



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIENCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA
E POLITICAS PÚBLICAS

A LUTA PELO ACESSO AO DIREITO À SAÚDE POR MEIO DO
USO TERAPÊUTICO DA *CANNABIS SATIVA* NO ESTADO DA
PARAÍBA

TADEU COATTI NETO

JOÃO PESSOA, PB.

2019

TADEU COATTI NETO

**A LUTA PELO ACESSO AO DIREITO À SAÚDE POR MEIO DO
USO TERAPÊUTICO DA CANNABIS SATIVA NO ESTADO DA
PARAÍBA**

Trabalho de Dissertação apresentado junto ao curso de Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com requisito para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas e Educação em Direitos Humanos.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Nazaré Tavares Zenaide

JOÃO PESSOA, PB.

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

N469l Neto, Tadeu Coatti.

A Luta pelo Acesso ao Direito à Saúde por meio do Uso
Terapêutico da Cannabis Sativa no Estado da Paraíba /
Tadeu Coatti Neto. - João Pessoa, 2020.
190 f.

Orientação: Maria Nazaré Tavares Zenaide Zenaide.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Direito à saúde. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3.
Política de Drogas. 4. Uso terapêutico da cannabis. I.
Zenaide, Maria Nazaré Tavares Zenaide. II. Título.

UFPB/CCJ

TADEU COATTI NETO

**O ACESSO AO DIREITO À SAÚDE POR MEIO DO USO
TERAPÊUTICO DA CANNABIS SATIVA NO ESTADO DA
PARAÍBA**

Aprovado em: 06/04/2020

BANCA EXAMINADORA

Maria de Nazaré Tavares Zenaide

Profª Dra. Maria de Nazaré Tavares Zenaide – Orientadora

PPGDH-Universidade Federal da Paraíba

Gustavo Barbosa de Mesquita Batista

Profa. Dr. Gustavo Barbosa de Mesquita Batista - Avaliador Interno

PPGDH - Universidade Federal da Paraíba

Profª Dra. Tatyane Guimarães Oliveira –Avaliadora Externa

Universidade Federal da Paraíba

Dedico àquelas pessoas que convivem com seu direito humano à saúde negado em detrimento de políticas públicas preconceituosas que não amparam o verdadeiro destinatário das ações estatais, o ser humano.

Os agradecimentos serão destinados a todos que contribuíram para a existência deste trabalho. Neste sentido, antes de tudo agradeço ao criador de tudo e todos, pois foi devido a sua providência que passei a existir neste mundo.

Agradeço também aquela que muitas vezes deixou sua existência de lado para que eu pudesse existir, quem doou seu tempo, paciência, amor e sua própria vida como forma de investimento nos meus sonhos, minha linda e amorosa mãe, dona Sandra. Da mesma forma agradeço ao meu pai, seu Miltinho, pelas contribuições em minha jornada, aos meus irmãos, Matheus e Lucas, por estarem sempre presente em minha vida, fazendo com que eu existisse como irmão mais velho.

Agradeço a minha esposa, Ana Júlia, que me fez existir como esposo e sempre apoiou meus projetos, com muito companheirismo e dedicação. Ao meu filho, Théo, que foi gerado no transcurso do mestrado, quem me fez existir como pai, como referência, como um ser humano agraciado com o mais sincero amor de todos.

Não poderia deixar de agradecer aos meus professores, desde aqueles que estiveram presentes nos anos letivos iniciais da minha vida até aqueles que me educaram neste mestrado. Um agradecimento especial para os meus professores da graduação em direito que contribuíram para que eu existisse como profissional, como um ser humano pensante e defensor dos Direitos Humanos. Agradeço de forma pessoal ao meu professor Ramon Olímpio, que me ajudou no processo seletivo do mestrado, contribuiu na elaboração do projeto de pesquisa e até simulou uma banca de defesa do projeto nas salas da Faculdade Internacional da Paraíba.

Um agradecimento mais do que especial, também, para a minha orientadora, professora Nazaré, um ícone e uma referência na luta em defesa dos direitos humanos e na promoção da educação em/para os direitos humanos não só no Brasil, mas em toda a América Latina. Me sinto honrado em ter minha dissertação de mestrado orientada pela professora Nazaré, ser humano que guardarei em meu coração por todo o sempre.

A Júlio Américo meu intenso agradecimento pela sua contribuição neste trabalho, abrindo sua alma e expondo dores e sofrimentos enfrentados não

só na liderança do movimento em defesa do uso terapêutico da *cannabis* na Paraíba, mas como pai de uma criança que se viu à beira da morte diante do estado clínico grave, onde o tratamento convencional mais agravava do que atenuava seu estado de saúde e viu na *cannabis* a luz no fim do túnel que mais a frente seria a luz também para inúmeras pessoas.

Agradeço, também, aos meus colegas de sala de aula neste período do mestrado, os quais, cada um em seu universo e realidade, contribuíram para o meu crescimento intelectual, profissional e pessoal. De maneira especial, agradeço aqueles que romperam a barreira do coleguismo e se tornaram amigos. Estes levarei comigo para sempre.

O álcool mata bancado pelo código penal

Onde quem fuma maconha é que é o marginal

E por que não legalizar? E por que não legalizar?

Estão ganhando dinheiro e vendo o povo se matar

Tendo que viver escondido no submundo

Tratado como pilantra, safado, vagabundo

Por fumar uma erva fumada em todo mundo

É mais que seguro proibir que é um absurdo

Aí provoca um tráfico que te mata em um segundo

A polícia de um lado e o usuário do outro

Eles vivem numa boa e o povo no esgoto

Planet Hemp – Legalize Já

RESUMO

Esta pesquisa trata do tema do uso terapêutico da *cannabis* para pessoas com transtornos neurológicos e outras patologias. O trabalho tem como objetivo geral analisar a luta pelo acesso ao direito humano à saúde através do uso terapêutico da *cannabis* no estado da Paraíba, por meio do movimento encabeçado pelas famílias paraibanas que culminou na fundação da Liga Canábica, em meio as suas conquistas e dificuldades. Para tanto, pretende-se como objetivos específicos: contextualizar o direito à saúde como direito humano no âmbito internacional e nacional de modo a situar as políticas de saúde e medicamentos identificando limites e impasses ao acesso dessas políticas pelo indivíduo; fundamentar historicamente o uso da *cannabis* como substância terapêutica, os impasses em face da perspectiva proibicionista da política de drogas convergindo para o surgimento de lutas e movimentos pela descriminalização das drogas; e reconstituir o processo de luta de familiares pelo direito dos filhos e parentes com patologias neurológicas de acessarem o direito humano à saúde através da *cannabis*, desde o ajuizamento da Ação Civil Pública nº 0802543-14.2014.4.05.8200, ajuizada em 31 de julho de 2014, até o momento de institucionalização deste movimento, fazendo com que surgisse a Liga Canábica na Paraíba, entidade que atua na promoção e proteção do direito humano à saúde. A pesquisa se fundamenta numa perspectiva crítica dos direitos humanos, das políticas de saúde e medicamentos e do movimento social pelo acesso ao uso terapêutico da *cannabis*. Trata-se de uma pesquisa qualitativa em observância ao método dialético hermenêutico com o intuito de analisar as contradições entre a afirmação e a efetividade do direito à saúde, a partir do olhar dos sujeitos envolvidos no processo, usando como recurso de pesquisa a entrevista semiestruturada e a análise temática dos conteúdos (BARDIN, 2016). O trabalho encerra com a criação da Liga Canábica na Paraíba pela efetivação do direito humano à saúde por meio do uso terapêutico da *cannabis*.

Palavras-chave: Direito à saúde. Políticas Públicas de Saúde. Política de Drogas. Uso terapêutico da *cannabis*.

ABSTRACT

This research treats of the topic of therapeutic use of cannabis for people with neurological disorders and other pathologies. The general objective of this study is evaluated analyze the campaign for access to the human entitlement to health through the therapeutic use of cannabis in the state of Paraíba, through the movement headed by the Paraíba families that culminated in the founding of the Cannabis League, amid their achievements and difficulties. To this end, it is intended as specific objectives: to contextualize the entitlement to health as a human entitlement at the international and national ambit in order to situate health and medication policies, identifying limits and impasses to the access of these policies by the individual; to substantiate historically the use of cannabis as a therapeutic substance, the impasses in face of the prohibitionist perspective of drug policy converging to the emergence of campaign and movements for the decriminalization of drugs; and to reconstitute the process of struggle of family members for the entitlement of children and relatives with neurological pathologies to access the human entitlement to health through *cannabis*, since the judgment of Public Civil Action nº. 0802543-14.2014.4.05.8200, filed on July 31 from 2014, until the moment of institutionalization of this movement, giving rise to the Cannabic League in Paraíba, an entity that acts in the promotion and protection of the human entitlement to health. The research is based on a critical perspective of human entitlements, health and medication policies and the social movement for access to the therapeutic use of *cannabis*. Treat of a qualitative research in compliance with the hermeneutic dialectical method in order to analyze the contradictions between the affirmation and the effectiveness of the entitlement to health, from the perspective of the subjects involved in the process, using the semi-structured interview as a research resource and the thematic analyze of the contents (BARDIN, 2016). The study ends with the creation of the Cannabis League in Paraíba for the effectuation of the human entitlement to health through the therapeutic use of *cannabis*.

Keywords: Health entitlement. Public Policies of Health. Drug Policy. Therapeutic use of *cannabis*.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C – Antes de Cristo

ABRACE - Associação Brasileira de Apoio Cannabis Esperança

ACP - Ação Civil Pública

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

AGU - Advocacia-Geral da União

AMA-ME - Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APEPI - Apoio á pesquisa e Pacientes de Cannabis

AVD's - Atividades da Vida Diária

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CBD – Canabidiol

CCS - Centro de Ciências da Saúde

CDKL5 - Cyclin-Dependent Kinase-Like 5

CDHM - Comissão de Direitos Humanos e Minorias

CEL. – Coronel

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CFM - Conselho Federal de Medicina

CID – Cadastro Internacional de Doenças

CND - Comissão de Entorpecentes

COFEN - Conselho Federal de Entorpecentes

CONAD - Conselho Nacional Antidrogas

COVID-19 - COrona Vlrus Disease 2019

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRFB – Constituição Federal da República Federativa do Brasil

d.C – Depois de Cristo

DCB - Denominações Comuns Brasileiras

DEPEN - Departamento Penitenciário Nacional

DFP - Departamento de Fisiologia e Patologia

DOU – Diário Oficial da União

ECDD - Comitê de Experts em Dependência de Drogas

ELA - Esclerose Lateral Amiotrófica
EM - Esclerose Múltipla
EPSI - Espaço Psicanalítico
EUA - Estados Unidos da América
FAO - Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
FBN - Federal Bureau of Narcotics
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FUNCAB - Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFPB - Instituto Federal da Paraíba
INCA - Instituto Nacional de Câncer
INFOPEN - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
JIFE - Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes
LGS - Lennox-Gastaut
MPF – Ministério Público Federal
MS – Ministério da Saúde
OEA - Organização dos Estados Americanos
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PEXCANNABIS – Projeto de extensão em pesquisa medicinal cannabis
PL – Projeto de Lei
PLC - Projeto de Lei da Câmara
PNAD - Política Nacional Antidrogas
PNM - Política Nacional de Medicamentos
PSOL - Partido Socialismo e Liberdade
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SE - Sistema Endocanabinóide
SEDES - Secretaria da Segurança e da Defesa Social da Paraíba
SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SMEI - Severe Myoclonic Epilepsy of Infancy

SUG - Sugestão Legislativa

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS- Secretaria de Vigilância Sanitária

TCC's – Trabalhos de Conclusão de Curso

THC – Tetraidrocanabinol

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

2-AG – Araquidonoilglicerol

Sumário

INTRODUÇÃO	15
1 O DIREITO HUMANO Á SAUDE	23
1.1 A SAUDE COMO FENÔMENO E SUA PREVISÃO COMO DIREITO	24
1.1.1 A Saúde no Sistema Global de Proteção dos Direitos Humanos	40
1.1.1.1 Declaração Universal dos Direitos Humanos	42
1.1.1.1.2 A criação da OMS e seu papel no contexto da proteção da saúde global.....	44
1.1.1.2 Os Pactos Internacionais de Direitos Humanos de 1966	46
1.1.1.3 Declaração de Viena de 1993	48
1.1.2 A Saúde no Sistema Regional (Americano) de Proteção dos Direitos Humanos	51
1.1.2.1 Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem.....	52
1.1.2.2 Convenção Americana sobre Direitos Humanos – Pacto de São José da Costa Rica.....	53
1.1.2.3 Protocolo de San Salvador.....	53
1.2. POLITICAS DE SAÚDE NO BRASIL	55
1.2.1 Um direito de todos e um dever do Estado: a saúde na Constituição Cidadã Brasileira de 1988.....	57
1.3 O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS.....	62
2 O USO TERAPÊUTICO DA CANNABIS E AS LUTAS DE RESISTENCIA PELA DESCRIMINALIZAÇÃO DA MACONHA	65
2.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ORIGEM DA CANNABIS E OS SEUS USOS NO PERCURSO HISTÓRICO DA HUMANIDADE.....	67
2.2 A CANNABIS COMO SUBSTANCIA TERAPÊUTICA.....	73
2.3 A PERSPECTIVA PROIBICIONISTA NA POLÍTICA DE DROGAS EM ÂMBITO INTERNACIONAL E NACIONAL E SEUS REFLEXOS.....	84
2.4 DO DISCURSO PROIBICIONISTA À DESCRIMINALIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DA CANNABIS PARA USO TERAPÊUTICO COMO MEIO DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO HUMANO À SAÚDE	120

3. LUTAS E CONQUISTAS DA LIGA CANÁBICA NA PARAIBA PELO ACESSO AO USO TERAPEUTICO DA CANNABIS	130
3.1 O PROCESSO DE LUTA PELO ACESSO AO DIREITO HUMANO À SAÚDE POR MEIO DO USO TERAPÊUTICO DA CANNABIS NO ESTADO DA PARAÍBA: A CRIAÇÃO DA LIGA CANÁBICA PARAIBANA.	132
3.1.1 A defesa do direito ao uso terapêutico da <i>cannabis</i>	132
3.1.2 Necessidade e Ação Coletiva.....	137
3.1.3 Mobilização social e Memória da Liga Canábica Paraibana.....	139
3.1.4 O surgimento da Liga Canábica no Estado da Paraíba	142
3.1.5 Reflexos na saúde dos usuários e o potencial terapêutico da <i>cannabis</i>	145
3.2 LIGA PARAIBANA EM DEFESA DA CANNABIS MEDICINAL: objetivos, valores, estratégias e ações.....	148
3.2.1 Objetivos Institucionais da Liga Canábica Paraibana.....	149
3.2.2 Valores da Liga Canábica Paraibana	150
3.2.3 Estratégias e Ações da Liga Canábica Paraibana.....	152
3.3 CENÁRIO ATUAL DO USO TERAPÊUTICO DA CANNABIS NO ESTADO DA PARAÍBA: ACESSO E BARREIRAS ENFRENTADAS	161
3.3.1 Trabalho de Acolhimento	162
3.3.2 Ampliação da Demanda do Uso Terapêutico da <i>Cannabis</i>	163
3.3.3 A Pesquisa e as Parcerias Institucionais da Liga Canábica Paraibana	165
4 CONSIDERAÇÕES GERAIS DA PESQUISA: O USO TERAPÊUTICO DA MACONHA É UM DIREITO HUMANO	168
REFERÊNCIAS.....	176
APENDICE.....	186

INTRODUÇÃO

Em tempos onde o planeta inteiro sofre com uma das piores pandemias dos últimos anos, em detrimento da COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus, o direito à saúde voltou a ser foco central da discussão das mais diversas nações. Isto porque, o desenvolvimento econômico, base central do modelo capitalista de Estado, assumiu o protagonismo na pauta internacional há décadas, deixando em segundo plano temáticas voltadas a demandas sociais, como, por exemplo, o direito à saúde.

O atual cenário serve para relembrar a importância do direito à saúde para o ser humano, antes mesmo da economia, tendo em vista que para que exista uma economia estável, se faz necessário a existência e manutenção da vida, ao passo em que para que haja vida, se faz necessário um mínimo estado de saúde.

A saúde passou por uma longa fase de evolução no percurso histórico da humanidade até o ponto de ser promovida à direito humano social, que deve ser prestado pelo Estado, de forma universal e igualitária. Sendo hoje, portanto, previsto nos mecanismos de promoção e proteção de direitos humanos em âmbito internacional, como na Declaração Universal dos Direitos Humanos, nos Pactos Internacionais de Direitos Humanos de 1966, na Declaração de Viena de 1993, na Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem e na Convenção Americana sobre Direitos Humanos – Pacto de São José da Costa Rica por meio do Protocolo de San Salvador.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 foi promulgada, ao menos em seu texto, com uma significativa carga valorativa de princípios democráticos, como a maior vista até hoje na história constitucional brasileira, como explicita o seu texto preambular, “a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos”. Tanto é verdade que estabeleceu o princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento da República, além de reservar o Título II inteiro para os Direitos e Garantias

Fundamentais, no qual é previsto os direitos e deveres individuais e coletivos; os direitos sociais; os direitos de nacionalidade; os direitos políticos e dos partidos políticos. Reservou, também, o Título VIII para tratar da ordem social, o qual notadamente evidencia-se como desdobramento da dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988)

Diante de tantos direitos e garantias se sobressai o direito à saúde, sendo este um direito social, com guarida no artigo 6º no Capítulo II do Título II da CRFB/1988; e na Seção II, do Capítulo II, do Título VIII, da CRFB/1988, mais precisamente nos artigos 196 a 200. A saúde se apresenta como um direito de todos os indivíduos e como dever do Estado, devendo ser garantida 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, conforme estabelece a redação do artigo 196, CRFB/1988.

Por esta razão foi editada a Lei nº 8.080/1990, por meio da qual é criado o Sistema Único de Saúde, bem como dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, onde em seu artigo 19-M, Inciso I, dispõe que a assistência terapêutica integral consiste na dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado. Para que seja possível a dispensação do medicamento gratuito ao cidadão para tratamento da saúde, o respectivo medicamento ou substância terapêutica deve constar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, editada pelo Ministério da Saúde¹.

Todavia, no ano de 2014, surge um movimento no Brasil, a partir do *leading case* Anny Fisher, garotinha brasileira com 5 anos de idade, portadora da síndrome CDKL5, que tratou de revelar a fragilidade da política de saúde brasileira, diante da dificuldade enfrentada pelos pais de Anny para que sua filha pudesse acessar o seu direito humano à saúde por meio do uso terapêutico da

¹A RENAME é a lista que define os medicamentos que devem atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira no Sistema Único de Saúde (SUS). A lista atual foi editada no ano de 2017 e conta com 869 itens.

cannabis. Anny tem sua história de sucesso no controle de crises convulsivas, com o uso de um óleo rico em canabidiol – CBD, substância que compõe a *cannabis*, apresentada no programa Fantástico. Anny foi a primeira paciente a conseguir na justiça o direito a importação do óleo.

