. O Plano Nacional em *Cannabis* medicinal/terapêutica deve promover o acesso à *Cannabis* para todos. O Estado tem o dever de respeitar, proteger e cumprir o acesso aos remédios derivados da *Cannabis*. É necessário que haja um sistema de monitoramento e de responsabilização para com o uso da *Cannabis* medicinal/terapêutica.

A indústria farmacêutica tem deveres para com a efetividade do direito humano à saúde. A responsabilidade para implantar e para concretizar o sistema de saúde e de medicamento é compartilhada: Estado, indústria, povo, etc. O diálogo entre esses deve acontecer no Estado Democrático de Direito. Essa indústria exerce “uma macro relação de poder” na materialização do direito humano à saúde e no acesso aos medicamentos de qualidade com um preço proporcional. Logo, ela (a indústria farmacêutica) tem uma responsabilidade social com a coletividade. O Estado não deve priorizar o acesso à *Cannabis* pela indústria farmacêutica. O Sistema de *Cannabis* medicinal/terapêutica brasileiro deve ser inclusivo e participativo: todos devem contribuir na promoção do acesso à *Cannabis* para todos. O ser humano deve ser tratado como sujeitos de direitos e não como mercadoria.

No tratamento da legislação sobre o uso medicinal/terapêutico da *Cannabis*, em âmbito internacional, a primeira norma versada foi a Convenção Única sobre Entorpecentes, em seguida, a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas e, depois, a Convenção contra o tráfico ilícito de entorpecentes e substância psicotrópicas. Ao analisar essas três normas jurídicas fica claro que não há proibição do uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos à luz dos Direitos Humanos.

A Constituição Federal de 1988 no artigo 243 trata sobre a desapropriação de terras pelo cultivo de planta psicotrópica ou também intitulada por expropriação confisco de terras com cultivo de plantas psicotrópica. Nesse caso, não se deve usar propriedade no Brasil para a cultura ilegal de plantas psicotrópicas sob pena de sofrer expropriação, sem direito à indenização, além de outras sanções cabíveis. Esse artigo não se aplica para quem, por questão de necessidade com vista em garantir o direito à vida e à saúde, plantar *Cannabis* para fins medicinais/terapêutico no Brasil.

A Lei de número 11.343, de 23 de agosto de 2006, conhecida Lei de Drogas, é uma das leis mais polêmicas do ordenamento jurídico interno. Essa lei é uma norma penal em branco que exige complemento do poder executivo, nesse sentido, o poder legislativo criou

essa lei e o poder executivo tem o dever de apresentar o complemento dela. O artigo 2º, caput, dessa lei trata da proibição das drogas e o artigo 28 e os seguintes (dela) apresentam consequências jurídicas para quem violar essa proibição. O artigo 2º, parágrafo único, da lei em estudo, dispõe que para que seja possível usar *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos, deve haver uma autorização, em outras palavras: o uso dessa planta para fins medicinais/terapêuticos não é ilegal, porém precisa de autorização. Há uma necessidade pública que haja uma lei específica que trate sobre a plantação, a produção e o uso da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos no Brasil. A autorização especial para importar produtos com maconha não é suficiente para garantir uma qualidade de vida para todos que precisam. A aplicação da Lei de Drogas vem contribuindo com o encarceramento em massa e com a exclusão social. Depois de mais de 10 anos de vigência, ainda se verifica uma equivocada interpretação jurídica dos artigos dessa lei, por exemplo, artigo 28 e artigo 31.

Além das mencionadas normas jurídicas, foram analisadas as seguintes: Decreto de número 5.912, de 27 de setembro de 2006; Portaria 334, de 12 de maio de 1988, da ANVISA; Resolução 2.113 do Conselho Federal de Medicina; Resolução DC de número 17, de 6 de maio de 2015; Resolução DC de número 66, de 18 de março de 2016; RDC 128, de 02 de dezembro de 2016; RDC 130, de 02 de dezembro de 2016; Resolução nº 156, de 5 de maio de 2017; e Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

O trabalho tratou do princípio da insignificância, conforme os vetores aludidos pelo Supremo Tribunal Federal. E não esqueceu de fazer alusão a alguns projetos de leis, tais como: Projeto de Lei de número 7.187 de 2014 apresentado pelo Senador Eurico Júnior; Projeto de Lei de número 7.270 de 2014 apresentado pelo Deputado Federal Jean Wyllys; o Projeto de Lei de número 137 de 2014 apresentado pelo Senador Ciro Nogueira; e Lei do Senado de número 514, de 2017.