O grande impasse para a promoção do direito à saúde, neste sentido, se revela diante de casos onde o ser humano necessita realizar tratamento por meio de substância proibida, como a maconha, que apresentam resultado efetivo na saúde do usuário. Observa-se que há a disposição constitucional que resguarda o direito à saúde, o qual deve ser viabilizado por meio de políticas públicas, todavia, o que fazer quando a política pública não alcança a satisfação do direito à saúde de forma universal?

A *cannabis* é considerada uma droga ilícita pela atual política de drogas brasileira, prevista na Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, como uma das plantas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas, incluindo o THC (tetraidrocanabinol), substância presente na *cannabis*, na lista F2 que trata sobre substâncias psicotrópicas, a considerando uma substância de uso proscrito no Brasil, apesar de não fazer menção alguma ao CBD (canabidiol).

Diante do sucesso de Anny Fisher no controle de convulsões epiléticas, o debate acerca do uso terapêutico da *cannabis* foi ganhando proporções cada vez maiores no Brasil, o que acabou contagiando outros pais e mães pelo país, e as histórias de controle de crises convulsivas se multiplicaram. Dentre estes, um grupo de pessoas com epilepsia do estado da Paraíba se destacam, tendo em vista que conseguiu, junto ao ministério público federal, a primeira liminar favorável a um grupo de pessoas, para importação do óleo rico em CBD.

Este grupo de paraibanos conseguiu o direito de importação de óleo à base de *cannabis* para 16 pacientes de 15 famílias, por meio de decisão judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0802543-14.2014.4.05.8200, no ano de 2014, sendo que no ano de 2015 essas famílias institucionalizaram o seu movimento e criaram a Liga Paraibana em Defesa da Cannabis Medicinal, popularmente chamada de Liga Canábica, que atualmente ocupa um papel cada

vez mais atuante no que diz respeito a luta em defesa dos usos tradicionais da *cannabis*, mais notadamente o uso terapêutico.

Todavia, o acesso ao direito humano à saúde por meio do uso terapêutico da *cannabis*, ainda hoje, tem sido um drama para as famílias de pessoas que sofrem de patologias que poderiam ser tratadas por meio de tratamento à base de *cannabis*, demandando o apoio técnico e científico de universidades e da ação de defesa de instituições, como o Ministério Público Federal e a Defensoria Pública da União. O Brasil tem adotado uma política penal referente as drogas, que ao invés de promover um conhecimento científico alimenta preconceitos e aumento da violência, fortalecendo um senso comum que reproduz a criminalização e o inchaço do sistema prisional.

Além disto, aqueles que necessitam de maneira urgente de tratamento à base de *cannabis* têm que enfrentar a posição conservadora em relação a descriminalização da *cannabis* para fins terapêuticos da ANVISA, órgão responsável pelo controle sanitário de diversos produtos, tais como medicamentos, alimentos e cosméticos. Entretanto, há vidas humanas que dependem do uso terapêutico da *cannabis* para manutenção da vida e melhoria do bem-estar físico, psíquico e social.

Neste sentido, este trabalho tem como objetivo geral analisar a luta pelo acesso ao direito humano à saúde através do uso terapêutico da *cannabis* no estado da Paraíba, por meio do movimento encabeçado por famílias paraibanas que culminou na fundação da Liga Canábica, em meio as suas conquistas e dificuldades. Para tanto, pretende-se como objetivos específicos: contextualizar o direito à saúde como direito humano no âmbito internacional e nacional de modo a situar as políticas de saúde e medicamentos identificando limites e impasses ao acesso dessas políticas pelo indivíduo; segundo, fundamentar historicamente o uso da *cannabis* como substância terapêutica, os impasses em face da perspectiva proibicionista da política de drogas convergindo para o surgimento de lutas e movimentos pela descriminalização das drogas; por fim, reconstituir o processo de luta de familiares pelo direito dos filhos e parentes com patologias neurológicas de acessarem o direito humano à saúde através da *cannabis*, desde o ajuizamento da Ação Civil Pública nº 0802543-14.2014.4.05.8200, ajuizada em 31 de julho de 2014, até o momento

de institucionalização deste movimento, fazendo com que surgisse a Liga Canábica na Paraíba, sua atuação e dificuldades no cenário atual.

A pesquisa será realizada se valendo do método dialético-hermenêutico, tendo em vista a necessidade de se contemplar um movimento inicial de síntese, situando o problema, suas contradições, determinantes e condicionantes, por intermédio de uma abordagem qualitativa, tendo em vista que este tipo de abordagem proporciona ao pesquisador maior flexibilidade para se alcançar o resultado almejado no âmbito das ciências sociais, uma vez que foge do modelo tradicional positivo trazido pela pesquisa quantitativa.

A pesquisa qualitativa recobre, hoje, um campo transdisciplinar, envolvendo as ciências humanas e sociais, assumindo tradições ou multiparadigmas de análise, derivadas do positivismo, da fenomenologia, da hermenêutica, do marxismo, da teoria crítica e do construtivismo, e adotando multimétodos de investigação para o estudo de um fenômeno situado no local em que ocorre, e, enfim, procurando tanto encontrar o sentido deste fenômeno quanto interpretar os significados que as pessoas dão a eles (CHIZZOTTI, 2014, p. 28).

Por esta razão a pesquisa adentra o campo da interdisciplinaridade, ao passo em que versa sobre assuntos pertencentes a diversas ciências sociais. Desta maneira, uma abordagem qualitativa se manifesta como mais apropriada para se alcanças os objetivos almejados por esta pesquisa. Ato contínuo será utilizado o raciocínio indutivo no desenvolvimento da pesquisa, partindo-se da observação de casos concretos individuais para a análise do geral.

De acordo com o raciocínio indutivo, segundo Lakatos (2003), a generalização não deve ser buscada aprioristicamente, mas constatada a partir da observação de casos concretos suficientemente confirmadores dessa realidade, assevera, ainda, a autora que constitui o método proposto pelos empiristas (Bacon, Hobbes, Locke, Hume), para os quais o conhecimento é fundamentado exclusivamente na experiência, sem levar em consideração princípios preestabelecidos. Nesse sentido, o raciocínio indutivo já era tido como método por excelência das ciências naturais e com o advento do positivismo passou a ser proposto também como método mais adequado para a investigação nas ciências sociais. Serviu para que os estudiosos da sociedade

abandonassem a postura especulativa e se inclinassem a adotar a observação como procedimento indispensável para atingir o conhecimento científico.

Desta maneira, por meio do raciocínio indutivo será possível obter prováveis conclusões gerais do fenômeno estudado, a partir do estudo de casos concretos individuais, contribuindo significativamente para o resultado almejado pela pesquisa.

As técnicas de pesquisa utilizadas serão a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental para tratar do quadro conceitual e teórico, assim como das políticas de saúde. Para Manzo (1971. p. 32 apud LAKATOS, 2003, p. 182), a pesquisa bibliográfica "oferece meios para definir, resolver, não somente problemas já conhecidos, como também explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizaram suficientemente". Desta forma, a pesquisa bibliográfica se concentrará primeiramente na parte conceitual e contextual, para que após isto, seja possível se realizar a pesquisa documental, a qual será realizada por meio de documentos públicos e particulares, além da entrevista.

A pesquisa bibliográfica será realizada por meio da análise de publicações de livros, teses, dentre outros pertinentes ao tema pesquisado. O trabalho faz uma interlocução teórica com autores críticos dos direitos humanos, do direito e da política de saúde, a exemplo de Ana Paula Oriola de Raeffray (2005) e Eugênio Vilaça Mendes (1995), Marco Túlio Zanchi (2010) e Michel Foucault (1984), Noberto Bobbio (2004) e Renato Malcher-Lopes e Sidarta Ribeiro (2007), além de publicações na imprensa escrita nos sites do Ministério da Saúde, ANVISA, MPF, Liga Canábica.

A pesquisa documental por sua vez, utilizará como fontes referentes a legislação e gestão, tais como, planos e programas, relatórios, ofícios, dentre outros, obtidos em bibliotecas físicas e virtuais, além dos autos Ação Civil Pública nº 0802543-14.2014.4.05.8200, ajuizada em 31 de julho de 2014. Figuram como sujeitos da pesquisa representantes da Liga Cannábica, que participaram do movimento que culminou na ação civil pública e, posteriormente, na fundação da Liga Canábica, que também possuem parentes que necessitam da *cannabis* terapêutica.

Para análise das entrevistas a pesquisa usará o método de análise temática dos conteúdos, tendo como referencial teórico-metodológico os

estudos de Bardin (2016) onde envolve durante o processo de análise: a leitura flutuante dos textos, a classificação, categorização, a interpretação e análise dos conteúdos temáticos. Destarte, o conteúdo será analisado seguindo os três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material recolhido e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Para Bardin, a análise de conteúdo tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo a informação, por intermédio de procedimentos de transformação (BARDIN, 2016). Esta análise será realizada a partir documentos públicos e privados obtidos no decorrer da pesquisa, os quais serão classificados e categorizados e interpretados, ao passo em que serão realizadas análises temáticas dos conteúdos das entrevistas.

Ato contínuo, de acordo com as Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos deve ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de forma que, caso receba sua aprovação, possa ser iniciada em seguida a coleta de dados, conforme prevê a resolução.

Deste modo, esta pesquisa foi submetida ao CEP, da Plataforma Brasil, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sendo aprovada por meio do Parecer nº 3.933.863, com número CAAE 29830520.9.0000.5188, no dia 25 de março de 2020, tendo a coleta de dados sido iniciada no dia 30 do mesmo mês, com a realização da entrevista.

A dissertação envolverá três capítulos. O capítulo um insere a construção teórica sobre a noção de saúde, como fenômeno e como direito humano. Sendo adotada uma perspectiva integral e crítica dos direitos humanos. Em seguida, será realizada uma abordagem crítica da política de saúde no Brasil implementada a partir do texto da Constituição Federal de 1988, com uma análise do sistema de saúde com ênfase na política de medicamentos adotada pelo país.

O capítulo dois trata dos fundamentos científicos do uso terapêutico da *cannabis*, sendo evidenciado o seu papel na história da humanidade e sua ação no organismo humano, de modo a contextualizar a perspectiva proibicionista na política de drogas no Brasil como um problema para o campo

dos direitos humanos, bem como a emergência de movimentos sociais de resistência em defesa da descriminalização da maconha;

O capítulo três, apresenta o resultado da pesquisa de cunho qualitativo sobre a história de lutas das famílias paraibanas que conseguiram por meio Ação Civil Pública nº 0802543-14.2014.4.05.8200 a autorização para importação de óleo rico em CBD. Deste modo, será realizada uma abordagem acerca do processo de dor e sofrimento que levou estas famílias à buscarem por meio do Judiciário o acesso ao direito humano à saúde através do uso terapêutico da *cannabis*, como também a maneira que esta luta alcança o patamar de movimento social e se institucionaliza dando forma a Liga Canábica, suas ações estratégicas, resultados e barreiras ainda enfrentadas.

1 O DIREITO HUMANO À SAÚDE

A noção de saúde como um direito humano é um processo recente na história da humanidade. Nem sempre a saúde foi compreendida como um estado de bem-estar físico, psíquico e social, seja no âmbito individual ou coletivo. Desta maneira, com o objetivo de apresentar a evolução da saúde até a sua conceituação atual, este trabalho traçou um percurso histórico desde a medicina grega até a medicina ocidental moderna, a qual segundo Michel Foucault (1984) trata de uma medicina social.

No campo dos direitos humanos a inserção do direito social como parte da noção universal de direitos humanos só foi possível após o período Pós II Grande Guerra Mundial (1948) quando a humanidade se viu diante graves violações aos direitos humanos, quando a dignidade humana foi posta ao desaparecimento. Diante dos impactos econômicos e sociais das duas guerras mundiais a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) tratou de positivar os direitos sociais como direitos humanos associando-os com os direitos de liberdade, os direitos políticos, os direitos econômicos e culturais e a fraternidade – todos indissociáveis como bens comuns da humanidade.

Outros importantes instrumentos foram firmados para a garantia dos direitos individuais e coletivos com os direitos dos povos, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e o Pacto dos Direitos Civis e Políticos firmados em 1966 em plena guerra fria, quando sistemas políticos divergentes disputavam a hegemonia econômica e política das nações.

O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais tratou de dar ênfase e obrigatoriedade no âmbito internacional, dos direitos coletivos, cabendo aos Estados signatários seu respeito, promoção, proteção e efetivação. Além da Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), a Organização Mundial da Saúde (OMS) dentre outros órgãos das Nações Unidas, têm atuado pela promoção da paz e dos direitos econômicos, sociais e culturais

dos povos, assim como, para promover o intercâmbio e a proteção dos direitos humanos, tanto no âmbito universal, regional e nacional.

No presente capítulo faremos uma análise histórica do direito à saúde e sua efetivação nas políticas públicas para sua efetivação no âmbito nacional (brasileiro), desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS e a política de medicamento adotada no país.

1.1 A SAÚDE COMO FENÔMENO E SUA PREVISÃO COMO DIREITO SOCIAL NOS SISTEMAS DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

A Organização Mundial de Saúde adotou como conceito de saúde a seguinte fórmula: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (RAEFFRAY, 2005, p. 107). Tal perspectiva multidisciplinar altera a noção de saúde uma vez que engloba as várias dimensões do ser humano, criando outra perspectiva integradora para os serviços como afirmadores de um direito humano essencial para preservação da espécie. A saúde como direito social, insere a necessidade de o Estado garantir para todos os seres humanos, sem distinção alguma de cor, sexo, raça, crença, etc., acesso aos serviços de saúde em diversos níveis de complexidade, desde a prevenção básica. Já a saúde como doença restringiu a visão do fenômeno apenas aos aspectos relacionados à patologia.

Todavia, esta conceituação é recente. Para que o direito à saúde fosse alçado ao patamar de direito humano social, foi necessário se atravessar um longo percurso histórico, tendo em vista que durante muito tempo, o objeto de estudo e a preocupação da Medicina foi apenas a doença. Curar o mal, atenuar ou suprimir o sofrimento, evitar a morte iminente foram os objetivos que, desde as origens, o homem procurou alcançar (ZANCHI, 2010).

Na pré-história, a doença era explicada como algo da razão sobrenatural, o que levou o Homem a acreditar que a magia poderia ser o único tratamento possível. Raeffray (2005) afirma que o Homem vivia em íntimo contato com a natureza, dela fazia parte indissociável, além do que, não a dominava. Conviviam com animais predadores, fenômenos naturais e certas

doenças, fatos que ameaçavam a sua sobrevivência, fazendo com que passasse a viver em grupo. A magia era uma prática humana na tentativa de obter resultados específicos com base em certos ritos rigidamente definidos. A magia como afirma RUSSEL era entendida como uma protociência.

Mesmo depois da pré-história, em sociedades organizadas e conhecedoras da escrita - apesar de alguns progressos baseados numa crescente racionalidade -, a medicina continuou com sua base mítica. Embora as origens da tradição médica ocidental sejam colocadas na Grécia, os gregos não foram o único povo do Mediterrâneo que inventou a medicina. A antiga Mesopotâmia e o Egito tinham tradições e textos médicos anteriores à Grécia, sem falar na Índia, Pérsia, China e outros povos orientais que também clamam por primazia. A abundância de novas descobertas a partir de escavações, bem como a reinterpretação de fragmentos de textos antigos escritos em argila reconstituem em parte as medicinas correspondentes (GOTTSCHELL, 2007, p. 17).

Existem relatos históricos que evidenciam práticas médicas durante a antiguidade, principalmente nas regiões da Babilônia e Egito, práticas estas fundamentadas em concepções mágicas, religiosas e de receitas práticas para a cura de doenças, o que levava à procura da cura em rituais místicos, em templos sagrados e com o uso de ervas e plantas. Entretanto, apesar de não ser na Grécia os primeiros registros históricos de presença de práticas médicas, a medicina como é conhecida atualmente encontra suas raízes na medicina grega, uma vez que foram os gregos, por meio de filósofos como: Tales de Mileto, Heráclito, Pitágoras e do considerado por muitos o maior médico da história, conhecido como “pai da medicina”, Hipócrates, os responsáveis pela ruptura entre religião e a medicina.

Os gregos são com razão considerados os fundadores da nossa medicina, haja vista, que grande parte da terminologia ainda hoje usada é de origem grega. Na *Ilíada*, Homero menciona Asclépio como tendo sido um médico da Tessália, de extraordinário saber. Seu culto, como divindade curadora, espalhou-se pouco a pouco, a partir do século VI a.C., por toda Grécia, a tal ponto que haviam mais de duzentos templos a ele dedicados (BALBINI, apud ZANCHI, 2010, p.21).

Roma também merece destaque no tocante a evolução da medicina. Não tanto quanto a Grécia, pois muitos historiadores afirmam que Roma tratou de reproduzir, em vários aspectos, a medicina praticada no território grego, chegando ao ponto de, em 46 a.C., Júlio Cesar ter concedido cidadania aos médicos gregos, atribuindo-lhes mais prestígio e salários pagos pela Corte, como ocorreu, por exemplo, com: Celso, Asclepiades de Prusa, Rufo, Areteus, Dioskorides, Sorano e o maior de todos: Galeno. (ZANCHI, 2010). Todavia, os romanos atribuíam importância singular ao relacionamento entre o ser humano e o meio ambiente, acreditando que se tratava de fator primordial para a manutenção da saúde. Desta forma, Raeffray (2005) afirma que por terem esta consciência, os romanos desenvolveram um complexo e inigualável sistema de esgoto, banhos, aquedutos e de suprimento de água como medidas de saneamento, ramos importantes da Saúde Pública.

Destarte, os romanos possuem papel de destaque na criação das balizas para a implementação da Saúde Pública como é conhecida atualmente. Além disto, Roma contribuiu de maneira muito importante, também, para a organização dos serviços médicos, na área da assistência à saúde como um serviço mantido pelo Estado.

No século II d.C, criou-se um serviço público, nomeando-se médicos públicos, prática que se espalhou da Itália à Gália e, ainda, à outras províncias, cuja função era a de atender os cidadãos pobres. Roma também contribuiu para a assistência médica organizada com a instituição das *iatreia*, ou salas de cirurgia, e das *valetudinaria*, ou enfermarias destinadas aos escravos, instituições análogas ao que posteriormente seria conhecido como hospital. A fundação, durante a Idade Média, de hospitais para pobres e indígenas nasceu das *valetudinaria* romanas (RAEFFRAY, 2005, p. 31).

Neste sentido, apesar dos romanos terem praticamente reproduzido o modelo grego de saúde, Marcos Leandro Chaves Leal (2017) afirma que eles melhoraram alguns aspectos nos conceitos de saúde herdados dos gregos, como a criação de termas e banheiros públicos para facilitar a higienização de sua população tal como também a criação de um registro de nascimento e morte, considerados para as estatísticas vitais, e principalmente a criação dos primeiros hospitais propriamente ditos.

Com a derrocada do Império Romano, na Idade Média, o Ocidente passou por uma fase cultural defasada, a qual ficou conhecida como Idade das Trevas. Neste período, as cidades medievais, desenvolvidas a partir de antigas colônias romanas, com receio de ataques bárbaros, passaram a ser construídas no interior de grandes muros. Todavia, isto gerou alguns desdobramentos negativos, como, por exemplo, a falta de suprimento adequado de água e a falta de limpeza das ruas e destinação do lixo.

Segundo Raeffray (2005), a doença circundava o homem medieval, especialmente as epidemias, como a peste de Justiniano (543) e a Morte Negra (1348). Entre as doenças que dizimavam as populações estavam a lepra, a peste bubônica, a varíola, a difteria, a tuberculose, a erisipela, a tracoma, dentre outras. Destas doenças as que mais afetavam a população era a lepra e a peste bubônica. Desta maneira, durante este período, Leal (2017) afirma que grande parte dos conhecimentos voltados aos conceitos de saúde obscureceram no esquecimento, passando-se então a prevalecer uma visão dominadora e autoritarista da igreja católica, em que as doenças eram castigos Divinos ou influências diabólicas sobre a alma do indivíduo acarretando danos físicos, injúrias e/ou enfermidades. Se um indivíduo, grupo ou sociedade discordasse dessa visão religiosa era combatido duramente como um herege.

A igreja se encarregou de tratar a lepra, atribuindo-lhe como verdadeira impureza espiritual e punindo com o exílio social aqueles que fossem acometidos por esta patologia. Isto porque, a medicina à época não oferecia nenhum tratamento eficaz que pudesse levar à cura. Em relação à peste bubônica, Raeffray (2005) afirma que se podem vislumbrar medidas efetivas de medicina preventiva, visando erradicar a doença, como por exemplo, a quarentena, método de isolamento no qual as pessoas e objetos são observados por um período específico e sob condições rigorosas, até que se constatasse que não eram portadores da doença.

Assim, com a proliferação das epidemias como a lepra e a peste bubônica, as quais durante o século XIV dizimaram um quarto da população total da Europa (cerca de 25 milhões de pessoas); a sociedade medieval se viu obrigada a desenvolver uma máquina administrativa para prevenção das enfermidades e supervisão sanitária visando a proteção da saúde da comunidade (RAEFFRAY, 2005, p.36).

Destarte, o distanciamento entre saúde, o saber e a ideologia religiosa a partir do contato do ocidente medieval com as ciências árabes, diante da reconquista de territórios como a Sicília e de algumas partes da Espanha Mulçumana, iniciou o protagonismo de um monge do mosteiro Benedito de Montecassino, chamado de Constantino Africano, o qual pode ser considerado como o precursor das modificações intelectuais da época, as quais foram as responsáveis pela criação da escola de medicina de Salerno, no século XIV, e posteriormente outros grandes centros de ensino como *Studiagenerale de Pádua*, Ferrara e Salamarca (LEAL, 2017).

Isto porque o Império Romano no ocidente sucumbiu, entretanto, no oriente perdurou ainda por muitos longos anos, na cidade de Bizâncio. Lá a medicina avançou de maneira surpreendente em relação às outras civilizações existentes à época, como aduz Leal:

O Império Romano Ocidental caiu em 476 d. C., porém o Império Romano do Oriente perdura por mais de mil anos no florescer de Bizâncio. Os conceitos de saúde e doença nessa época se dividiam em dois: antes dos conceitos árabes e depois. Pois a medicina árabe revolucionou a saúde na Idade Média, principalmente no que se dizia respeito à cirurgia, oftalmologia, farmácia e aspectos éticos na saúde, pois os árabes tinham grande embasamento teórico para sua época, tanto que já diferenciavam sarampo de varíola, sabiam que a febre podia ser um agente benigno no corpo humano, promoviam práticas de higiene e valorizavam a relação médico-paciente. Também foram os árabes que criaram o modelo hospitalar intitulado de *Bimaristan*, modelo este que já apresentava uma separação física por patologias para melhor distribuição de cada paciente. Um dos grandes colaboradores que elevou a medicina islâmica foi Islã, com mais de 200 obras. Ele reconheceu a gripe e a tuberculose como doença contagiosa, atentou-se para a possibilidade de transmissão de doenças através da água e da terra, e até relatou sobre Diabetes Mellitus. Portanto, o império Romano Oriental através de sua grande evolução médica – científica marcou história não só no Oriente, mas no Ocidente também. (LEAL, 2017, p. 57)

Desta maneira, analisando a evolução da assistência à saúde durante a Idade Média, não se pode refutar como uma grande façanha, pois os esforços para lidar com os problemas sanitários da vida urbana, para criar medidas administrativas (como a quarentena), para criar hospitais e oferecer cuidados

médicos e assistência social se distinguem sobremaneira, se consideradas as superstições abundantes e carência de conhecimento científico (RAEFFRAY, 2005).

Pode-se afirmar que, apesar da falta de brilho intelectual e científico, a Idade Média encerra-se resgatando conceitos de saúde greco-romanos, que se perderam no início deste período. Note-se, também que, apesar de tímidas ações preventivas até o momento, a saúde se resumia a oferta de tratamento àqueles que se encontrassem acometidos por alguma doença, por meio de procedimentos individuais e curativos. Por esta razão, o conceito de saúde significava simplesmente ausência de doença, pois naquela época sequer se imaginava a saúde como requisito para uma qualidade de vida e um bem-estar social.

Outro ponto que merece destaque é que a saúde neste momento da história não era considerada um direito humano que deveria ser garantido a todos os seres humanos simplesmente pela sua condição, pois apenas os considerados cidadãos faziam jus à assistência médica individual e curativa. Tanto é que na Grécia, não era despendido tratamento de saúde para os trabalhadores, os quais, na sua maioria, eram escravizados, enquanto que os romanos tratavam da saúde dos seus trabalhadores, sendo reconhecidas, inclusive enfermidades que eram comuns entre os escravizados. Entretanto, não existia qualquer preocupação da comunidade para protegê-los destas doenças.

A bem da verdade vivia-se a era do Estado Liberal, instaurado a partir da Magna Carta no ano de 1215, na Inglaterra, pelo rei João Sem Terra, a qual conferia limites ao poder estatal em defesa das liberdades individuais. Portanto, se buscava naquele momento uma prestação negativa do Estado, com respeito às liberdades individuais, distinto quando se trata de direitos sociais à serem prestados pelo Estado. Também foram editadas, na Inglaterra, no século XVII, outras declarações que representaram a positivação de direitos e das liberdades, reconhecidos aos cidadãos ingleses, tais como: *Petition of Rights*, de 1628, firmada por Carlos I, o *habeas corpus*, de 1679, firmado por Carlos II, e o *Bill of Rights*, de 1689, promulgadas pelo Parlamento, entrando em vigor já no reinado de Guilherme d'Orange, como resultado da Revolução Gloriosa, de 1688. Ocorre que entre meados do século XIV e o fim do século XVI, surge no continente

européu o movimento que tratou de desencadear a passagem da Idade Média para a Idade Moderna, o qual ficou conhecido como “Renascentismo”. Neste período, ocorreu uma expansão comercial e financeira no continente, com uma forte ascensão da classe dos mercadores, ou burgueses, não mais fundada na terra, mas no dinheiro ou objetos comerciais que pudessem ser convertidos em dinheiro.

A evolução econômica do Estado durante o Renascentismo corroborou com a evolução cultural, intelectual e científica. Este quadro contribuiu para grandes avanços na área da medicina, como a pesquisa do corpo humano por meio da dissecação de cadáveres, pelo médico de Bruxelas, Andreas Vesalius; descoberta da circulação pulmonar pelas artérias, pelo médico espanhol Miguel Servet, descoberta que mais tarde seria completada por William Harvey, analisando o retorno do sangue ao coração pelas veias; bem como o surgimento da Era Microbiológica, que consistia na observação das doenças pestilenciais, pelo pioneiro Antonie Van Leeuwenhoek. (RAEFFRAY, 2005)

Durante este período surge o esboço de uma atenção especial em relação às doenças dos trabalhadores. Isto porque, o mercantilismo, considerado como práticas econômicas que estimulava a capacidade de acumulação nas colônias, seja pela exploração dos recursos naturais ou dos metais preciosos, demoraram em consubstanciar uma ideologia de que o Estado se fortaleceria a partir do bem-estar da sociedade.

Antes de tudo, o mercantilismo trouxe no seu bojo a concepção de sociedade, cujo bem-estar deveria equivaler ao do Estado. Para os políticos, em todos os países, em monarquias ou cidades-estados, havia uma questão importante: que rumo deve o governo seguir para aumentar o poder e riquezas nacionais? Segundo entendiam os soberanos e seus conselheiros, antes de tudo fazia-se necessária uma população grande; em segundo lugar, cuidar dessa população, no sentido material; e em terceiro, controlá-la, de maneira a se poder utilizá-la segundo os interesses da política pública. O fortalecimento de poder do Estado (império) dependia do fortalecimento da política social, destinando-se alguma atenção aos problemas de saúde (RAEFFRAY, 2005, p. 49-50).

Destarte, o Estado direcionava atenção as doenças dos trabalhadores não por preocupação com o bem-estar individual e coletivo da classe, tampouco por lhes conferir um direito social, como, em tese, ocorrem atualmente, mas sim com o intuito de fortalecer a si próprio. Vigorava a noção de ser humano reduzido a um elemento de produção qualquer, para satisfazer o sistema mercantilista e, conseqüentemente, fortalecer o poder e a soberania financeira dos países colonizadores.

Todavia, é inegável o fato de que a medicina moderna encontra seu germe durante o Renascentismo, devido evoluções ocorridas à época, nos setores cultural, econômico, intelectual e, mais precisamente, científico; rompendo, paulatinamente, com os credos e ensinamentos eclesiásticos. Entretanto, a saúde coletiva ainda era ignorada, conforme afirma George Rosen (1994), nem a Anatomia ou a Fisiologia tiveram algum efeito maior sobre a administração dos problemas de saúde comunitária. A comunidade dos séculos XVI e XVII, e até mesmo do XVIII, lidava com problemas de doenças epidêmicas, assistência médica, saneamento ambiental e suprimento de água quase do mesmo modo medieval.

Com o nascimento do “Iluminismo”, fruto das sangrentas lutas religiosas ocorridas nos séculos XVI e XVII, inicia-se a queda do sistema feudal e o nascimento de uma nova força social, a burguesia. Neste período ocorre uma mudança de foco em relação ao Homem, pois a lei passa a ser idealizada para o Homem e não contra o ele, enfraquecendo, portanto, os ideais mercantilistas aflorados durante o “Renascentismo”, o que colaborou com o desenvolvimento da proteção médica. Segundo Savian Filho (2012, apud LEAL, 2017), esse movimento apresentou fortes características como a propagação da filosofia, do direito e outras áreas do saber, além da busca pelo progresso, e perfectibilidade humana, tendo o conhecimento racional como forma de evolução e transcendentalismo da raça humana.

No pensamento iluminista estava arraigada a convicção de que os problemas de saúde e as doenças eram fenômenos sociais de muita importância para o indivíduo e para a comunidade, suscitando a necessidade da intervenção do governo na assistência, entretanto, não pelo sentimento de caridade, mas pela intenção de controlá-los de modo racional e inteligente (RAEFFRAY, 2005).

Durante o Iluminismo a loucura e demais distúrbios mentais passaram a ser tratados cientificamente, tendo em vista que até a Idade Média eram tidos como decorrentes de influências demoníacas. Nesse período ocorre na psiquiatria o surgimento das ideias de Philippe Pinel, (1754-1826) que revolucionou vários conceitos no segmento da saúde mental, principalmente na abordagem da esquizofrenia, que segundo ele era caracterizada pela deterioração das capacidades mentais (OLIVEIRA, 2011 apud LEAL, 2017).

Concomitantemente ao movimento cultural denominado Iluminismo, inicia-se na Inglaterra um movimento econômico marcado pelo processo de industrialização que tratou de promover a substituição do trabalho artesanal pelo assalariado e com o uso das máquinas. Este processo ficou conhecido como a Revolução Industrial, a qual provocou um conjunto de mudanças na Europa nos séculos XVIII e XIX. Raeffray (2005) aduz que a Revolução Industrial evidencia a preocupação com as condições de trabalho e com as doenças associadas a certas ocupações, considerados os riscos a que estavam expostos os trabalhadores nas grandes fábricas.

Vale salientar que com a Revolução Industrial, o conceito de risco social foi ampliado, ante as mudanças provocadas na sociedade no período. Por esta razão, a assistência pública e também a privada já não davam conta das necessidades da população. Assim começam a surgir fundos profissionais com o objetivo de auxiliar seus membros em casos de qualquer eventualidade, como desemprego ou doença, na Inglaterra eram estes fundos eram conhecidos como *Friendly Societies*.²

A Revolução Francesa de 1789 consubstanciada nos princípios da liberdade, igualdade e fraternidade, buscou enaltecer e declarar solenemente os direitos naturais, inalienáveis e sagrados do homem, por meio da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, cessando o absolutismo monárquico e inaugurando uma sociedade baseada no capital, onde a ascensão ao poder se dá por meio do domínio deste capital e não mais pela hereditariedade. Neste período observa-se grandes avanços em relação a medicina com surgimento de tecnologias como a anatomia patológica de Marie François Xavier Bichat, antes

² A Inglaterra foi o primeiro país onde surgiram as sociedades corporativas de socorro mútuo, denominadas *Friendly Societies*

estudada por Giovanni Battista Morgagni, a invenção do estetoscópio por Laenec e a medicina experimental, por meio da fisiologia, patologia e farmacologia, de Claude Bernard. Nasce, portanto, a medicina moderna, em meio a um modelo de Estado baseado no liberalismo e no capitalismo.

A medicina moderna, nos modelos capitalistas, poderia ser uma medicina individualista, baseada na relação médico-paciente, muito tecnológica, conhecendo unicamente a relação de mercado, seja público, seja privado; do médico com o doente, ignorando a dimensão global, coletiva da sociedade, excluindo, muitas vezes, os aspectos biopsicossociais, detendo-se nos sinais e sintomas das doenças, em segmentos diferentes do corpo humano, com especialidades e altas complexidades (ZANCHI, 2010, p. 53).

Neste raciocínio, conforme apontado acima, a medicina moderna poderia seguir o modelo liberal e capitalista adotado pelo Estado moderno, prezando pela medicina individualista, focada no indivíduo em particular e não se preocupando com a saúde da sociedade de maneira coletiva. Entretanto, Michel Foucault (1984), em sua obra intitulada “Microfísica do Poder”, afirma que a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social, que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente.

O autor sustenta que o capitalismo não tratou de individualizar a saúde, mas que com o capitalismo, a saúde que era privada (individual) passou a ser social, isto porque o capitalismo tratou de, antes de tudo, socializar o corpo humano enquanto força de produção e força de trabalho, tendo em vista que o controle da sociedade sobre os indivíduos não se dá apenas pela consciência ou pela ideologia, mas começa pelo corpo, com o corpo. Portanto, Foucault afirma que o corpo é uma realidade bio-política e a medicina é uma estratégia bio-política.

Todavia, o corpo não foi de início, o objeto do poder médico, mas que a medicina propriamente dita sofreu um processo de evolução para que pudesse ser social, podendo-se afirmar que o nascimento da medicina social passou por três etapas de formação: medicina de Estado, medicina urbana e medicina da força de trabalho.

Foucault (1984. p.82) assevera que no final do século XVI e começo do século XVII as nações do mundo europeu se preocupavam com estado de saúde de suas populações simplesmente sob o ponto de vista político, econômico e científico na perspectiva do modelo mercantilista dominante à época, o qual consistia essencialmente em majorar a produção da população, a quantidade de população ativa, a produção de cada indivíduo ativo e, a partir daí, estabelecer fluxos comerciais que possibilitassem a entrada no Estado da maior quantidade possível de moeda, por meio da qual se pagava os exércitos e tudo o que assegurasse a força real de um Estado com relação aos outros. Afirma, ainda:

Nesta perspectiva, a França, a Inglaterra e a Áustria começaram a calcular a força ativa de suas populações. E assim que, na França, se estabelecem estatísticas de nascimento e mortalidade e, na Inglaterra, as grandes contabilidades de população aparecem no século XVII. Mas, tanto na França quanto na Inglaterra, a única preocupação sanitária do Estado foi o estabelecimento dessas tabelas de natalidade e mortalidade, índice da saúde da população e da preocupação em aumentar a população, sem, entretanto, nenhuma intervenção efetiva ou organizada para elevar o seu nível de saúde (FOUCAULT, 1984, p. 82).

A primeira etapa da socialização da medicina, portanto, foi a medicina de Estado, que se desenvolveu na Alemanha, no começo do século XVIII, onde diferentemente da França e Inglaterra, se desenvolveu uma política médica efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população, política médica esta chamada de polícia médica, a qual consiste, segundo Foucault (1984) em: 1º) Um sistema muito mais completo de observação da morbidade do que os simples quadros de nascimento e morte; 2º) Um fenômeno importante de normalização da prática e do saber médicos; 3º) Uma organização administrativa para controlar a atividade dos médicos e 4º) A criação de funcionários médicos nomeados pelo governo com responsabilidade sobre uma região, seu domínio de poder ou de exercício da autoridade de seu saber.

Essa medicina de Estado que aparece de maneira bastante precoce, antes mesmo da formação da grande medicina científica de Morgani e Bichat, não tem, de modo algum, por

objeto a formação de uma força de trabalho adaptada às necessidades das indústrias que se desenvolviam neste momento. Não é o corpo que trabalha, o corpo do proletário que é assumido por essa administração estatal da saúde, mas o próprio corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado: é a força, não do trabalho, mas estatal, a força do Estado em seus conflitos, econômicos certamente, mas igualmente políticos, com seus vizinhos. E essa força estatal que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver. Há uma espécie de solidariedade econômico-política nesta preocupação da medicina de Estado. Seria, portanto, falso ligar isto ao cuidado imediato de obter uma força de trabalho disponível e válida (FOUCAULT, 1948, p. 84).

Percebe-se que a medicina de Estado adotada pela Alemanha em meados do século XVIII não visava fortalecer o indivíduo a fim aumentar sua capacidade produtiva para obter e regular uma mão-de-obra com condições de produção. Buscava o fortalecimento do Estado para que este pudesse exercer o controle social e se fortalecer como Estado propriamente dito perante os outros. Nas palavras de Marco Aurélio Antas Torronteguy (2010) o Estado quem assumiu, originalmente, a tarefa de promover a saúde pública, mas esse processo histórico não foi pautado pelo ideal de um direito humano e sim pela ideia de exercer um poder sobre a sociedade do trabalho.

Isto porque, a Alemanha tornou-se um Estado unitário tardiamente, apenas após a conscientização dos pseudo-estados que faziam parte de sua composição em se unir para formar um Estado forte, bem como ante a estagnação do desenvolvimento econômico atravessado pela Alemanha, no século XVII, depois da guerra dos 30 anos e dos grandes tratados entre França e Áustria, fator importante para provocar a união entre a burguesia e os soberanos. Por esta razão, nasce primeiro na Alemanha a ciência de Estado e não na França ou Inglaterra, países mais desenvolvidos economicamente e politicamente.