Como relação ao proibicionismo no Brasil, é importante destacar que a *Cannabis* é uma planta com uso medicinal/terapêutico milenar e que a proibição dela se iniciou no século XIX e se concretizou no século XX. Em 1830, a Câmara Municipal do Rio de Janeiro, criou o “Código de Posturas Municipais”, que proibiu o comércio e o uso da maconha (pito do pango). Em 1932, por influência direta do doutor Pernambuco, o uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos foi proibido no Brasil com o Decreto 2.930. Como já visto, essa proibição violou os Direitos Humanos (direito humano à vida, direito humano à saúde, etc.).

Há um conflito social envolvendo a Maconha Medicinal/Terapêutica no Brasil e esse conflito deve ser solucionado com o reconhecimento dessa planta para fins medicinais/terapêuticos no Estado Democrático de Direito. Com isso, o uso dela não pode ser discriminatório nem excludente, pelo contrário, deve haver o acesso ao remédio derivado dessa planta para todos que necessitarem, conforme prescrição médica e fiscalização estatal.

Com relação à nomenclatura, a palavra *Cannabis* pode ser conhecida como: Maconha; Fumo da Angola; Marijuana; Cânhamo; Liamba; etc. O uso dessa planta para fins medicinais/terapêuticos se deu há muito tempo: por volta de 2.700 a.C. Em mais ou menos 1549, o uso medicinal/terapêutico da maconha aconteceu no Brasil. O trabalho mencionou três espécies de *Cannabis*, quais sejam: *Cannabis Sativa*, *Cannabis Indica*, *Cannabis Rudelaris*. Observa-se que há mais espécies. A maconha pode ser usada medicinalmente/terapeuticamente para aliviar dor, reduzir riscos de danos, reduzir convulsões, anti-inflamatória, anti-oxidante, etc. É interessante que uso dessa planta aconteça com controle e com acompanhamento médico. Foram apresentadas várias doenças que podem ser tratadas com o uso dela e é necessário que a pesquisa continue para descobrir ainda mais sobre os benefícios dessa planta. Esta já foi usada por comunidade tradicional, indígena e quilombola. Ela não é só usada aqui no Brasil, pois há vários países que a usa.

Em 2014, iniciou-se um movimento social para regulamentar o uso medicinal/terapêutico da maconha no Brasil. Esse movimento vem lutando para que aconteça esse uso, sem preconceito, sem discriminação e sem exclusão social, no território brasileiro. Com a atuação desse movimento já é possível constatar várias conquistas, tais como: direito de importar óleo derivado da maconha medicinal; direito de usar maconha para fins medicinais/terapêuticos; direito de não ter a plantação de maconha medicinal destruída; direito de cultivar, produzir e distribuir remédios derivado de maconha; entre outras.

O Estado da Paraíba é pioneiro quando o assunto é Maconha Medicinal/Terapêutica. Há um projeto de extensão e de pesquisa na UFPB que estuda sobre o uso medicinal/terapêutico da maconha. Esse projeto é coordenado pela professora Katy Lísias Gondim Dias de Albuquerque. Na Paraíba, há a Liga Canábica Paraibana que vem lutando, dialogando, informando, explicando e abrindo espaços sobre o mencionado uso. Na Paraíba, há a ABRACE que vem cultivando, produzindo, pesquisando e distribuindo remédios de maconha para os seus associados.

O princípio da qualidade de vida digna trata que a vida humana deve ser respeitada, nesse sentido, todos devem ter acesso a uma saúde de qualidade. Dessa forma, nenhuma

pessoa deve sofrer violação à vida humana nem à saúde humana. Tanto a vida humana quanto a saúde humana são os bens jurídicos mais importantes protegidos pelos Direitos Humanos.

O Poder Público deve atuar na prestação e concretização do direito humano à saúde no Brasil. Nesse sentido, o Poder Legislativo deve humanizar o ordenamento jurídico com leis humanas e deve criar uma legislação específica que trate sobre o uso medicinal/terapêutico da *Cannabis*. O Poder Executivo deve criar, fiscalizar e executar a política de saúde, de remédio e de medicamento com *Cannabis* medicinal/terapêutica, bem como tratar o uso das drogas como uma questão de saúde pública. O Poder Judiciário deve promover precedentes jurídicos que favoreça o uso da maconha para fins medicinais/terapêuticos. Não se pode esquecer do ativismo popular, nessa perspectiva, o povo deve cobrar progresso na efetividade dos direitos humanos.