Desta forma, Foucault (1984) afirma que a medicina de Estado moderna nasce com o máximo de estatização e que, desde a medicina de Estado alemã, nenhum outro Estado ousou propor uma medicina tão nitidamente funcionarizada, coletivizada, estatizada quanto a Alemanha desta época. Portanto, percebe-se que não se passou de uma medicina individual a uma medicina social, mas que os outros modelos de medicina social dos séculos XVIII

e XIX são atenuações do modelo estatal apresentado na medicina de Estado alemã.

A segunda etapa da socialização da medicina para Foucault ocorreu na França, no fim do século XVIII, sendo fundamentada na urbanização e não no Estado como na Alemanha. É com o desenvolvimento das estruturas urbanas que se desenvolve, na França, a medicina social. Por esta razão ficou conhecida como medicina urbana. A França neste período não se constituía de uma unidade territorial internamente, o que existia era um conjunto de poderes detidos pelos leigos, pela igreja, por comunidades religiosas e corporações, com autonomia e jurisdição próprias. Isto gerava inúmeros conflitos, tendo em vista que em uma única cidade poderia se notar a presença de poderes e jurisdição distintos.

Quase no fim do século XVIII, porém, observou-se a necessidade de unificação dos poderes nos centros urbanos em face de uma razão econômica, pois o desenvolvimento do mercado e da indústria exigia um corpo urbano unificado de modo coerente, homogêneo e bem regulamentado. Como também uma razão política, pois com o crescimento da desigualdade social, o que incitou a divisão da população entre ricos e pobres, plebe e burguês, acabou por provocar conflitos e revoltas recorrentes, as chamadas revoltas de subsistência, ocorridas nos centros urbanos, o que levou a necessidade de um poder político urbano forte e unitário.

No Brasil, o início do século XX, entre 10 e 16 de novembro de 1904 ocorreu no Rio de Janeiro, na época, capital do Brasil a chamada Revolta da Vacina, considerada uma manifestação popular de resistência as ações sanitárias do Estado (obras públicas para o combate às doenças) em face das epidemias de febre amarela e varíola. Isso resultou no processo de reurbanização da cidade que implicou no desalojamento de cortiços e o afastamento da população para áreas afastadas como os morros, hoje verdadeiras cidades dos pobres. Os serviços públicos nesse contexto, segundo Marques (1997) modernizavam nos aspectos técnicos e administrativos das ações sanitárias do setor público.

Nasce segundo Foucault (1984) o que se chamou de medo urbano. O medo urbano se traduzia na angústia diante das cidades provocadas por medos

das oficinas e fábricas que estavam se construindo, do amontoamento da população, das casas altas demais, da população numerosa demais; medo, também, das epidemias urbanas, dos cemitérios que se tornavam cada vez mais numerosos e invadiam pouco a pouco a cidade, medo dos esgotos, das caves sobre as quais são construídas as casas que estavam sempre correndo o perigo de desmoronar. Este pânico urbano é característico deste cuidado, desta inquietude político-sanitária que se forma à medida que se desenvolve o tecido urbano.

A medicina urbana desenvolvida na França pode ser considerada como uma continuação do modelo médico e político da quarentena surgido no final da Idade Média para tratar da peste negra, e consiste em três grandes objetivos, quais sejam:

1º) Analisar os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo que, no espaço urbano, pode provocar doença, lugares de formação e difusão de fenômenos epidêmicos ou endêmicos. São essencialmente os cemitérios. É assim que aparecem, em torno dos anos 1740 - 1750, protestos contra o amontoamento dos cemitérios e, mais ou menos em 1780, as primeiras grandes emigrações de cemitérios para a periferia da cidade. É nesta época que aparece o cemitério individualizado, isto é, o caixão individual, as sepulturas reservadas para as famílias, onde se escreve o nome de cada um; 2º) A medicina urbana tem um novo objeto: o controle da circulação. Não da circulação dos indivíduos, mas das coisas ou dos elementos, essencialmente a água e o ar; 3º) Outro grande objeto da medicina urbana é a organização do que chamarei distribuições e sequências. Onde colocar os diferentes elementos necessários à vida comum da cidade? É o problema da posição recíproca das fontes e dos esgotos ou dos barcos-bombeadores e dos barcos-lavanderia. Como evitar que se aspire água de esgoto nas fontes onde se vai buscar água de beber; como evitar que o barco-bombedor, que traz água de beber para a população, não aspire água suja pelas lavanderias vizinhas? Essa desordem foi considerada, na segunda metade do século XVIII, responsável pelas principais doenças epidêmicas das cidades (FOUCAULT, 1984, p. 89-91).

Assim sendo, percebe-se que a medicina social urbana visa a medicalização da cidade, ou seja, o saneamento dos espaços urbanos, dos elementos que rodeiam a vida humana, como a água, o ar, o solo. Desta forma, garantindo um espaço urbano saudável, garante-se, conseqüentemente, segundo a ideia da medicina social urbana, uma diminuição dos riscos à saúde.

Portanto, a medicalização da cidade provocada por meio da medicina social urbana é importante, nas palavras de Foucault (1984), pois: 1º) foi por meio dela que surge o contato entre ciências extra médicas, notadamente a química, com a prática médica; 2º) a medicina social urbana não é uma medicina dos seres humanos, mas sim das coisas, sendo assim, por meio dela possível se analisar o meio ambiente e os efeitos sobre o organismo e só depois a análise do próprio organismo; 3º) a partir dela surge a noção de salubridade do meio ambiente para que permita a melhor saúde possível. Vê-se, assim, como se está bastante longe da medicina de Estado, tal como é definida na Alemanha, pois se trata de uma medicina muito mais próxima das pequenas comunidades, das cidades, dos bairros, como também não é ainda dotada de nenhum instrumento específico de poder.

A terceira etapa da socialização da medicina, como explicitado na obra “Microfísica do Poder”, ocorreu na Inglaterra. Enquanto na Alemanha se consolidou a medicina social do Estado e na França a medicina social urbana, na Inglaterra surge a medicina social da força do trabalho, dos pobres, dos operários. O autor assevera que a medicina social francesa não levava em conta os pobres como um perigo à sociedade, ante a sua serventia nas tarefas cotidianas, como recolhimento do lixo, entrega de cartas, dentre outras, por esta razão atribuíam importância ao saneamento dos centros das cidades, das coisas, com o pensamento de que estas acarretariam perigo à saúde da coletividade.

Entretanto, apenas no século XIX o pobre surge como um risco, devido a: 1º) a população pobre tornou-se uma força política capaz de revoltar ou pelo menos, de participar de revoltas; 2º) no século XIX encontrou-se um meio de dispensar, em parte, os serviços prestados pela população, com o estabelecimento, por exemplo, de um sistema postal e um sistema de carregadores; 3º) A cólera de 1832, que começou em Paris e se propagou por toda a Europa, cristalizou em torno da população proletária ou plebeia uma série de medos políticos e sanitários.

Sendo assim, devido ao acelerado desenvolvimento industrial presenciado na Inglaterra, é lá onde a medicina se desenvolve destinada aos pobres. A Lei dos Pobres de 1848 é tida como um marco do surgimento da

medicina social na Inglaterra, na medida em que esta lei previa assistência médica ao pobre. Entretanto, Com a Lei dos pobres aparece, de maneira ambígua, algo importante na história da medicina social: a ideia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, sua pobreza não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas. (FOUCAULT, 1984)

A política de controle dos pobres impostas pela medicina social inglesa, por meio da Lei dos Pobres foi expandida por meio dos sistemas de *healthservice*, de *healthofficers*. O *healthservisse* não tinha como objeto apenas o pobre, como a Lei dos Pobres tinha, mas também visava atingir toda a população em geral, coisas, locais e o espaço social. Entretanto, visava a mesma coisa, o controle dos mais pobres.

Na medida em que os pobres tinham a possibilidade de acessar serviços médicos de forma gratuita, ou quase gratuita, a camada rica e os governantes se viam na necessidade de fomentar tal assistência, com o intuito não de promover uma saúde e vida de qualidade àquele pobre, mas sim para garantir a diminuição de riscos à sua própria saúde. Desta maneira, Foucault (1984) afirma que a medicina social inglesa é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torna-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas, a qual permitiu uma realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la. Sendo este modelo o que vingou se sobrepondo a medicina de Estado alemã e a medicina urbana francesa.

Desta feita, sob a ótica de Foucault, o modelo de Estado capitalista e liberal adotado pelo ocidente, em sua grande maioria, contribuiu para a nascimento da medicina social. Entretanto, a socialização da medicina ocorre na medida em que as políticas de saúde passam a ser elaboradas de modo a contemplar a sociedade de uma maneira geral, seja para o fortalecimento do

Estado, como na Alemanha, ou para o saneamento dos espaços urbanos, como na França ou para o controle dos pobres e o aumento da sua capacidade produtiva, como ocorreu na Inglaterra; mas não como um direito humano, que deve ser garantido de forma universal, que vise a garantia do bem estar físico, psíquico e espiritual, à toda pessoa, independente de classe, raça, sexo, credo ou qualquer outro estereótipo.

A saúde só passaria a ser entendida deste modo, ou seja, como um direito social, a ser garantido a todos os seres humanos, no século XX, após as duas Guerras Mundiais, com o nascimento do modelo do Welfare State (Estado do Bem-estar), por meio do qual surge a obrigação estatal em garantir a promoção e prestação de direitos básicos, sejam eles individuais ou coletivos, a todos os cidadãos. Desta forma pode-se afirmar que a distinção entre o Estado do Bem-estar de outros tipos de Estado assistencial, é o fato de os serviços prestados serem considerados direitos e não meros favores.

1.1.1 A Saúde no Sistema Global de Proteção dos Direitos Humanos

Até a ascensão e adoção do modelo de Estado consubstanciado no Bem-Estar Social pelos países democráticos, foram adotados dois outros modelos, os quais foram responsáveis pela promoção dos direitos humanos de primeira e segunda geração. Estar-se a falar dos modelos de Estado Liberal e o Social.

O modelo de Estado Liberal instaurado a partir da edição da Magna Carta de 1215 de impor limites ao governante, que no caso era o próprio rei João Sem Terra, na Inglaterra. Da mesma forma a Petition of Rights (1628), Habeas Corpus Act (1679) e Bill of Rights (1689), documentos que buscavam o reconhecimento de liberdades individuais, verdadeiras prestações negativas do Estado, em detrimento do absolutismo autoritário que vingara na época. Este modelo de Estado vigorou durante longo período, apesar das peculiaridades de cada sociedade, sendo o modelo de Estado adotado na época da Revolução Industrial e Revolução Francesa, inclusive quando do surgimento do Constitucionalismo Clássico, inaugurado pela Constituição Americana de 1787 e em seguida pela Constituição Francesa de 1791.

Entretanto, com as disparidades sociais provocadas pelas grandes revoluções, houve a necessidade de se fornecer assistência social aos pobres. Por esta razão surge o modelo chamado de Estado Social, inaugurado pela Constituição Mexicana de 1917, seguida pela Constituição alemã de Weimar, de 1919. No Estado Social percebe-se a previsão nos textos constitucionais de matérias que até então jamais encontraram guarida, como por exemplo, regulação de questões voltadas ao trabalho e assistência médica. Todavia, estes temas não eram tidos como direitos humanos conforme são reconhecidos atualmente.

Diante das atrocidades ocorridas durante a II Guerra Mundial, das violações aos direitos humanos representados pelo desrespeito a vida, a dignidade humana, pela ausência de qualquer sentimento de solidariedade, compaixão e afeto, ocasionados pelo apego ao positivismo jurídico que pregava o seguimento fiel ao texto constitucional, se torna evidente a necessidade da adoção de um modelo de Estado que preze pelo respeito à dignidade humana, onde os direitos humanos sejam respeitados, promovidos e efetivados tanto no âmbito internacional, como no interno dos países soberanos.

Sendo assim, como resultado das conferências de paz, após o término da segunda grande guerra, é criada a Organização das Nações Unidas, em 1945, a qual tratou de editar a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948. Inaugura-se, portanto, o modelo de Estado baseado no bem-estar social, promovendo a dignidade humana e os direitos dela decorrentes. Portanto, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos cria-se um Sistema Universal de Proteção dos Direitos Humanos, o qual é composto por tratados internacionais que visam proteger e promover os direitos dos homens.

Desta feita, passar-se-á a analisar os principais documentos que integram este sistema universal de proteção dos direitos humanos que promovem o direito humano à saúde, tendo em vista os limites propostos neste trabalho, sendo estes os principais documentos que serão abordados: Declaração Universal dos Direitos Humanos, os Pactos de 1966 e a Declaração de Viena de 1993.

1.1.1.1 Declaração Universal dos Direitos Humanos

Nas palavras de Lindgren Alves (2005), a Declaração Universal dos Direitos Humanos codificou as esperanças de todos os oprimidos, fornecendo linguagem autorizada à semântica de suas reivindicações, proporcionou base legislativa às lutas políticas, inspirando a maioria das constituições nacionais na positivação dos direitos humanos, além de modificar o sistema “*westfaliano*” das relações internacionais, que tinha como atores exclusivos os Estados soberanos, conferindo à pessoa física a qualidade de sujeito de direito.

Fábio Konder Comparato (2003) afirma que a Declaração, retomando os ideais da Revolução Francesa, representou a manifestação histórica de que se formara, enfim, em âmbito universal, o reconhecimento dos valores supremos da igualdade, da liberdade e da fraternidade entre os homens, como ficou consignado em seu artigo 1º. Condensando, portanto, em um único documento a promoção de direitos individuais e coletivos.

A tríade principiológica formada pela igualdade, liberdade e fraternidade é reafirmada durante todo o texto da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Desta maneira, Comparato (2003) afirma que o princípio da igualdade essencial do ser humano, não obstante as múltiplas diferenças de ordem biológica e cultural que os distinguem entre si, é afirmado no artigo II da Declaração Universal. A isonomia ou igualdade perante a lei, proclamada no artigo VII, é mera decorrência desse princípio. Enquanto o princípio da liberdade compreende tanto a dimensão política, quanto a individual. A primeira vem declarada no artigo XXI e a segunda nos artigos VII a XIII e XVI a XX. O princípio da solidariedade está na base dos direitos econômicos e sociais, que a Declaração afirma nos artigos XXII a XXVI. O direito à saúde, encontra-se previsto no art. XXV, da Declaração, qual afirma que:

§1º Todo ser humano tem direito a um padrão devida capaz de assegurar-lhe, 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 em circunstâncias fora de seu controle.

§2º A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio gozarão da mesma proteção social. (ONU, 2008, p.223)

Desta forma, o texto da Declaração Universal deixou claro, como assevera Torronteguy (2010), que os cuidados médicos são apenas um dos elementos da saúde. O dispositivo acima mencionado é de caráter exemplificativo nas especificações, ou aproximações, que faz acerca da saúde, tendo em vista que todo o contexto socioeconômico é determinante em relação ao direito à saúde, haja vista que envolve a alimentação, vestuário e habitação. Isto significa que a Declaração Universal atribuiu abrangência ampla ao direito à saúde, na medida em que afirma se tratar de um direito essencial à subsistência da pessoa humana. O autor ainda afirma que, não apenas no art. XXV, mas também em outros dispositivos da Declaração pressupõem a existência de um direito à saúde, pois também se percebe na consagração do direito à vida, no art. III, e com a proibição da tortura, art. V, bem como com a promoção do gozo das liberdades fundamentais, sem distinção alguma, portanto, sendo vedada qualquer segregação preconceituosa por razões de saúde.

A Carta das Nações Unidas de 1945 previu a criação de um mecanismo de extrema importância para a promoção, fiscalização e efetivação do direito à saúde perante as nações signatárias, qual seja: a Organização Mundial da Saúde – OMS. Neste sentido, Raeffray (2005) aduz que a partir deste momento a saúde abandona, de vez, a esfera do trabalho, para alçar a sua condição de direito de todo o ser humano.

Isto porque o direito à saúde após a II Guerra Mundial passou a integrar a Seguridade Social, implantada pela Inglaterra e Estados Unidos, por meio da Carta do Atlântico de 1941, criado pelo economista e sociólogo inglês William Beveridge, sendo internacionalizado quando incorporado pela Organização Mundial do Trabalho – OIT.

Ocorre que a Declaração Universal dos Direitos Humanos é considerada apenas como a primeira parte de um processo composto por três fases para a promoção dos direitos humanos em âmbito internacional, sendo que a segunda se deu apenas em 1966, com a aprovação de dois Pactos, um sobre direitos civis e políticos, e outro sobre direitos econômicos, sociais e

culturais. Enquanto a terceira diz respeito a efetivação propriamente dita destes direitos, a qual ainda resta incompleta.

1.1.1.1.2 A criação da OMS e seu papel no contexto da proteção da saúde global

A Organização Mundial da Saúde foi efetivamente constituída em 22 de julho de 1946, sendo considerada a proteção à saúde como o primeiro princípio básico para a “felicidade, as relações harmoniosas e a segurança de todos os povos”. O seu Estatuto, em seu art. 1º aduz que “o objetivo da Organização Mundial de Saúde (daqui em diante denominada Organização) será a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível” (RAEFFRAY, 2005, p. 100).

Desta forma, desde a sua criação a OMS tem desempenhado um papel crucial no contexto da proteção da saúde global. Pode-se destacar a sua atuação na ajuda aos países a se preparar e responder situações de crise sanitária, como a que ocorre com a atual pandemia causada pela COVID-19. Da mesma forma, fornece informações precisas e desconstrói mitos que afetam o bom andamento social, garante a chegada de suprimentos vitais aos profissionais de saúde, bem como fornece treinamento e mobilização para os mesmos, além de garantir assistência aos grupos vulneráveis (ONU, 2020).

Diante disto, a OMS se apresenta como principal organismo de proteção e promoção do direito humano à saúde em âmbito global, auxiliando e fiscalizando os Estados em matéria sanitária, tendo suas funções elencadas no art. 18 do seu Estatuto:

Artigo 18

As funções da Assembléia da Saúde serão:

- a) Determinar a política da Organização;
- b) Indicar os Estados membros com direito a designar uma pessoa para fazer parte do Conselho;
- c) Nomear o diretor-geral;
- d) Rever e aprovar os relatórios e as atividades do Conselho e do diretor-geral, dar ao Conselho instruções em relação com os

- assuntos sobre os quais possam considerar-se convenientes medidas, estudos, investigações ou elaboração de relatórios;
- e) Criar as comissões que considere necessárias às atividades da Organização;
 - f) Fiscalizar a política financeira da Organização e rever e aprovar o orçamento;
 - g) Dar instruções ao Conselho e ao diretor-geral para chamar a atenção dos Estados membros e das organizações internacionais, governamentais ou não governamentais, sobre qualquer assunto respeitante à saúde que a Assembléia considere apropriado;
 - h) Convidar qualquer organização internacional ou nacional, governamental ou não governamental, que tenha responsabilidades relacionadas com as da Organização, a nomear representantes para participar, sem direito de voto, nas suas sessões ou nas das comissões e conferências reunidas sob a sua autoridade, nas condições prescritas pela Assembléia da Saúde; mas, no caso de organizações nacionais, os convites só serão enviados com o consentimento do Governo interessado;
 - i) Considerar recomendações que tratem de saúde, feitas pela Assembléia Geral, pelo Conselho Econômico e Social, pelo Conselho de Segurança ou pelo Conselho de Tutela das Nações Unidas e informá-los das medidas tomadas pela Organização para levar a efeito tais recomendações;
 - j) Relatar ao Conselho Econômico e Social, em conformidade com as disposições de qualquer acordo realizado entre a Organização e as Nações Unidas;
 - k) Promover e dirigir investigações no domínio da saúde pelo pessoal da Organização, pelo estabelecimento das suas próprias instituições ou pela cooperação com instituições oficiais ou não oficiais de qualquer Estado membro, com o consentimento do respectivo Governo;
 - l) Criar quaisquer outras instituições que considere convenientes;
 - m) Tomar quaisquer outras medidas tendentes a realizar o objetivo da Organização. (RAEFFRAY, 2005, p. 102-104)

Neste sentido, a OMS é a responsável por conceituar a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (RAEFFRAY, 2005), atuando, portanto, de forma a promover o direito de todo ser humano não apenas ao acesso a assistência médica em caso de doença, mas sim, o direito de viver de forma plena, feliz e digna.