No Estado Democrático de Direito deve haver um acesso à justiça para com o uso medicinal/terapêutico da *Cannabis*. Esse acesso vem acontecendo com a atuação do poder judiciários em causas individuais e causas coletivas, tais como: decisão judicial favorável, em ação cível individual, a Anny Bartoli Fischer; Sistema Único de Saúde custeando medicamento a base de Canabidiol; Ação Civil Pública que garantiu a importação do óleo rico em Canabidiol aos integrantes da Liga Canábica Paraibana; *Habeas Corpus* preventivo que protege as pessoas para não serem presas por plantar maconha para fins medicinais/terapêuticos; decisão judicial favorável ao cultivo, produção e distribuição pela ABRACE; Ação Direta de Inconstitucionalidade 5708; entre outras ações. O presente texto fez uma reflexão sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas no Brasil.

Os discursos médico, jurídico, político e proibicionista contribuíram para a cultura da “demonização” da maconha medicinal. Dr. Pernambuco, chegou a dizer publicamente que “a maconha faz mais mal que o ópio” (total inverdade). Porém, atualmente, vem apresentando uma nova cultura por influência do discurso humanizado. As pessoas estão vendo que o uso dessa planta é uma necessidade das pessoas vulneráveis – doentes e enfermos – com vista em proporcionar uma qualidade de vida e uma saúde digna.

A Liga Canábica Paraibana é uma associação sem fins lucrativos, que luta pelo uso da *Cannabis* para fins terapêuticos para todos que necessitar. Para que isso aconteça, é necessário políticas públicas, é imprescindível uma mudança cultural e é indispensável atuação conjunta do Poder Público com o povo com vista em efetivar o direito humano à saúde pelo uso terapêutico da *Cannabis*. É preciso que haja a universalização da utilização dessa planta no Brasil e no mundo. O uso tradicional dessa planta é uma alternativa, mas para isso ser feito é preciso que acabe com o proibicionismo, com a burocracia, com o preconceito, com a

exclusão social e com a carcerização em massa. A Liga Canábica Paraibana já obteve várias conquistas como demonstrado, porém há ainda muitas dificuldades para com a efetividade do direito humano à saúde e à vida. É necessário união de todos para que haja a promoção de uma qualidade de vida para todos. No Brasil, deve-se dialogar sobre a melhor maneira de acontecer esse uso e devemos incluir todas as pessoas para com o acesso à saúde.

As pessoas, as associações sem fins lucrativos e ONGs devem ter incentivos por parte do Poder Público para que seja possível a plantação, a produção, a distribuição e o uso da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos por quem necessitar. Nessa concepção, não se pode haver qualquer tipo de repressão ou intolerância para com o uso medicinal/terapêutico da maconha no Brasil, pelo contrário, a educação deve contribuir para a mudança cultural no sentido de humanizar o olhar para com o uso dessa planta para fins medicinais/terapêuticos.

Diante do exposto, o direito humano à saúde pela utilização da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos deve ser efetivado no Estado Democrático de Direito com vista em promover uma qualidade de vida para todos os sujeitos de direitos humanos. A Educação em Direitos Humanos deve humanizar o olhar das pessoas para que a interpretação das teorias, das normas e dos comportamentos seja realizada com vista nos Direitos Humanos. Não se pode admitir violações nem retrocessos desses direitos, logo, todos devem se unir e dialogar para construir uma sociedade sem preconceito, sem discriminação, sem exclusão social, sem encarceramento em massa, sem violações de direitos humanos. A utilização da *Cannabis* para fins medicinais/terapêuticos deve ser, de forma justa, digna e humanizada, por todas as pessoas que necessitarem no Brasil e no mundo.

REFERÊNCIA

ABRACE ESPERANÇA. Disponível: <https://abraceesperanca.org.br/home/>. Acesso em 18.01.2018

ALMEIDA, Caio Domingues; CARVALHO, Nathan Castelo Branco. **A DIFICULDADE DO ACESSO À JUSTIÇA NA TENTATIVA DE USO DA MACONHA PARA FINS MEDICINAIS NO BRASIL**. Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE). ISSN 2318-5732 – V O L. 4, N.1, 2 0 1 6. Disponível em: www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/index. Acesso em 10.10.2017.