1.1.1.2 Os Pactos Internacionais de Direitos Humanos de 1966

Segundo Comparato (2003), com a Declaração Universal dos Direitos Humanos inicia-se um processo de institucionalização dos direitos do homem em âmbito universal, composta por três fases. A própria Declaração compõe a primeira fase, enquanto a segunda fase é completada por meio da adoção pactos internacionais de direitos humanos, que desenvolveram pormenorizadamente o conteúdo da Declaração Universal de 1948: o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais³. Ao primeiro deles, foi anexado um Protocolo Facultativo, atribuindo ao Comitê de Direitos Humanos, instituído por aquele Pacto, competência para receber e processar denúncias de violação de direitos humanos, formuladas por indivíduos contra qualquer dos Estados-Partes. A terceira fase do processo é relativa à criação de mecanismos de sanção às violações de direitos humanos.

É certo que os direitos humanos são interligados e indivisíveis, entretanto, a adoção de dois pactos, um tratando sobre os direitos civis e políticos e outro sobre os direitos econômicos, sociais e culturais, se deu como uma forma de agradar tanto os países ocidentais, como também países do bloco comunista e os jovens países africanos, tendo em vista que os primeiros objetivavam apenas a promoção das liberdades individuais, enquanto estes últimos almejavam dar ênfase aos direitos sociais e econômicos.

Torronteguy (2010) afirma que se podem encontrar desdobramentos do direito à saúde no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, na medida em que há previsão ao direito à vida e à integridade humana, de limitações ao exercício de outros direitos humanos e como o combate a qualquer discriminação. O direito à saúde como elemento do direito à vida é observado na proibição da tortura, bem como a vedação do uso de pessoas em experimentos médicos ou científicos. No que diz respeito a limitação ao exercício de outros direitos, pode-se afirmar à relativização de direitos humanos tais quais: liberdade, manifestação religiosa e de crença, direito de associação e sindicalização, quando necessário em prol da defesa da saúde pública.

³ Ratificados pelo Brasil pelo Decreto Legislativo n. 226, de 12 de dezembro de 1991, e promulgados pelo Decreto n. 592, de 6 de dezembro de 1992.

Enquanto a saúde como forma de garantir a igualdade ou a ausência de discriminação se observa que ninguém poderá ser discriminado, também, em detrimento do seu estado de saúde.

Todavia, é no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais que o direito à saúde ganha mais ênfase. Esta realidade não poderia ser diferente, na medida em que são os direitos sociais e econômicos que têm por objeto políticas públicas de apoio aos grupos ou classes desfavorecidas. Como aduz Comparato (2003) No presente Pacto, diversamente, o elemento comum ao conjunto dos direitos nele declarados é a proteção das classes ou grupos sociais desfavorecidos, contra a dominação socioeconômica exercida pela minoria rica e poderosa.

Desta forma, o direito à saúde pode ser observado de forma indireta no art. 11 de diretamente no art. 12:

Artigo 11

1. Os Estados-Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa a um nível de vida adequado para si próprio e sua família, inclusive à alimentação, vestimenta e moradia adequadas, assim como a uma melhoria contínua de suas condições de vida. Os Estados-Partes criarão medidas apropriadas para assegurar a consecução desse direito reconhecendo, nesse sentido, a importância essencial da cooperação internacional fundada no livre consentimento.

2. Os Estados-Partes do presente Pacto, reconhecendo o direito fundamental de toda pessoa de estar protegida contra a fome, adotarão individualmente e mediante cooperação internacional, as medidas, inclusive programas concretos, que se façam necessárias para:

a) melhorar os métodos de produção, conservação e distribuição de gêneros alimentícios pela plena utilização dos conhecimentos técnicos e científicos, pela difusão de princípios de educação nutricional e pelo aperfeiçoamento ou reforma dos regimes agrários, de maneira que se assegure a exploração e a utilização mais eficazes dos recursos naturais;

b) assegurar uma repartição equitativa dos recursos alimentícios mundiais em relação às necessidades, levando-se em conta os problemas tanto dos países importadores quanto dos exportadores de gêneros alimentícios.

Artigo 12

1. Os Estados-Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.

2. As medidas que os Estados-Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse

direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

- a) a diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil bem como o desenvolvimento das crianças;
 - b) a melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
 - c) a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
 - d) a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.
- (COMPARATO, 2003, p. 212-214)

O art. 11 declara o direito a um nível de vida digna, no que se refere a aspectos materiais da existência humana: alimentação, vestimenta, moradia etc. Trata-se de um aspecto essencial da promoção da saúde, especialmente de prevenção de enfermidades (TORRONTÉGUY, 2010). Enquanto o art. 12 estabelece o direito de todos à implementação de políticas de saúde, não só de natureza preventiva, como ainda curativa. Para se atingir essa universalização de atendimento, tais políticas não podem estar atreladas somente ao seguro privado, nem tampouco apenas à previdência social ligada ao contrato de trabalho (COMPARATO, 2003). As políticas de saúde, nesta perspectiva ganha conotação universal, devendo ser instrumentalizadas por meio de políticas públicas estatais que visem o bem-estar social de maneira ampla e irrestrita e não tão-somente daqueles ligados ao mercado de trabalho.

Desdobramento da Declaração Universal dos Direitos Humanos em relação ao direito à saúde ganha destaque com o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) que ratificado pelo Brasil, assume força de lei interna, valorando a saúde como *status* de direito humano, pertencente aos direitos sociais, cabendo aos governantes o dever de proteção às pessoas de forma universal, abrindo espaço para centralidade das políticas públicas de saúde.

1.1.1.3 Declaração de Viena de 1993

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e os Pactos de 1966 representaram um marco histórico na luta pelos direitos de todo ser humano, entretanto, Lindgren Alves (2005) aduz que o passo mais significativo

– ainda que não “definitivo” – no caminho da universalização formal da Declaração de 1948 foi dado na Conferência Mundial dos Direitos Humanos, realizada em Viena, em junho de 1993.

Isto se explica pelo fato de que no momento da aprovação da Declaração Universal, no ano de 1948, mas que vinha sendo debatida desde de 1946, bem como dos Pactos de 1966, que também começaram a ser discutidos no ano de 1946, inúmeros países que participaram da elaboração da Declaração de Viena ainda eram colônias. Tanto é que quando da votação da Declaração Universal, apenas cinquenta e seis Estados participaram, tendo o documento sido aprovado por quarenta e oito votos a zero, contando com oito abstenções, sendo da África do Sul, Arábia Saudita e dos países do bloco socialista. Logo, percebe-se que nem mesmo a Declaração dos Direitos Humanos de 1948, quando da sua aprovação não era tão universal assim.

Desta forma, Lindgren Alves (2005) afirma que a Conferência de Viena foi o maior conclave internacional jamais reunido até então para tratar da matéria, congregando representantes de todas as grandes culturas, religiões e sistemas sócio-políticos, com delegações de todos os países (mais de 170) de um mundo já praticamente sem colônias. Como resultado da Conferência de Viena, foi aprovado o documento intitulado de Declaração e Programa de Ação de Viena, o qual em seu art. 1º já garante a universalidade dos direitos humanos, ao expor que a natureza universal destes direitos e liberdades é inquestionável.

Ao seu passo, o art. 5º da Declaração de Viena de 1993 garante, além da universalidade, a indivisibilidade, interdependência e inter-relação dos direitos humanos, bem como a igualdade e ao mesmo tempo as diferenças tanto no âmbito nacional ou regional.

Art. 5º Todos os Direitos do homem são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional tem de considerar globalmente os Direitos do homem, de forma justa e equitativa e com igual ênfase. Embora se devam ter sempre presente o significado das especificidades nacionais e regionais e os antecedentes históricos, culturais e religiosos, compete aos Estados, independentemente dos seus sistemas político, econômico e cultural, promover e proteger todos os Direitos do homem e liberdades fundamentais. (ALVES, 1994, p.153)

No que diz respeito ao direito à saúde, a Declaração de Viena de 1993 reconheceu que a descarga ilícita de substâncias e resíduos tóxicos e perigosos representa potencialmente uma séria ameaça aos Direitos Humanos à vida e à saúde de todos⁴, bem como reconheceu que os cuidados de saúde são essenciais para o combate a violência, assédio e exploração sexual.⁵ Ato contínuo, impôs a obrigação aos Estado-Partes a adoção de medidas de saúde a nível nacional com vista à promoção e proteção dos direitos das pessoas pertencentes a setores vulneráveis das suas populações⁶, como também apela aos Estados-Partes que não tomem qualquer medida unilateral em desconformidade com o Direito Internacional e as cartas de direitos humanos, para que não se crie obstáculos às relações comerciais e impossibilite a plena realização dos direitos humanos, em especial do direito de todos a um nível de vida adequado à sua saúde e bem-estar, inclusive a alimentação e dos cuidados médicos, a habitação e os necessários serviços sociais.⁷

Além disto, o Plano de Ação de Viena também tratou sobre o direito à saúde, afirmando que a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos reconhece a importância das mulheres poderem usufruir o mais elevado padrão de saúde física e mental ao longo das suas vidas⁸, como também expõe a necessidade de se prezar pela ética médica aplicáveis à atuação do pessoal dos serviços de saúde, especialmente aos médicos, para a proteção de pessoas presas ou detidas contra a tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, adotados pela assembleia Geral das Nações Unidas.⁹

Desta forma, percebe-se que a partir da Declaração de Viena, os direitos humanos passam a ganhar uma conotação mais universal, incluindo-se nesta perspectiva o direito à saúde, tendo em vista que o documento faz menção expressa ao reconhecimento da necessidade de acesso ao direito à saúde por

⁴ Art. 11 da Declaração de Viena – *in*: ALVES, José Augusto Lindgren. *Os direitos humanos como tema global*. São Paulo: Perspectiva, 1994, p. 154.

⁵ Art. 18 da Declaração de Viena – *in*: ALVES. Op. Cit., p. 156.

⁶ Art. 24 da Declaração de Viena – *in*: ALVES. Op. Cit., p. 159.

⁷ Art. 31 da Declaração de Viena – *in*: ALVES. Op. Cit., p. 161.

⁸ Art. 41 Programa de Ação de Viena – *in*: ALVES. Op. Cit., p. 173.

⁹ Art. 58 Programa de Ação de Viena – *in*: ALVES. Op. Cit., p. 177.

grupos que historicamente jamais foram lembrados em documentos pretéritos, como é o caso do acesso à saúde pelas mulheres, crianças, pessoas com deficiência, idosos, entre outros grupos socialmente vulneráveis.

1.1.2 A Saúde no Sistema Regional (Americano) de Proteção dos Direitos Humanos

Além do Sistema Global de Proteção dos Direitos Humanos, concentrado no âmbito da Organização das Nações Unidas, foram criados sistemas regionais de proteção, de abrangência continental. Existem três importantes sistemas jurídicos de proteção de direitos humanos de caráter regional: o europeu, o americano e o africano. Devido ao recorte de pesquisa proposto neste trabalho, será realizada a abordagem apenas do sistema americano, o qual se concentra na Organização dos Estados Americanos – OEA, criada pela Carta da Organização dos Estados Americanos, possuindo como principais documentos a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, de 1948, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos – Pacto de São José da Costa Rica, de 1969 e o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - Protocolo de San Salvador, de 1988.

A Carta da OEA tratou de instituir a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, órgão que não possui competência judicial, ao passo em que a Convenção Americana sobre Direitos Humanos – Pacto de São José da Costa Rica, instituiu a Corte Interamericana de Direitos Humanos, a qual possui competência judicial para atuar em casos que envolvam os seus Estados-Partes. Entretanto, para se submeter a competência da Corte Interamericana o Estado deve se manifestar acerca da aceitação da cláusula facultativa de sua jurisdição.

Desta maneira, um Estado pode ser signatário da Carta da OEA, mas não da Convenção, como também pode ser signatário tanto da Carta como da Convenção, mas não aceitar a jurisdição da Corte Interamericana, mas só da Comissão. O Brasil atualmente é signatário tanto da Carta da OEA, como

também da Convenção, tendo reconhecido formalmente, no ano de 2002, a jurisdição da Corte.¹⁰

1.1.2.1 Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem

A Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem foi aprovada em 1948 na IX Conferência Internacional Americana realizada em Bogotá, tendo a mesma previsto no seu artigo XI o direito à preservação da saúde e ao bem-estar, ao dispor que:

Toda pessoa tem direito a que sua saúde seja resguardada por medidas sanitárias e sociais relativas à alimentação, roupas, habitação e cuidados médicos correspondentes ao nível permitido pelos recursos públicos e os da coletividade. (OEA, 1948)

A Declaração Americana também resguarda o direito à maternidade e à infância, ao dispor em seu artigo VII “que Toda mulher em estado de gravidez ou em época de lactação, assim como toda criança, têm direito à proteção, cuidados e auxílios especiais.” (OEA, 1948)

Torronteguy (2010) afirma que na Declaração Universal, contemporânea a Declaração Americana, o direito à saúde é apenas indireto. Nesta, diferentemente, a saúde é expressamente reconhecida como um direito de toda pessoa, havendo a referência inclusive a alguns dos principais fatores condicionantes da saúde, como a alimentação e habitação.

Pode-se observar a declaração de direitos a todos os seres humanos no documento americano desde o seu preâmbulo, ao afirmar que os Estados americanos reconheceram em diversas ocasiões que os direitos essenciais do homem não derivam do fato de ser ele cidadão de determinado Estado, mas sim do fato dos direitos terem como base os atributos da pessoa humana.

¹⁰Decreto nº 678, de 6 de Novembro de 1992; Decreto Nº 4.463, de 8 de Novembro DE 2002.

1.1.2.2 Convenção Americana sobre Direitos Humanos – Pacto de São José da Costa Rica

A Convenção Americana sobre Direitos Humanos – Pacto de São José da Costa Rica reproduz a maior parte das declarações de direitos constantes do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos de 1966, como afirma Comparato (2003), contudo, o Pacto de São José da Costa Rica apresenta novidades em relação aos Pactos de 1966, tendo em vista que a partir de então se aplica o princípio da prevalência dos direitos mais vantajosos para a pessoa humana, ou seja, na vigência simultânea de vários sistemas normativos - o nacional e o internacional - ou na de vários tratados internacionais, em matéria de direitos humanos. Deve ser aplicado aquele que melhor protege o ser humano.

A Convenção Americana sobre Direitos Humanos foi tímida em relação aos direitos sociais, entretanto, previu em seu artigo 5º, §1º que “toda pessoa tem o direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral”. (OEA, 1969).

Percebe-se que a Convenção Americana sobre Direitos Humanos acautela o direito à saúde neste dispositivo, como também impõe a saúde como limites ao exercício de outros direitos, como por exemplo, a liberdade de religião, a liberdade de pensamento e de expressão, o direito de reunião, a liberdade de associação e o direito de circulação e residência, na medida em que o documento assegura a fruição de tais direitos, entretanto assevera que poderão ser limitados pelas restrições previstas pela lei que sejam necessárias, numa sociedade democrática, no interesse da segurança nacional, da segurança ou da ordem públicas, ou para proteger a saúde ou a moral públicas ou os direitos e liberdades das demais pessoas.

1.1.2.3 Protocolo de San Salvador

A fim de obter a adesão dos Estados Unidos à Convenção Americana sobre Direitos Humanos, a Conferência de São José da Costa Rica decidiu deixar para um Protocolo à parte a declaração de direitos econômicos, sociais e

culturais, o qual foi aprovado na Conferência Interamericana de San Salvador, em 17 de novembro de 1988 (COMPARATO, 2003).

O Protocolo de San Salvador, logo em seu preâmbulo promove a indissociabilidade dos direitos econômicos, sociais e culturais e a dos direitos civis e políticos, os quais formam um todo com base no reconhecimento da dignidade da pessoa humana. Em seu artigo 10 resguarda o direito à saúde a toda pessoa, conceituando tal direito como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social. Vide o texto do aludido dispositivo *ipsis litteris*:

Artigo 10

Direito à saúde

1. Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.
2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir este direito:
 - a. Atendimento primário de saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial colocada ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade;
 - b. Extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado;
 - c. Total imunização contra as principais doenças infecciosas;
 - d. Prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza;
 - e. Educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas da saúde; e
 - f. Satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis.

Desta maneira, percebe-se que o texto do Protocolo de San Salvador tratou a saúde como um bem público, a ser garantida não só por meio da assistência médica, mas também por meio de práticas preventivas, com o saneamento de ambientes, por meio da imunização e educação da população. Além das disposições do artigo 10, o Protocolo trata da saúde em outros dispositivos, como assevera Torronteguy (2010, p. 105),

Além disso, a saúde é reconhecida como um direito com a proibição de trabalho que possa colocar em risco a saúde de menores de dezoito anos, bem como com o direito a segurança e higiene no trabalho. Igualmente, o Protocolo reconhece o

direito à previdência social, abrangendo direito a atendimento médico e a auxílio em caso de acidente de trabalho ou doença profissional, bem como a licença maternidade. O direito à saúde está implícito ao direito a um meio ambiente sadio e ao direito à alimentação, uma vez que “toda pessoa tem o direito a uma nutrição adequada que assegure a possibilidade de gozar do mais alto nível de desenvolvimento físico, emocional e intelectual. Outrossim, no que concerne ao à proteção das pessoas idosas, os Estados se comprometem a proporcionar-lhes alimentação e assistência médica especializada. Enfim, há a obrigação de promover a inclusão social das pessoas deficientes.

Portanto, o Protocolo de San Salvador tratou de consolidar os direitos econômicos, sociais e culturais no âmbito do sistema americano de proteção dos direitos humanos, inclusive o direito à saúde pública e individual, como um direito de toda a comunidade, independentemente da cidadania. Um direito social à ser prestado por todos os Estados-Partes da OEA, como uma obrigação e não como uma mera faculdade.