ANVISA, **Portaria 334, de 12 de maio de 1988**.

ANVISA, **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC - de número 17, de 6 de maio de 2015**

ANVISA, **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC - de número 66, de 18 de março de 2016**

ANVISA, **Resolução da Diretoria Colegiada 128, de 02 de dezembro de 2016**

ANVISA, **Resolução da Diretoria Colegiada de número 130, de 02 de dezembro de 2016**

ANVISA, **Resolução da Diretoria Colegiada de número 156, de 5 de maio de 2017**

BARROS, André; PERES, Marta. **Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas**. 2011. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/viewFile/3953/2742>. Acesso em: 29.06.2017

BRASIL, **Ação Direta De Inconstitucionalidade 5708**.

BRASIL, **Código Civil**, Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002.

BRASIL, **Código Penal, Decreto-Lei 2.848**, de 7 de dezembro de 1940

BRASIL, **Constituição da República Federativa de Brasil**, de 05 de outubro de 1988

BRASIL, **Convenção contra o tráfico ilícito de entorpecentes e substância psicotrópicas**, o Decreto de número 154, de 26 de junho de 1991

BRASIL, **Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas**, Decreto de número 79.388, de 14 de março de 1977

BRASIL, **Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961**, Decreto de número 54.216, de 27 de agosto de 1964

BRASIL, **Decreto de número 5.912, de 27 de setembro de 2006**

BRASIL, **Lei 12.850, de 2 de agosto de 2013**

BRASIL, **Lei de Crimes Hediondos**

BRASIL, **Lei de Drogas**, Lei de número 11.343, de 23 de agosto de 2006

BRASIL, **Projeto de Lei de número 137 de 2014**

BRASIL, **Projeto de Lei de número 7.187 de 2014**

BRASIL, **Projeto de Lei de número 7.270 de 2014**

BRASIL, **Projeto de Lei de número 514, de 2017**

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 16 de julho de 1934

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 15 de março de 1967

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 10 de novembro de 1937

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 18 de setembro de 1946

BRASIL. **Constituição Política do Império do Brasil**, de 25 de março de 1824

BRASIL. **Decreto de número 591, de 6 de julho de 1992**. Denominado de Pacto internacional sobre direitos econômicos, sociais e culturais.

BRASIL. **Emenda Constitucional de número 1**, de 17 de outubro de 1969

BRASIL. **Lei de número 8.080**, de 19 de setembro de 1990

BRASIL. **Lei de número 8.114**, de 28 de dezembro de 1990

CARLINI, Elisaldo Araújo. **A história da maconha no Brasil**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000400008. Acesso em: 01.12.2016

CASIMIRO, Emerson Célio da Nóbrega; CASIMIRO, Maria do Socorro Lopes; QUEIROZ, Lucas Ian Sousa; PINHEIRO, Mayra Joyce da Costa; ALBUQUERQUE, Katy Lísias Gondim DIAS de. **EFICÁCIA E IMPLICAÇÕES DO USO DE CANABINÓIDES NO TRATAMENTO DA ESCLEROSE MÚLTIPLA E OUTRAS DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA**. In: II CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CONBRACIS, 2017, CAMPINA GRANDE. Anais do II CONBRACIS. Campina Grande: Realize, 2017. v. 1.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Resolução 2.113 de 2014**

CONHEÇA A HISTÓRIA DA CANNABIS MEDICINAL. Disponível em: <http://amame.org.br/historia-da-cannabis-medicinal/>. Acesso em: 29.06.2017

CONJUR, **CRIANÇA COM DOENÇA NEUROLÓGICA TERÁ REMÉDIO DE CANABIDIOL PAGO PELO SUS**. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2017-jul-11/trf-determina-sus-pague-remediocanabidiol-crianca>. Acesso em: 11.07.2017

CRUZETA, Rio Grande do Norte. **Uso Popular da maconha medicinal**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=bITTbe2dfwE>. Acesso em 10.07.2017

Disponível em: <http://estadodedireito.com.br/casal-e-autorizado-plantar-maconha-em-casa-para-tratar-filha-de-sete-anos1/>. Acesso em 18.01.2018

Disponível em: <https://www.growroom.net/wp-content/uploads/2016/11/salvo-conduto-cannabis-medicinal.pdf>. Acesso em: 18.01.2018

Disponível em: <https://abracesperanca.org.br/home/>. Acesso em 18.01.2018

DOCUMENTÁRIO ILEGAL: a vida não espera. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=I-072T0enO4>. Acesso em: 19.06.2017

DUARTE, Edeurlan Albino; ALMEIDA, Rossana Tavares. **A Legalização da maconha para fins medicinais sob o olhar da Bioética e do Biodireito**. In. Eduardo Sérgio Soares Sousa e Gustavo Rabay Guerra (coords.); Laryssa Mayara Alves de Almeida, Phillipe Giovanni Rocha Martins da Silva, Renato José Ramalho Alves e Vinícius Leão de Castro (orgs.). Direito e saúde: tratamento jurídico da realidade da saúde no Brasil e outros Diálogos. Campina Grande, AREPB, 2014.

FALCÃO, Andressa Fernandes Maia; MOURA, Maria Thereza Santiago M. De; MAIA, Torben Fernandes. **A LIBERAÇÃO DO USO DO CANABIDIOL (CBD): UMA GARANTIA AO DIREITO CONSTITUCIONAL DA SAÚDE**. In. Anais do III Seminário de Direito Civil-Constitucional: Hipervulnerabilidade, saúde e humanização do Direito Civil-Constitucional / Organizadores: Ana Clara Montenegro Fonseca ... [et. al.]; Instituto de Pesquisa e Extensão Perspectivas e Desafios de Humanização do Direito Civil-Constitucional – João Pessoa: IDCC / UFPB/ UNIPÊ, 2016

FRANÇA, **Declaração dos Direitos do homem e do Cidadão de 1789**.

G1, **Fantástico mostra realidade do primeiro país a legalizar a maconha**. Informações extraídas da reportagem do Programa Fantástico da Globo. Disponível em: <http://g1.globo.com/fantastico/videos/t/edicoes/v/fantastico-mostra-realidade-do-primeiro-pais-a-legalizar-a-maconha/4464377/>. Acesso em: 30.06.2017

G1, **Juíza autoriza cultivo da maconha para tratamento medicinal na Paraíba**. Disponível em: <http://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/juiza-autoriza-cultivo-da-maconha-para-tratamento-medicinal-na-paraiba.ghtml>. Acesso em 12.07.2017

G1, **Mães plantam maconha para produzir remédios para os filhos no Chile**. Informações sobre o uso da maconha no Chile retidas do Programa Fantástico da Globo. Disponível em: <http://g1.globo.com/fantastico/videos/t/edicoes/v/maes-plantam-maconha-para-produzir-remedios-para-os-filhos-no-chile/5010154/>. Acesso em 30.06.2017

GLOBLO, Profissão Repórter. **Paraíba tem o primeiro cultivo legal de maconha para uso medicinal no Brasil.** Edição do dia 05/07/2017. Disponível em: <http://g1.globo.com/profissao-reporter/edicoes/2017/07/05.html>. Acesso em 10.07.2017.

GLOBO, Fantástico. 30 de abril de 2017. **Família brasileira colhe maconha medicinal com autorização da Justiça.** Disponível em: <http://g1.globo.com/fantastico/videos/t/edicoes/v/familia-brasileira-colhe-maconha-medicinal-com-autorizacao-da-justica/5837036/>. Acesso em: 10.10.2017

GOHN, Maria da Glória. **Sociologia dos movimentos sociais:** indignados, Occupy Wall Street, Primavera Árabe e mobilização no Brasil. São Paulo: Cortez, 2013. (Questões da nossa época; v. 47)

HORNE, Francisco Alejandro. **A legalização da maconha e suas consequências**, 2006. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/85394244/A-legalizacao-da-maconha-e-suas-consequencias-docx-artigo-1>. Acesso em 20.08.2018

HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. **Acesso a Medicamentos como um Direito Humano.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006. Acesso em 22.06.2017

Cartilha do Projeto de Extensão PROBEX UFPB Cannabis Medicinal de 2016 coordenado pela Professora Katy Lísias G. D. Albuquerque.

JOTA, **PPS questiona proibição da maconha para fins medicinais.** Disponível em: <https://jota.info/justica/pps-questiona-proibicao-da-maconha-para-fins-medicinais-25052017>. Acesso em: 11.07.2017

MATTOS, Paulo E. Orlandi. Modelos **Internacionais de regulamentação do uso medicinal da cannabis.** In. Vilma Bokany (organizadora). Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

OLIVEIRA, Lucas Lopes. **DISCURSOS MÉDICOS E JURÍDICOS SOBRE MACONHA NO BRASIL E NA PARAÍBA: OS CONTRADISCURSOS NO DEBATE SOBRE AS POLÍTICAS DE DROGAS À LUZ DOS DIREITOS HUMANOS.** Dissertação de mestrado apresentada ao PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E POLÍTICAS PÚBLICA em 2016.