1.2. POLITICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A história da saúde no Brasil, em decorrência do modelo capitalista adotado pelo país desde a Proclamação da República, encontra-se intrinsecamente ligada ao desenvolvimento econômico do Estado brasileiro. Desta maneira, até a promulgação da Constituição da República de 1988, a saúde não fazia parte das políticas sociais nacionais. Antes do texto constitucional de 1988, as pessoas que não preenchessem os requisitos exigidos para acesso à saúde pelas entidades públicas (como renda e inserção no mercado de trabalho), ficavam completamente dependentes da iniciativa privada (SILVA, 2017).

Desde a chegada dos portugueses até a instalação do império, não existia modelo algum de atenção à saúde no Brasil. Deste modo, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar (POLIGNANO, 2006). Apenas com a vinda da família real, em 1808, foi criada uma estrutura sanitária mínima, com o intuito de realizar um controle na capital do império. Contudo, mesmo com a família real em solo

brasileiro, a saúde não foi tratada expressamente no texto da Constituição Imperial de 1824. Segundo Silva:

A Constituição Imperial de 1824 não tratava expressamente do direito à saúde, conferindo somente a garantia dos “socorros públicos” aos cidadãos brasileiros: Art. 179. A inviolabilidade dos direitos civis e políticos dos cidadãos brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual e a propriedade, é garantida pela Constituição do Império, pela maneira seguinte: (...) 31) A Constituição também garante os socorros públicos (SILVA, 2017, p.10).

Após a Proclamação da República, o Brasil passou a ser governado pelas oligarquias presentes nos estados com mais potencial econômico, impulsionados pela cafeicultura como principal setor da economia. Isso favoreceu a industrialização, a expansão das atividades comerciais e o aumento acelerado da população urbana, ocasionado pela chegada dos imigrantes desde o final do século XIX, tendo em vista a necessidade de mão de obra para trabalhar nas lavouras, ante a abolição da escravidão no ano de 1888.

Durante o Brasil republicano, seja no período conhecido como República Velha (1889 a 1930), seja no início da Nova República, o cenário da saúde pública não avançou e continuou atrelado ao contexto econômico do país, sendo, num primeiro momento, vinculado a Previdência Social e depois, na época em que o governo esteve sob os ditames dos militares, se instaurou um período de privatização e terceirização.

Este breve retrato histórico é de suma importância para a percepção das barreiras enfrentadas para a promoção ao direito à saúde, contudo, para melhor se alcançar aos objetivos traçados nesta pesquisa, o presente trabalho irá realizar uma abordagem do direito à saúde a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, o texto constitucional mais garantista da história brasileira.

1.2.1 Um direito de todos e um dever do Estado: a saúde na Constituição Cidadã Brasileira de 1988

No Brasil, até a ebulição do movimento em favor da reforma sanitária, percebe-se a existência de dois modos de assistência à saúde. O primeiro se baseia no seguro social fornecido aos segurados da Previdência Social, em que os beneficiários são aqueles que estão inseridos na estrutura produtiva, de acordo com as categorias profissionais, em um processo denominado por Santos (1979 apud COSTA E VIEIRA, 2012) de 'cidadania regulada'. O segundo é de natureza assistencial, tendo por objetivo atender os mais pobres, numa perspectiva caritativa baseada no trabalho voluntariado, estruturado de maneira pulverizada e descontínua, onde segundo Fleury, são tomadas medidas compensatórias que são definidas como uma 'cidadania invertida', já que os beneficiados só podem receber a proteção social se fracassaram no mercado de trabalho (apud COSTA E VIEIRA, 2012).

Neste contexto, a saúde não era classificada como um direito social no Brasil, mas como uma contraprestação àqueles amparados para a previdência e um favor para os que nela não estavam.

O movimento pela reforma sanitária, formado principalmente pela população e por intelectuais, profissionais da área de saúde, organizações e associações, tinha como principal objetivo a universalização da saúde, por meio de uma reformulação do sistema sanitário. Este movimento foi o responsável por desencadear uma discussão acerca da reforma sanitária brasileira, ressaltando-se uma 'totalidade de mudanças', ou seja, um processo de transformação da situação sanitária com quatro dimensões: específica, institucional, ideológica e das relações (AROUCA, 1988 apud PAIM, 2012).

Não se buscava, portanto, apenas a mudança do sistema de saúde utilizado no país, mas buscava-se, também, a mudança em outros setores, proporcionando uma mudança no próprio conceito de saúde elevando-o ao nível de vida e, neste sentido, relacionado às condições de educação, habitação, saneamento, salário, transporte, terra, lazer, meio ambiente, liberdade e paz. Buscou-se democratizar a saúde, proporcionando a participação popular nas discussões, aproximando cada vez mais a saúde da sociedade.

Conforme destacam Costa e Vieira, (2012), entre 1974 e 1988, os atores que integravam o movimento sanitário começam a ocupar lugares estratégicos dentro e fora das instituições de governo, com o objetivo de influenciar e promover a reorganização do Estado e a reforma do sistema de saúde. Em decorrência disto e impulsionada pela abertura democrática e pelas diretrizes assumidas na Conferência de Alma-Ata, ocorre aquela que seria a primeira conferência de saúde com participação e mobilização popular.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um dos momentos mais importantes para a definição das políticas de saúde que seriam implementadas a partir da ideologia trazida pelo movimento da reforma sanitária brasileira. Segundo Costa e Vieira (2012, p. 19)

Considerada como marco das mudanças da saúde no Brasil, essa foi a primeira conferência de saúde com participação e representação popular, antecedida por ampla mobilização em todo o território nacional. Contou com mais de 4.000 participantes em Brasília, e propôs não só uma reforma administrativa e financeira setorial, mas que a saúde fosse considerada como um direito universal e resultante das condições de vida e do acesso às políticas sociais.

O Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde orientou a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, cuja proposição final foi a matriz do debate constitucional. Desta maneira, a 8ª conferência contribui diretamente para a promoção da saúde como um direito social na Constituição que viria a ser promulgada.

Em 1988 foi promulgado o texto da Constituição da República Federativa do Brasil, a qual é considerada como a Constituição Cidadã em virtude da sua força valorativa, consagrando direitos e garantias jamais vistas noutros textos constitucionais. No seu Título II, que versa sobre os direitos e garantias fundamentais, mais notadamente no Capítulo II, que trata sobre os direitos sociais, encontra a previsão do direito à saúde.

O artigo 6º da Constituição de 1988 afirma que 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. Neste sentido, verifica-se que pela primeira vez

no contexto histórico brasileiro, o direito à saúde é declarado expressamente como direito social.

Bontempo (2005) elucida que os direitos sociais são, por conseguinte, sobretudo, endereçados ao Estado, para quem surgem, na maioria das vezes, certos deveres de prestações positivas, visando à melhoria das condições de vida e à promoção da igualdade material.

O próprio texto constitucional atribui a responsabilidade do Estado em fornecer a saúde aos indivíduos, devendo ser implementada mediante políticas públicas concretizadoras de determinadas prerrogativas individuais e/ou coletivas, destinadas a reduzir as desigualdades sociais existentes e garantir uma existência humana digna (NOVELINO, 2009).

Além da previsão no artigo 6º, a Constituição de 1988 também promove a saúde como pilar da Seguridade Social, juntamente com a previdência e assistência social, conforme a redação do artigo 194, que aduz que a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Ato contínuo, no artigo 196 a saúde é garantida de maneira universal e igualitária, sendo dever do Estado fornecê-la a todos mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, por meio de ações e serviços que visem sua promoção, proteção e recuperação. Percebe-se que a Constituição Federal de 1988 promove uma mudança no conceito de saúde, tendo em vista que não se fala mais de saúde curativa, mas sim de saúde preventiva, onde o Estado além de garantir a assistência médica em caso de doença, também se preocupa com a promoção, proteção e recuperação, de uma maneira universal e igualitária, ou seja, para todos os indivíduos sem distinção alguma.

O direito à saúde, neste sentido, encontra-se diretamente ligado ao direito à vida, na medida em que ambos se apresentam como verdadeiros desdobramentos da dignidade da pessoa humana, tendo em vista que não há vida sem saúde, tampouco dignidade sem vida. Nesse sentido, leciona Paranhos:

Extrai-se do art. 1º, inciso III, da Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988, que a dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos da República Federativa do Brasil. Logo, não há como recusar que um dos requisitos para a existência dessa dignidade de que trata a Constituição Federal, é a saúde pública (PARANHOS, 2007, p. 155).

O artigo 198 da Constituição Federal de 1988 cria o Sistema Único de Saúde – SUS, constituído por uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Procurou-se distribuir a direção do SUS entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, com o intuito de ampliar o seu alcance, promovendo prioritariamente ações de caráter preventivo e proporcionando a participação popular na formulação e fiscalização das políticas de saúde, por meio dos conselhos de saúde implantados em todas as camadas da administração pública.

Em 19 de setembro de 1990 o SUS é regulamentado por meio da Lei nº 8.080, que trata sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. No seu artigo 2º dispõe que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Desta forma, os pleitos do movimento da reforma sanitária brasileira são traduzidos por meio de uma estrutura normativa voltada à promoção, proteção e recuperação do direito à saúde de forma universal e igualitária, assumindo um papel totalmente diverso do que já se tinha visto em toda a história brasileira.

Entretanto, apesar de devidamente garantido pelo texto constitucional, o direito à saúde não foi efetivado na prática da maneira pensada pelo movimento da reforma sanitária. A saúde acabou se resumindo ao SUS, como destaca Jairnilson Silva Paim (2008, apud PAIM, 2012, p.22).

Assim, a RSB foi se restringindo, cada vez mais, a uma reforma parcial de natureza setorial e institucional representada pelo SUS. Portanto, o processo da RSB não resultou numa reforma social geral, muito menos numa revolução no modo de vida, como insinuado no seu projeto. Submeteu-se à revolução passiva brasileira onde a dialética do conservar-mudando continua imperando.

Percebe-se, portanto, que apesar dos avanços obtidos pós 88, as políticas em favor da promoção, proteção e recuperação do direito à saúde ainda têm que percorrer um longo caminho até se chegar perto daquilo pensado pelo movimento da reforma sanitária. Não há mais problemas quanto a declaração do direito à saúde como um direito social universal que deve ser prestado a todos de maneira igualitária, contudo, a sua efetivação parece estar um pouco longe do que é garantido pelo texto constitucional. Mas a efetivação não parecer ser um problema ligado apenas ao direito à saúde. Segundo Bobbio (2004), os direitos sociais são mais difíceis de serem efetivados, tendo em vista que enquanto os direitos de liberdade nascem contra o superpoder do Estado — e, portanto, com o objetivo de limitar o poder —, os direitos sociais exigem, para sua realização prática, ou seja, para a passagem da declaração puramente verbal à sua proteção efetiva, precisamente o contrário, isto é, a ampliação dos poderes do Estado. Acrescenta, ainda, o autor que:

É supérfluo acrescentar que o reconhecimento dos direitos sociais suscita, além do problema da proliferação dos direitos do homem, problemas bem mais difíceis de resolver no que concerne àquela “prática” de que falei no início: é que a proteção destes últimos requer uma intervenção ativa do Estado, que não é requerida pela proteção dos direitos de liberdade, produzindo aquela organização dos serviços públicos de onde nasceu até mesmo uma nova forma de Estado, o Estado social. (BOBBIO, 2004, p. 35)

Destarte, a efetivação do direito à saúde demanda uma participação do Estado como o principal incentivador das políticas sanitárias no país. Incentivo que deve ser desempenhado de diversas formas, desde a formulação da política pública em saúde até o seu financiamento. Aliás, o principal problema está aí. O financiamento das políticas públicas voltadas à efetivação dos direitos sociais não é tão atraente ao Estado, uma vez que estes direitos não garantem

retorno à economia interna. Diante disto, ante o modelo capitalista adotado notadamente pelo Brasil, verifica-se um impasse na efetivação de tais direitos, o que ocasiona o fornecimento apenas dos serviços básicos, seja na educação, alimentação, moradia, saúde e demais direitos sociais.

1.3 O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Ainda sob o aspecto estrutural positivo do direito humano à saúde, evidencia-se o direito público subjetivo do indivíduo em receber serviços médicos em hospitais e postos de saúde bem equipados e com leitos em número adequado, o que exige, por outro lado, profissionais de saúde capacitados e medicamentos suficientes.

Nesta senda, a Lei nº 8.080/90, em seu artigo 6º, VI, dispõe a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção está incluída no campo de atuação do Sistema Único de Saúde, formalizando, portanto, uma política de medicamento.

Verifica-se que a Política Nacional de Medicamentos (PNM) encontra-se dentro da Política Nacional de Saúde e “o seu propósito precípua é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi, portanto, instituída e regulamentada por meio da Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, a qual em seu item 3.1, que trata sobre a adoção de relação de medicamentos essenciais, afirma que:

O Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País. (BRASIL, 1998, p. 4)

O Ministério da Saúde afirma que “integram o elenco dos medicamentos essenciais (Rename) aqueles produtos considerados básicos e

indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população” (BRASIL, 2001). Logo, apenas é possível o fornecimento do medicamento se ele estiver contido no Rename. Caso contrário, o medicamento não é disponibilizado ao cidadão.

Nesta senda, em casos em que o medicamento não é disponibilizado pelo SUS, as pessoas que necessitem fazer uso de tais substâncias acabam por ter seu direito à saúde cerceado, tendo em vista que estes fármacos acabam por ter seu preço elevado, diante da ausência de fornecimento pelo governo. Muitas vezes o medicamento não é fornecido por estar no protocolo de substância proibidas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Contudo, nem sempre o medicamento se demonstra de uso proibido. Por vezes o medicamento é registrado na ANVISA, mas não incorporado ao SUS para a patologia apresentada pelo indivíduo, embora previsto para outras patologias. Pode acontecer, também, que o medicamento seja registrado na ANVISA para o uso pretendido, mas simplesmente não é incorporado ao SUS.

Isto acaba por levar as pessoas à busca pelos órgãos de defesa dos cidadãos e dos direitos humanos, como o Ministério Público e a Defensoria Pública. Foi o que ocorreu em 2014 no caso de quinze famílias paraibanas, comportando dezesseis pessoas que sofriam de crises convulsivas, que buscavam acesso a medicamentos à base da *cannabis*, substância que até aquele momento era proibida no Brasil. Sendo assim, as famílias procuraram o Ministério Público Federal na Paraíba, por meio do qual, em 31 de julho do ano de 2014, foi ajuizada Ação Civil Pública nº 0802543-14.2014.4.05.8200, por meio do qual foi determinado que a União e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) liberassem a importação da substância *cannabis* e o uso por 16 crianças e jovens paraibanos que sofrem com síndromes convulsivas.

Ocorre que sempre que se fala sobre o acesso a medicamentos por meio do Poder Judiciário há o debate acerca da reserva do possível *versus* o mínimo existencial, tendo em vista que o Poder Público sempre alega não possuir capacidade orçamentária para atender a demanda social.

Originário da Alemanha dos anos 1970, o princípio da reserva do possível consiste na possibilidade de efetivação de direitos, desde que haja recurso público suficiente para tanto. O princípio *sub oculi* é, portanto, um limite

ao poder do Estado de concretizar efetivamente direitos fundamentais a prestação (SARLET, 2010).

Todavia, não basta que o estado alegue não possuir recursos financeiros suficientes para viabilizar o gozo de direitos pela sociedade. Tendo em vista que a cláusula da reserva do possível não pode ser invocada pelo Poder Público, com o propósito de frustrar e de inviabilizar a implantação de políticas públicas definidas na própria Constituição, pois encontra insuperável limitação na garantia constitucional do mínimo existencial.

Com efeito, o mínimo existencial se apresenta como verdadeiro desdobramento da dignidade da pessoa humana, conforme Celso Antônio Pacheco Fiorillo, adotando a expressão piso vital mínimo, explana:

Uma vida com dignidade reclama a satisfação dos valores (mínimos) fundamentais descritos no art. 6º da Constituição Federal, de forma a exigir do Estado que sejam assegurados, mediante o recolhimento dos tributos, educação, saúde, trabalho, moradia, segurança, lazer, entre outros direitos básicos indispensáveis ao desfrute de uma vida digna (FIORILLO, 2007, p. 67-68).

Destarte, percebe-se que o princípio da reserva do possível perde totalmente sua aplicabilidade perante a aplicação do mínimo existencial, pois é inadmissível deixar de efetivar direitos constitucionais em detrimento de eventual insuficiência financeira, pois como afirmam Maciel e Souza, pensar de modo contrário, ou seja, na aplicabilidade da reserva do possível, seria o mesmo que possibilitar a criação ou a manutenção dos direitos fundamentais já existentes (frisa-se, os mais importantes de todo o ordenamento e que se sobrepõe a esse próprio), sem que nunca pudessem vir a produzir efeitos, ou seja, sem que fossem efetivados, por impossibilidade fático-financeira.

2 O USO TERAPÊUTICO DA *CANNABIS* E AS LUTAS DE RESISTENCIA PELA DESCRIMINALIZAÇÃO DA MACONHA

Construiu-se no decorrer dos anos uma cultura proibicionista em torno da *cannabis*, responsável por sua rotulação como algo destrutivo à saúde e a vida do ser humano. Ocorre que esta construção não se deu por acaso, mas se trata de uma manifestação escancarada de preconceitos de todos os tipos. Isto levou ao esquecimento dos benefícios trazidos por esta planta tão valiosa para a humanidade em tempos remotos.

A maconha, como é chamada a *cannabis* no Brasil, acompanha o homem desde seus primórdios, seja em seus rituais religiosos, em suas manifestações culturais, em seu lazer ou para tratamento terapêutico. É sobre este último caso, inclusive, que se concentra este capítulo (Saad, 2013).

Como asseveram Malcher-Lopes e Ribeiro, em sua obra *Maconha, Cérebro e Saúde* (2007), a maconha se manifesta como uma planta de potencial terapêutico, devido as substâncias que comporta, podendo ser utilizada em diversos tipos de tratamento, para diferentes patologias. Deste modo, a *cannabis* em sua essência não se apresenta como uma substância ilícita que, se usada, serve apenas para ocasionar prejuízos à saúde do indivíduo, dependência química ou o uso de outras drogas, como afirmam diversos atores da política proibicionista consolidada no Brasil e no mundo.

Estudos científicos demonstram que a maconha, na verdade, deveria ser vista como fonte de saúde, pois possui propriedades químicas que reestabelecem o equilíbrio ao organismo humano, promovendo, portanto, não só o reestabelecimento do quadro clínico do usuário, mas também proporciona uma qualidade de vida mais elevada para todos os seus componentes familiares, amigos e todas as pessoas que fazem parte do seu convívio social (MALCHER-LOPES E RIBEIRO, 2007).

Nos últimos anos cresceu consideravelmente a força dos debates acerca da maconha para fins terapêuticos, mais notadamente a partir do ano de 2012, após o caso emblemático da garotinha de 5 anos de idade chamada Charlotte Figi, residente nos Estados Unidos. Inspirado neste caso, em 2014 no

Brasil, aparece como ponto inicial dos debates a saga enfrentada por uma menina brasileira chamada Anny Fischer, que gerou grande repercussão midiática, inspirando novos casos em todo o território nacional, inclusive, no estado da Paraíba, onde foi ajuizada a primeira ação coletiva, composta por 16 (dezesseis) pacientes de 15 (quinze) famílias, em busca da autorização para importar a *cannabis* para tratamento de seus quadros clínicos, objetivando nada mais do que o acesso aos seus direitos humanos à saúde e à vida (AMAME, 2014).

Neste sentido, inicia-se este capítulo com uma breve abordagem histórica da origem da maconha e os seus usos pela humanidade no decorrer dos anos. Perceber-se-á que a aludida planta sempre foi explorada pelo ser humano, seja como substância terapêutica, seja em rituais religiosos ou culturais e até mesmo como produto agrícola utilizado para a fabricação de papel, tecidos, cordas, velas, entre outros produtos.

Em seguida será realizada uma análise a respeito da *cannabis* como substância terapêutica, a sua presença em diversas comunidades mesmo antes da era de Cristo, como também depois. Neste momento da pesquisa, por conseguinte, será demonstrado o motivo de a maconha possuir tamanha capacidade terapêutica, evidenciando as mais de 400 (quatrocentas) substâncias que a compõe, as quais são denominadas como canabinóides, dentre as tantas se destacando o Δ^9 -THC (tetra-hidrocanabinol) e o CBD (canabidiol).

Será exposta, também, a descoberta do sistema endocanabinóide, localizado no próprio organismo humano, com receptores localizados no sistema nervoso e imunológico, evidenciando-se que o próprio organismo humano produz suas “maconhas” responsáveis por promover o equilíbrio do corpo. Daí se extrai a capacidade terapêutica da maconha, na medida em que algum agente patogênico provoca o desequilíbrio do organismo humano, acarretando na diminuição da capacidade dos endocanabinóides, os canabinóides advindos da maconha auxilia o próprio corpo a se recuperar.

Em seguida, será abordado o que levou a criminalização da maconha em âmbito internacional e nacional, referenciando as políticas proibicionistas germinadas nos Estados Unidos da América - EUA, sedo irradiadas em seguida

para as políticas internacionais de combate às drogas perante a Organização das Nações Unidas - ONU, bem como no âmbito dos agentes políticos e reguladores do Brasil, o que contribuiu para o início da “caça às bruxas” em desfavor da *cannabis* e a consequente cultura carcerária contemporânea.

Por último, mas não menos importante, neste capítulo o presente trabalho buscará promover uma discussão acerca da importância da descriminalização da maconha e sua regulamentação para o uso terapêutico, como meio de efetivação do direito humano à saúde e, como consequência, o direito humano à vida. Saúde não se resume mais a simples ausência de doença ou enfermidade como era vista em outros tempos, a saúde, como evidenciado no capítulo anterior, pode ser compreendida atualmente como um estado de bem-estar físico, psíquico e social do ser humano.

Neste sentido, ao passo em que se descriminaliza, regula-se e se permite o uso terapêutico da maconha, o Estado não está apenas permitindo que aquele usuário trate apenas seu quadro clínico, mas, o mais importante, é que o Estado estará possibilitando àquele ser humano uma melhor qualidade de vida, não só para si, mas também de todos os seus familiares, amigos e demais pessoas do seu convívio.

Sendo assim, o uso terapêutico da maconha não proporciona apenas o acesso ao direito humano à saúde, garante também o acesso ao próprio direito à vida, a dignidade humana, a felicidade, a paz e o direito de existir, não apenas vegetar. Portanto, uma política sobre drogas que obstaculize a *cannabis* para fins terapêuticos afronta diretamente os direitos humanos em todas as suas dimensões, o que não é condizente com o Estado de Bem-Estar Social contemporâneo.

2.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ORIGEM DA CANNABIS E OS SEUS USOS NO PERCURSO HISTÓRICO DA HUMANIDADE

A *cannabis* é uma planta popularmente chamada de maconha, atualmente é mais conhecida por seus efeitos psicotrópicos de modo que, tal ênfase influencia a visão comumente divulgada da maconha como produtora de um mal social que assola potencialmente a juventude, sendo apontada por

muitos como porta de entrada para outras drogas, o que tem determinado políticas públicas proibicionistas em muitos países, inclusive no Brasil.

Na verdade, a *cannabis* é uma erva de uso milenar e sua existência está diretamente atrelada a própria existência humana. Luísa Gonçalves Saad (2013) afirma que para alguns autores que desenvolveram pesquisas baseadas em dados históricos, antropológicos e arqueológicos a maconha acompanha o homem desde o tempo dos antigos caçadores-coletores da Idade da Pedra, mesmo período em que a origem ritual da planta teria derivado dos cultos de fertilidade direcionados à agricultura.

As plantas que davam origem a substâncias que provocavam alucinação eram consideradas “segredo divino” ou “profecia”, tendo caráter de “anjos”. Conhecer o nome dessas plantas significava ter poder sobre elas. Não era suficiente saber qual substância causaria determinado efeito; era importante poder chamar seu nome no momento da colheita, do preparo e do uso. A maconha teria papel central no desenvolvimento de religiões e civilizações da Ásia, da Europa, do Oriente Médio e da África (SAAD, 2013, p. 92-93).

Macedo (2018) afirma que 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, como, por exemplo, para aliviar o estresse.

Na Índia em 1000 a.C., o cânhamo, cuja denominação era Changha, era usado de forma terapêutica, sendo indicado para constipação intestinal, falta de concentração, malária até para doenças ginecológicas. Não obstante, no território indiano, o uso religioso da *cannabis* antecedeu ao terapêutico, com o intuito de “libertar a mente das coisas mundanas e concentrá-la no Ente Supremo” (GRAEFF, 1989, p. 123 *apud* GONTIÈS e ARAÚJO, 2003, p. 52).

De Félice (1936/70 *apud* GONTIÈS e ARAÚJO, 2003, p. 52) menciona Heródoto ao descrever que os citas, os traças, um antigo povo iraniano de pastores nômadas equestre, utilizavam a maconha na confecção de roupas, como também em práticas religiosas. Por exemplo, numa tenda fechada, sobre

pedras esquentadas colocavam-se sementes de *cannabis*, que com a fumaça cheirosa exalada embriagava estes povos, possibilitando-lhes uma comunicação com os mortos através de gritos. Para Heródoto, o fato concerne a rituais funerários, em banhos de vapor com o intuito de purificar os vivos do contato com a morte.

Neste contexto, conforme assinala Gontiès e Araújo (2003) há divergência literária acerca da origem da *cannabis*, havendo corrente que defende que o seu uso se iniciou na China como erva medicinal, e na utilização de suas fibras para confecção de papel; bem como há quem defenda que a origem da maconha estaria na Índia, tendo como embasamento textos escritos na era Védica 2.500 a.C.; de igual forma existe aqueles que afirmam que a maconha teria origem na região do mar Cáspio e Pérsia, que correspondem na atualidade aos países do Paquistão, Irã e Afeganistão

O fato é que a maconha se internalizava aos costumes recebendo grande aceitação social. Nahas (1986, *apud* GONTIÈS e ARAÚJO, 2003, p. 53) afirma que durante as invasões árabes dos séculos IX a XII, introduziu-se a *cannabis* no norte da África, atingindo desde o Egito até o leste da Tunísia, Argélia e o oeste de Marrocos. Porém, é válido destacar o amplo consumo que deu-se no Egito durante o auge do desenvolvimento cultural, social e econômico.

Inicialmente a droga era consumida por segmentos de classe privilegiada, como forma de autoindulgência. A *cannabis* antes mesmo de chegar a Europa, já tinha se espalhado por diversas partes do planeta. As cruzadas foram de suma importância para a introdução da maconha no continente europeu, pois foi neste momento histórico em que houve a disseminação da planta na região, até chegar ao ponto de representar um dos principais produtos agrícolas da Europa com livre circulação e mercantilização, como assevera Barros e Peres (2011, p. 02):

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

Percebe-se que a *cannabis* já possuiu seus momentos de glória na história humana, momentos em que não era famosa pelos seus malefícios, mas, primeiramente, por sua assimilação mítica e religiosa e, por conseguinte, pelos benefícios trazidos pelo seu uso, se mostrando, portanto, uma planta com tamanha riqueza que permitia ser utilizada para a fabricação não só de papel, como também de tecidos, telas de pintura, cordas, cabos, velas e material de vedação dos barcos.

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.

Tendo chegado graças às velas de cânhamo de suas embarcações, a história oficial diz que foi Pedro Álvares 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. (BARROS E PERES, 2011, p. 3)

Conforme as condições climáticas a *cannabis* se espalhou por diferentes povos constituindo uma mercadoria de valor comercial, medicinal, espiritual e cultural.

A maconha teria chegado à África pelo Egito, por volta do século X, trazida pelos árabes que vinham da Índia, da Pérsia e/ou da Arábia Saudita. Ao passo que se espalhava pelo interior – dentro das possibilidades climáticas de cada região – chegava por outras áreas da costa através do contato com os negociantes vindos de fora. Embora nunca tenha sido parte significativa da economia africana, a planta sempre esteve dotada de grande

poder e valor nos negócios entre diferentes comunidades, sendo usada como moeda de transações com ovelhas e vacas, por exemplo. (SAAD, 2013, p. 94)

Nesta mesma época, relata-se o uso por parte dos Aztecas em rituais religiosos. Já em Cuba por volta de 1492, encontrou-se também o hábito de inalar a fumaça de folhas secas incandescentes para provocar um prazer singular. Em 1720 a *cannabis* era cultivada nos Estados Unidos - EUA, na sua região litorânea, sendo as fibras do caule utilizadas na confecção de cordas, barbantes, tapetes, velas, sacos e cintos, enquanto das sementes extraía-se o óleo para sabões, tintas, dentre outros (SONENREICH, 1982, *apud* GONTIÈS e ARAÚJO, 2003, p. 54).

Contudo, a disseminação mais acintosa da *cannabis* nos EUA, segundo Iversen (2000, *apud* MELO, 2012, p. 02) deu-se em 1920, por meio dos soldados americanos da América Central e do Caribe, tornando-se uma mercadoria proibida apenas em 1937. O uso “recreativo” da maconha disseminou-se pela geração americana chamada Beat. Eles queriam sentir “paz”, liberdade, amar sem repressões e a maconha serviam como uma forma de contestação.

No Brasil pode-se afirmar que a história da *cannabis* encontra-se diretamente ligada com a chegada dos portugueses em solo brasileiro. Isto porque, como afirmado, a planta servia como matéria prima para a confecção de tecidos usados pelos portugueses, bem como para a fabricação das cordas, cabos, velas e material de vedação dos barcos usados pelos mesmos em suas invasões, inclusive à invasão a Ilha de Vera Cruz.

Todavia, há quem diga que populações indígenas na Amazônia já utilizavam a maconha na forma medicinal, no preparo de chás e pelos pajés, como também em cerimônias religiosas com o intuito de manter contatos com as divindades, como assevera Monteiro (1965 *apud* Gontières e Araújo, 2003).

Já Graeff (1989), ao dissertar acerca da introdução da maconha no Brasil, salienta que esta se deu a partir dos escravizados africanos, cuja denominação era fumo de Angola, e que logo houve uma aceitação do seu uso, o que não causa estranheza, pois a maconha já fazia parte da cultura dos negros

africanos escravizados trazidos ao Brasil, os quais a utilizavam em rituais religiosos como o candomblé e em seguida a umbanda, por exemplo.

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. (MACEDO, 2018, p. 94)

A maconha já estava enraizada na cultura africana quando se iniciou o processo escravocrata no Brasil, como aduz Saad (2013), provavelmente a área onde o uso cultural da maconha é mais extenso é no continente africano, onde a cultura canábica há séculos existiu como parte integral das cerimônias religiosas e fazia parte da vida dos nativos quando o europeu chegou nas primeiras expedições.

As comunidades afro-brasileiras fumavam coletivamente a maconha por meio de cachimbos como manifestação de ritos religiosos, onde cantavam versos alusivos ao poder místico da *cannabis* e se deleitavam com os efeitos da planta. Estas práticas se manifestavam para a classe “branca” da época como meras práticas recreativas, mas essa não era a realidade, como enfatiza Saad (2013) a maneira como a planta era preparada para ser fumada, a importância da hierarquia entre os sujeitos, o jogo de frases cantadas e as palavras de origem africana indicam que não se tratava de uma prática meramente recreativa, mas dotada de forte caráter ritualístico.

Desta maneira não haveria resultado para o futuro da *cannabis* no cenário brasileiro, como em todos os países com raízes escravocratas, senão aquele observado atualmente, pois a proibição e criminalização da maconha encontra-se intrinsecamente ligada aos preconceitos raciais enraizados nas sociedades contemporâneas, tendo em vista que a *cannabis* se tornou fumo de preto e, mesmo após a abolição da escravidão, com a tentativa de criminalização de tudo que encontrava-se minimamente próximo a cultura negra, os discursos proibicionistas baseados no moralismo preconceituoso entoavam que a

maconha era planta de vagabundo e violava frontalmente a moral e os bons costumes.

Neste sentido, Barros e Peres (2011) afirmam que a violência até hoje nutrida contra tal hábito dos negros é compreendida se considerarmos que, no Brasil, a escravidão foi tão brutal que, com toda sua crueldade, ainda assim, o Código Criminal de 1830, primeira lei penal brasileira, foi considerada um avanço, ao ter estabelecido que o escravo que cometesse um pequeno delito deveria receber, por dia, no máximo, 50 chicotadas, já que antes eram entre 200 a 400.

2.2 A CANNABIS COMO SUBSTANCIA TERAPÊUTICA

Antes de tudo é necessário ficar claro que o presente trabalho tratou de, deliberadamente, adotar a concepção conceitual da *cannabis* como substância terapêutica e não medicinal. Isto explica-se pelo fato da própria comunidade militante em defesa da maconha para tratamento de saúde se posicionar de tal maneira.

Ao falar-se na maconha para fins medicinais, restringe-se a conceituação de saúde como ausência de doença ou enfermidade, relação médico-paciente, ou seja, estar-se-ia afirmando que a *cannabis* é uma substância a ser usada unicamente para o tratamento do aspecto biológico do ser humano. Quando se refere à *cannabis* como uma substância terapêutica aumenta-se o seu raio de alcance, proporcionando ao indivíduo que necessite fazer uso desta planta se aproximar o máximo possível do seu direito à saúde da forma prevista pela Organização Mundial de Saúde (2006) adotado em 1947¹¹. A compreensão da saúde, em linhas gerais, definida como o bem-estar bio-psíquico-social do ser humano é parte da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata em 1978, quando concebe saúde como,

¹¹ No ano seguinte, em 1948, a Assembleia Mundial da Saúde escolheu o dia 7 de abril (data da fundação da Organização Mundial da Saúde) para comemorar o Dia Mundial da Saúde, a fim de conscientizar as pessoas sobre os diversos fatores que afetam a saúde.

[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (ONU, 1978).

Portanto, o uso da *cannabis* proposto neste trabalho sugere não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas sim o seu uso para a busca e alcance do estado de completo bem-estar físico, mental e social não só das pessoas que se tratam com a maconha, mas de seus familiares, amigos e todas as pessoas que as rodeiam e que convivem com os sofrimentos provenientes dos quadros clínicos.

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 (MACEDO, 2018, p. 142).

Superado este momento da construção conceitual, passamos a adentrar a dimensão científica e terapêutica da *cannabis*. O termo *cannabis* é o nome científico atribuído para denominar a planta que possui três espécies: *cannabis indica*; *cannabis ruderalis* e *cannabis sativa*. Popularmente, no Brasil, é chamada de maconha, nos Estados Unidos de marijuana, na Índia de charas, no Oriente Médio de haxixe, dentre outros termos. O fato é que a *cannabis* é utilizada como substância terapêutica há milhares de anos, tanto é que curandeiros da antiguidade prescreviam maconha para tudo, desde o alívio para dor de ouvido, até para as dores do parto. Renato Malcher-Lopes e Sidarta Ribeiro na obra *Maconha, Cérebro e Saúde* (2007), afirmam que a maconha estava presente na mais antiga farmacopeia do mundo, escrita no primeiro século depois de Cristo pelos ancestrais do povo chinês, o *Pen-ts' ao ching*:

O *Pen-ts' ao ching* contém uma detalhada lista de centenas de princípios medicinais oriundos dos reinos mineral, animal e vegetal. Muitos destes fármacos tiveram suas propriedades psicofarmacológicas e medicinais confirmadas pelos testes da ciência moderna. Entre estes está a maconha, que era ali indicada para o tratamento de dor reumática, constipação, problemas femininos associados a menstruação, beribéri, gota, malária e falta de concentração, merecendo também uma nota emblemática sobre a melhor forma de administra-la: “A fruta da maconha (*Ma-fen*) possui um suave sabor amargo e pode ser tóxica (...) se consumida em excesso, pode causar a visão de demônios que perambulam como loucos, mas se for usada de forma mais esparsa, a pessoa será capaz de se comunicar com os espíritos e seu corpo será iluminado.” Este equivalente antigo dos atuais “use com parcimônia” ou “beba com moderação” demonstra que os antepassados dos chineses já conheciam muito bem as propriedades psicotrópicas da maconha e os riscos do seu abuso. (MALCHER-LOPES e RIBEIRO, 2007, p. 17)

Asseveram, ainda, os autores que o fundador da cirurgia chinesa, Hua T'o (110-207 a.C) utilizava a maconha como anestésico misturando-a ao vinho. O médico Pedânio Dioscórides, greco-romano, considerado o fundador da farmacognosia¹², publicou sua obra “De Matéria Medica”, a principal fonte de informação sobre drogas medicinais, desde o início do século I até o século XVIII. Dentre as mais de mil substâncias vegetais descritas e distribuídas em grupos terapêuticos, a maconha medicinal era indicada como tratamento eficaz para dores articulares e inflamações (AMAME, 2019).

Galeno (129-2016 d.C.), um dos mais formidáveis médicos da história, escreveu por volta do ano 200 d.C que havia o costume no sul de Roma de usar doce feito com maconha para promover alegria e animar festas. Plínio (23-79 d.C.), o cientista e historiador romano, escrevendo sobre a “folha do riso” da Cítia, mencionou que a planta servia para tragar gotas e que seu óleo era usado para extrair vermes e insetos de dentro do ouvido (MALCHER-LOPES e RIBEIRO, 2007, p. 17).

O uso terapêutico da maconha também estava presente na cultura persa, sendo a medicina persa, segundo Malcher-Lopes e Ribeiro (2007), a responsável por estabelecer com clareza a noção dos efeitos bifásicos da planta,

¹² Ciência multidisciplinar que contempla o estudo das propriedades físicas, químicas, bioquímicas e biológicas dos fármacos ou dos fármacos potenciais de origem natural assim como busca novos fármacos a partir de fontes naturais.

mencionando que, quando doses altas são usadas, os efeitos estimulantes iniciais, tais como euforia, estímulo da imaginação, aumento do apetite e da libido, podem ser gradualmente substituídos por melancolia, perda de peso, e perda de apetite sexual, sobretudo quando a droga é abusada por um longo período.