OLIVEIRA, Lucas Lopes; RIBEIRO, Luziana Ramalho. **DISCURSOS MÉDICOS E JURÍDICOS SOBRE MACONHA NA PARAÍBA**, 2017. Disponível em: <http://www.reedpesquisa.org/ojs-2.4.3/index.php/reed/article/view/147>. Acesso em: 13.07.2017

OLIVEIRA, Lucas Lopes; RIBEIRO, Luziana Ramalho. **POLÍTICAS PÚBLICAS DE DROGAS NO BRASIL E DIREITOS HUMANOS**, 2016. Disponível em: <http://www2.faac.unesp.br/ridh/index.php/ridh/article/view/296>. Acesso em: 13.07.2017

ONU, **Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.**

ORDACGY, André da Silva. **O DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL À SAÚDE PÚBLICA**, p. 3. Disponível em: <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-oublica.pdf>. Acesso em: 19.05.2017
Palestra dele em 2013 no Congresso Internacional sobre Drogas. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=UipaGROdb2U>. Acesso em 01.12.2016

PAMPLONA, Fabricio Alano. **Quais são e pra que servem os medicamentos à base de Cannabis?** 2014. Disponível em: <http://www.ib.usp.br/revista/node/184>. Acesso em 13.07.2017

PETRY, Almiro. **Os Movimentos Sociais na América Latina**, 2008. Disponível em: http://www.projeto.unisinos.br/humanismo/al/mov_sociais.pdf. Acesso em 15.05.2017

RIBAS, Ângela Mara Piekarski. **O Direito à Vida sob uma ótima contemporânea**. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=2986. Acesso em 21.06.2017

ROXIN, Claus. **Política Criminal e Sistema Jurídico Penal**. Trad. Luís Greco. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

SADER, Emir. **Contexto histórico e educação em direitos humanos no brasil**: da ditadura à atualidade. In, Educação em Direitos Humanos: Fundamentos teórico-metodológico. Organizadora: Maria Godoy Silveira, et al. João Pessoa: Editora Universitária, 2007.

SARLET, Wolfgang; MOLINARO, Carlos Alberto. **Democracia - Separação de Poderes – Eficácia e Efetividade do Direito à Saúde no Judiciário brasileiro – Observatório do Direito à Saúde**. Belo Horizonte, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2011.

STJ, **Obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos não contemplados em lista do SUS é tema de repetitivo**. Disponível em: http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt_BR/Comunica%C3%A7%C3%A3o/noticias/Not%C3%ADcias/Obrigatoriedade-de-fornecimento-de-medicamentos-n%C3%A3o-contemplados-em-lista-do-SUS-%C3%A9-tema-de-repetitivo. Acesso em: 22.06.2017

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006. Acesso em 21.06.2017

ZUARDI, Antonio Waldo. **História da cannabis como medicamento**: uma revisão, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200015. Acesso em: 01.12.2016

APÊNDICE – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(a) senhor(a) **SHEILA DANTAS GERIZ**, integrante da Liga Canábica Paraibana, está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulado **A EFETIVIDADE DO DIREITO HUMANO À SAÚDE PELO USO MEDICINAL DA CANNABIS SATIVA NO BRASIL/PARAIBA**, conduzida por **WENDEL ALVES SALES MACEDO**, aluno regular do mestrado em Direitos Humanos do PPGDH da UFPB, orientado pelo doutor **GUSTAVO BARBOSA DE MESQUITA BATISTA**. A presente pesquisa de campo tem por objetivo conhecer a trajetória da Liga Canábica Paraibana.

O(a) senhor(a) foi selecionado(a) por integrar a Liga Canábica Paraibana e conhecer toda a trajetória dela. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação nesta entrevista consistirá em falar sobre questões envolvendo a atuação da Liga Canábica Paraibana. A pesquisa semiestruturada será realizada com base em um questionário realizado pelo pesquisador, mas não se limita a ele, podendo haver assuntos não mencionados nas perguntas. Toda a entrevista será gravada em áudio e pode ser gravada em vídeo.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais. O pesquisador responsável se compromete em tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados da forma como foram obtidos. **Caso o(a) senhor(a) concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento**, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável da pesquisa.

Declaro que entendi o que foi tratado no respectivo **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** e que concordo em participar.

João Pessoa-PB, 11 de maio de 2018.

Assinatura do(a) participante: Sheila Dantas Geriz

Assinatura do pesquisador: Wendel Alves Sales Macedo

QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA DA PESQUISA DE MESTRADO EM DIREITOS HUMANOS NO PPGDH NA UFPB, INTITULADO A EFETIVIDADE DO DIREITO HUMANO À SAÚDE PELO USO MEDICINAL DA CANNABIS SATIVA NO BRASIL/PARAÍBA, CONDUZIDA POR WENDEL ALVES SALES MACEDO, ORIENTADO PELO DOUTOR GUSTAVO BARBOSA DE MESQUITA BATISTA

- 1) O que é a Liga Canábica Paraibana?**
- 2) Como se dá o ingresso dos integrantes na Liga Canábica Paraibana?**
- 3) Como funciona a Liga Canábica Paraibana?**
- 4) Qual é a origem da Liga Canábica Paraibana?**
- 5) Qual é motivo da criação da Liga Canábica Paraibana?**
- 6) Qual é a causa/luta da Liga Canábica Paraibana?**
- 7) Quais são as pretensões da Liga Canábica Paraibana?**
- 8) Quais as conquistas/vitórias da Liga Canábica Paraibana?**
- 9) Qual são as dificuldades da Liga Canábica Paraibana?**
- 10) O que dispõe o Estatuto da Liga Canábica Paraibana?**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) **JÚLIO AMÉRICO PINTO NETO**, integrante da Liga Canábica Paraibana, está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulado **A EFETIVIDADE DO DIREITO HUMANO À SAÚDE PELO USO MEDICINAL DA CANNABIS SATIVA NO BRASIL/PARAIBA**, conduzida por **WENDEL ALVES SALES MACEDO**, aluno regular do mestrado em Direitos Humanos do PPGDH da UFPB, orientado pelo doutor **GUSTAVO BARBOSA DE MESQUITA BATISTA**. A presente pesquisa de campo tem por objetivo conhecer a trajetória da Liga Canábica Paraibana.

O(a) senhor(a) foi selecionado(a) por integrar a Liga Canábica Paraibana e conhecer toda a trajetória dela. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação nesta entrevista consistirá em falar sobre questões envolvendo a atuação da Liga Canábica Paraibana. A pesquisa semiestruturada será realizada com base em um questionário realizado pelo pesquisador, mas não se limita a ele, podendo haver assuntos não mencionados nas perguntas. Toda a entrevista será gravada em áudio e pode ser gravada em vídeo.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais. O pesquisador responsável se compromete em tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados da forma como foram obtidos. **Caso o(a) senhor(a) concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento**, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável da pesquisa.

Declaro que entendi o que foi tratado no respectivo **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** e que concordo em participar.

João Pessoa-PB, 11 de maio de 2018.

Assinatura do(a) participante:

Júlio Américo Pinto Neto

Assinatura do pesquisador:

Wendel Alves Sales Macedo

QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA DA PESQUISA DE MESTRADO EM DIREITOS HUMANOS NO PPGDH NA UFPB, INTITULADO A EFETIVIDADE DO DIREITO HUMANO À SAÚDE PELO USO MEDICINAL DA CANNABIS SATIVA NO BRASIL/PARAÍBA, CONDUZIDA POR WENDEL ALVES SALES MACEDO, ORIENTADO PELO DOUTOR GUSTAVO BARBOSA DE MESQUITA BATISTA

- 1) O que é a Liga Canábica Paraibana?
- 2) Como se dá o ingresso dos integrantes na Liga Canábica Paraibana?
- 3) Como funciona a Liga Canábica Paraibana?
- 4) Qual é a origem da Liga Canábica Paraibana?
- 5) Qual é motivo da criação da Liga Canábica Paraibana?
- 6) Qual é a causa/luta da Liga Canábica Paraibana?
- 7) Quais são as pretensões da Liga Canábica Paraibana?
- 8) Quais as conquistas/vitórias da Liga Canábica Paraibana?
- 9) Qual são as dificuldades da Liga Canábica Paraibana?
- 10) O que dispõe o Estatuto da Liga Canábica Paraibana?