Também na região da antiga Mesopotâmia a maconha já era empregada por suas propriedades farmacológicas muito antes da era cristã. Os assírios, por exemplo, usavam incensos contendo maconha pelo menos desde o século VIII a.C. Há também documentos arqueológicos indicando que usavam maconha para desfazer feitiços e para o tratamento de inchaços, ferimentos, depressão, impotência, artrite, cálculo renal e enxaqueca menstrual. Entre esses documentos, os mais importantes fazem parte de uma série de tabletas de argila encontrados na região da Babilônia e datados do século VII a.C., os quais contêm receitas milenares herdadas de sacerdotes sumérios. Esses tabletas integravam a Biblioteca Real do rei Assurbanípal e incluem uma coleção chamada “Quando o Cérebro de um Homem Contém Fogo”, com prescrições médicas e encantamentos para curar diversos males relacionados à cabeça, sobretudo inflamações e inchaços. (MALCHER-LOPES e RIBEIRO, 2007, p. 24)

O uso terapêutico e religioso da maconha também fez parte da história da medicina do povo egípcio, e segundo Sula Benet (1936 apud MALCHER-LOPES e RIBEIRO, 2007), também do povo hebreu, uma vez que a autora afirma que a *cannabis* era um dos ingredientes de um óleo de unção sagrado que Deus instruiu Moisés a produzir na passagem bíblica encontrada no livro de Êxodo, 30:23.

Malcher-Lopes e Ribeiro (2007) afirmam que, de fato, há bons indícios de que a maconha e seu uso medicinal já eram do conhecimento dos egípcios pelo menos quatro séculos antes de Ramsés II. Segundo os autores, o Papiro de Ebers, que é o segundo documento médico original mais antigo do mundo (1550 a.C.), refere-se a uma planta cujo hieróglifo foi latinizado como *shemshemet*, e que, segundo o aludido documento, era consumida tanto como medicamento como fonte de fibras, sugerindo que se tratava da maconha.

Todavia, em nenhum outro lugar do mundo a maconha recebeu tanto prestígio como na Índia, seja no seu uso terapêutico ou religioso, neste último caso, inclusive, é considerada pelo *Vedas*, conjunto de obras que embasam o

hinduísmo, como uma das cinco ervas sagradas da religião. Os indianos, apesar da admiração religiosa nutrida pela maconha, também exploraram vastamente suas propriedades terapêuticas, como Malcher-Lopes e Ribeiro (2007) expõem que Sushruta, um médico cirurgião do século VI a.C., escreveu uma obra clássica da medicina indiana antiga, o *Sushruta Samhita*, no qual menciona que a maconha estimula o apetite, a digestão e a libido, além de ser diurético e inibir a produção de muco nas vias respiratórias.

O uso terapêutico da *cannabis* na Europa começou a ser difundindo, a propósito, sob influência indiana. Isto porque, até o século XIX os europeus conheciam apenas a utilidade das fibras e do óleo da maconha, pois o clima do continente proporcionava apenas a produção de fibras pela *cannabis*. Isto se explica porque quando a *cannabis* cresce em clima quente e seco, ou no clima seco das grandes altitudes, frio, mas com abundância de sol, maior quantidade de resina é produzida para prevenir a perda de água, em contrapartida à produção de fibras é superior. A resina secretada por glândulas epidérmicas localizadas na superfície das folhas, mais intensamente nas folhas mais altas da árvore, é onde se concentram a maior parte de canabinóides.

Por esta razão, apenas com a ocupação da Índia pelos britânicos, no século XIX, que a Europa veio a tomar contato com as propriedades medicinais da maconha.

O médico irlandês William Brook O'Shaughnessy aprendeu sobre a maconha com os médicos indianos enquanto esteve a serviço do império Britânico durante a ocupação da Índia, impressionando-se bastante com a efetividade de seu uso no tratamento de reumatismo e das convulsões causadas por tétano e raiva. Na mesma época, em uma viagem à Índia acompanhando um paciente, o psiquiatra francês Jacques Moreau vislumbrou a possibilidade de aplicação da maconha no tratamento de distúrbios mentais. Quando O'Shaughnessy e Moreau retornaram e divulgaram aquilo que haviam aprendido, o impacto foi muito grande na medicina europeia, que não conhecia ainda nenhum tratamento tão eficaz para os sintomas de doenças infecciosas como raiva, tétano e cólera. Por outro lado, os resultados que Moreau obteve usando maconha no tratamento de distúrbios psiquiátricos não foram consistentes. Isto não reduziu o entusiasmo da medicina ocidental com a planta, cujo uso se espalhou pela Europa e Estados Unidos de tal forma que, já nas primeiras décadas do século XX, dezenas de remédios à base de maconha estavam sendo produzidos

pelos mais importantes laboratórios farmacêuticos, sendo recomendados pelos médicos para os mais variados problemas, incluindo: enxaqueca, dor de dente, cólicas menstruais, hemorragia menstrual e pós-parto, risco de aborto, úlcera gástrica, indigestão, inflamação crônica, reumatismo, eczema, estímulo do apetite e tratamento de anorexia decorrente de doenças exaustivas, disenteria, insônia, depressão, ansiedade, *delirium tremes* (crise de abstinência de álcool), epilepsia, convulsões e espasmos causados por tétano e raiva, febre alta, temor senil, tumores cerebrais, tiques nervosos, neuralgia, vertigem, tosse, formigamento e dormência causados por gota, bócio, palpitação cardíaca, frigidez feminina e impotência sexual. (MALCHER-LOPES e RIBEIRO, 2007, p. 33-34)

Pois bem, não há dúvida acerca da trajetória da maconha juntamente com a humanidade, servindo como fonte de saúde ao longo dos séculos, em todo o planeta. Mas o que tornaria a maconha uma planta com tamanha capacidade terapêutica?

Cientificamente falando, a *cannabis* possui mais de 400 (quatrocentos) substâncias, sendo que as mais famosas dentre estas são o Δ -9 THC (tetraidrocanabinol) e canabidiol (CBD), como afirma Gontiès e Araújo (2003) que a principal substância química com princípios alucinógenos presentes na *Cannabis* é o Δ -9 THC (tetraidrocanabinol), do grupo dos canabinóides, sendo identificado também o canabidiol (CBD), que não possui efeitos alucinógenos, mas com algumas propriedades terapêuticas.

Desta forma, conforme disserta Macedo (2018), não se pode confundir a *cannabis* como sinônima de Δ -9 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 canabinóides presentes nessa planta. É o THC a substância responsável por atribuir capacidade psicotrópica à maconha, enquanto o CBD possui maior capacidade terapêutica.

Raphael Mechoulam, pesquisador israelense, em suas pesquisas iniciadas em 1964 descobriu um sistema no organismo humano denominado Sistema Endocanabinóide, o qual se constitui por receptores CB1, localizados no sistema nervoso, e receptores CB2, encontrados principalmente no sistema imunológico. Segundo Malcher-Lopes e Ribeiro (2007, p. 53),

Receptores CB1 foram encontrados em neurônios envolvidos na transmissão e processamento de estímulos dolorosos localizadas em diversos órgãos do corpo, bem como na medula espinhal, e no encéfalo. A ativação destes receptores reduz a transmissão dos sinais de dor vindos de terminais nervosos periféricos, impedindo que essas informações cheguem aos circuitos cerebrais responsáveis pela sensação da dor, entre eles, a região do cérebro denominada substância periaquedutal cinzenta. A ativação de CB1 diretamente nesses circuitos impede a percepção da dor mesmo que os sinais periféricos fluam normalmente. A presença de CB1 nos vários estágios de processamento da informação dolorosa é, portanto, coerente com os efeitos analgésicos da maconha.

Neste sentido, enquanto os receptores CB1 estão localizados no cérebro, os autores afirmam que os receptores CB2 estão presentes, por exemplo, nos vasos sanguíneos, nas células do sistema imunitário e nas células adiposas, onde participa dos efeitos periféricos da maconha na fisiologia e no metabolismo (MALCHER-LOPES e RIBEIRO, 2007).

As pesquisas de Raphael Mechoulam concluíram que o próprio organismo humano produz substâncias que irradiam efeitos idênticos aos efeitos do THC e do CBD, as quais ficaram conhecidas como endocanabinóides, ou seja, canabinóides endógenos, enquanto os canabinóides exógenos podem ser os fitocanabinóides ou canabinóides sintéticos, como explica Pamplona (2014, p. 29 apud MACEDO, 2018, p.100):

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.

Malcher-Lopes e Ribeiro (2007) afirmam que, em 1992, William Devane e outros pesquisadores sob a supervisão do Prof. Rafael Mechoulam na Universidade Hebraica de Jerusalém, descobriram o primeiro canabinóide interno, produzido pelo próprio corpo humano, o qual foi chamado

araquidoniletanolamida em função da sua estrutura química, mas foi batizada por seus descobridores como anandamida, em referência à palavra *anand*, que em sânscrito significa “êxtase”. Já no ano de 1997, um segundo composto com características semelhantes foi descoberto, o araquidonoilglicerol, também conhecido como 2-AG.

Neste contexto, o próprio sistema endocanabinóide, de forma natural, produz regularmente substâncias que se conectam aos receptores CB1 e CB2 e produzem sensações análogas a sensação da maconha. Desta forma, sob a influência destes endocanabinóides nos neurônios, aliado a outros fatores, o organismo é capaz de reproduz sensações de felicidade, apetite, libido, dentre outras que são marcas registradas do uso da maconha.

A presença ampla dos receptores de canabinóides no organismo e as evidências de que os endocanabinóides são influenciados por hormônios indicam que o sistema endocanabinóide funciona como um dos principais maestros na orquestração das funções vitais, conforme o contexto em que o organismo se encontre. Isso explica porquê a maconha produz efeitos tão complexos e indica o fantástico potencial do sistema endocanabinóide como alvo de novos remédios. Mas também fica evidente quão desafiadora é a tarefa de direcionar os efeitos dos remédios para aspectos específicos do funcionamento do sistema endocanabinóide, de forma a utilizá-los seletivamente. (MALCHER-LOPES e RIBEIRO, 2007, p. 63-64).

Diante desta retrospectiva percebe-se o gigantesco potencial terapêutico da *cannabis* no organismo humano, tendo em vista que tem a capacidade de proporcionar equilíbrio ao sistema nervoso, como também a sistemas periféricos. O THC é a substância que atrai mais atenção dos cientistas, pelo fato de que apenas ela isoladamente é capaz de produzir quase todos os efeitos psicológicos e funcionais da maconha. Após o THC, o canabidiol (CBD) é a substância mais abundante na *cannabis*.

Todavia, Malcher-Lopes e Ribeiro (2007) assinalam que cerca de 70 (setenta) substâncias químicas com características estruturais semelhantes ao THC já foram isoladas da maconha e não são encontradas em nenhuma outra espécie. Afirmam ainda os autores, que a maior parte destes compostos exhibe diferentes propriedades farmacológicas de potencial uso medicinal, contribuindo

para a complexidade dos efeitos da maconha no cérebro e nas funções dos órgãos.

Sendo assim, há estudos que indicam que a *cannabis* pode ser utilizada em tratamentos analgésicos, para transtornos neurológicos e dos movimentos, náuseas e vômitos associados a terapias oncológicas, glaucoma, para estimular o apetite, para o stress, insônias, entre outros, como assinala Horne (2006, p. 4-5 apud MACEDO, 2018, p.103):

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 adia, 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;

Ato contínuo, Macedo (2018) em sua dissertação reverbera as palavras de Casimiro *et al.*, ao afirmar que a maconha pode ser usada para o tratamento de Alzheimer, doença de Huntington, Esclerose Múltipla e Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA):

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 anti-inflamatória neuroprotetora. Por conseguinte, o uso de fitocanabinoides 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 (CASIMIRO *et. al.*, 2017, p. 10-11 apud MACEDO, 2018, p.104).

Destarte, em síntese, a literatura mostra que organismos saudáveis possuem um estado regular de homeostase, isto é, estão com suas funções corporais funcionando de forma equilibrada e numa dinâmica adequada. Alguns hábitos, quadros patológicos e disfunções podem ocorrer, alterando esse equilíbrio necessário para o bom funcionamento da imunidade que protege os organismos de ataques externos. Os canabinóides ao entrar em contato com os receptores do sistema endocanabinóide auxiliam na modulação das funções corporais para a homeostase. Portanto, desde que administrados corretamente, os compostos canábicos contribuem para a ação imunológica do organismo.

É importante ressaltar que ao promover o equilíbrio do organismo, que por natureza é capaz de lidar com agentes patogênicos, a *cannabis* age não combatendo os agressores, mas auxiliando o corpo a se defender por si mesmo. Por esta razão pode ser utilizado no tratamento de uma série de doenças. Neste sentido, percebe-se que os efeitos terapêuticos da maconha já são de conhecimento da ciência moderna há décadas. Todavia, a temática veio ganhar espaço para discussões mais incisivas no ano de 2012, após o caso da garotinha americana de 5 (cinco) anos Charlotte Figi, portadora de síndrome de Dravet¹³, que obteve sucesso no controle de crises convulsivas, com o uso de um óleo rico em CBD, produzido a partir de uma cepa de *Cannabis Sativa L*, planta que inclusive recebeu seu nome (AMAME, 2019).

Segundo reportagem publicada no site do jornal *El País* (2014), Charlotte costumava ter até 300 (trezentos) episódios de convulsões por semana, e em várias ocasiões o seu coração chegou a parar; desde que começou a tomar duas doses diárias de extrato de *cannabis* misturado a azeite por via oral, os ataques passaram a ocorrer apenas uma ou duas vezes por mês. Como resultado do caso Charlotte, foi aprovada, no ano de 2014, na Flórida, uma lei que autoriza o uso terapêutico da *cannabis* batizada de Charlotte's Web.

No Brasil, o primeiro caso de acesso ao uso terapêutico da maconha foi o da garotinha brasileira com 5 anos de idade, Anny Fisher, no ano de 2014, portadora da síndrome CDKL5¹⁴ (que determina um quadro de epilepsia refratária), qual obteve sucesso no controle de crises convulsivas, com o uso de um óleo rico em CBD. (AMAME, 2019)

Anny obteve acesso ao uso da *cannabis* por meio de uma ação judicial ajuizada perante o Poder Judiciário brasileiro. O caso ganhou uma proporção singular no país, chegando a protagonizar o documentário "Illegal – A vida não

¹³ A síndrome de Dravet ou epilepsia mioclônica grave da infância (SMEI – Severe Myoclonic Epilepsy of Infancy) é uma encefalopatia progressiva associada à convulsões de difícil controle e, muitas vezes, a profunda deficiência intelectual, representando um dos maiores riscos de morte súbita e inesperada em pacientes com epilepsia.

¹⁴ CDKL5 é causada por mutações no gene CDKL5 (cyclin-dependent kinase-like 5), localizado no cromossomo X. O gene CDKL5 codifica para uma proteína essencial para o desenvolvimento normal do cérebro, regulando de alguma forma a atividade de outros genes, incluindo o gene MECP2.

espera”¹⁵, como também chegou a ser exibido no programa televisivo “Fantástico”¹⁶. O sucesso de Anny acabou contagiando outros pais e mães pelo país, e as histórias de controle de crises convulsivas se multiplicaram. Um grupo de pessoas com epilepsia do estado da Paraíba conseguiu, também na justiça, a primeira liminar favorável a um grupo de pessoas, para importação do óleo rico em CBD (AMAME, 2019).

Resta evidente, portanto, que a luta pelo acesso ao uso terapêutico da maconha se trata de uma questão humana, que se encontra presente no contexto social, mais notadamente daquelas pessoas que sofrem de alguma patologia ou distúrbio que poderiam ser trata com a *cannabis*, mas que o Estado insiste em ignorar e, como não se bastasse, insiste em criminalizar e marginalizar.

A maconha foi utilizada como substância terapêutica desde os primórdios da humanidade, muito antes do surgimento dos preconceitos e das mazelas que assolam a sociedade.

A saúde não espera, a vida deve ser preservada. A maconha não é inimiga da sociedade, ela é comprovadamente algo que pode ser usado para salvar a vida daquelas pessoas que se encontram em estado vegetativo e levam consigo também a vida de seus pais, familiares, amigos e demais pessoas que estejam em sua volta.

2.3 A PERSPECTIVA PROIBICIONISTA NA POLÍTICA DE DROGAS EM ÂMBITO INTERNACIONAL E NACIONAL E SEUS REFLEXOS

No tópico anterior foi realizada exposição acerca da *cannabis* como substância terapêutica, suas propriedades, sua ação no organismo e sua utilidade no tratamento de inúmeras patologias. Avançaremos agora o trabalho com uma retrospectiva do processo que culminou na atual política de drogas em âmbito internacional, representada pelos documentos elaborados pela

¹⁵ ILEGAL - A VIDA NÃO ESPERA, 2016. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=rHehU9kh5_0

¹⁶ Pais lutam na Justiça por liberação de remédio derivado da maconha, 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/03/pais-lutam-na-justica-por-liberacao-de-remedio-derivado-da-maconha.html>

Organização das Nações Unidas – ONU, bem como a política de drogas implementada no Brasil ao longo dos anos.

Iniciamos a escrita com um questionamento a respeito de que, se a *cannabis* pode ser tão útil à preservação da vida humana e ao acesso ao direito humano à saúde, por qual motivo e ou razões houve sua criminalização e o desenvolvimento de uma cultura pejorativa relacionada à aludida planta, fazendo com que a sociedade, de uma maneira geral não a enxergue como algo que possa servir como fonte de vida e saúde, mas como algo que possa destruir esses preceitos?

A história mostra que por muitas vezes a vida, a saúde e a dignidade humana foram deixadas de lado por interesses de um grupo de pessoas capazes de realizar sacrifício alheio em nome de conceitos fundamentados em um falso moralismo e no senso de civilidade, que na verdade de nada mais servem senão para mascarar preconceitos de toda natureza, que encontra-se enraizado de maneira estrutural na sociedade moderna.

Lanças (2013) disserta que é somente a partir da existência de uma moral e de uma lei acerca do hábito de fumar maconha que isso adquiriu importância política, na medida em que sua regulação ou liberação jurídica responde a relações de poder presentes na sociedade.

As primeiras manifestações contrárias à maconha surgiram nos Estados Unidos, na virada do século XIX para o século XX, embora o envolvimento da humanidade com a planta seja milenar. Inicialmente vinculadas a grupos de “senhorinhas” que lutavam contra o consumo de álcool, suas bandeiras refletiram muitos dos preconceitos e visões de mundo daquela realidade peculiarmente protestante. Mais do que o efeito destrutivo no organismo ou mesmo as consequências sociais que o consumo de tais substâncias poderia trazer, o discurso era permeado por um viés moralista que condenava o prazer que elas traziam. É que na ética protestante, sabe-se claramente devido ao seu exaustivo estudo no cânone sociológico, há uma forte inclinação para o trabalho e para o ascetismo. Nesse contexto, uma substância (fosse o álcool, a maconha, o ópio ou o açúcar refinado) que pudesse trazer picos de prazer sem implicar um custoso esforço soava como um terrível pecado hedonista, e incomodava profundamente os membros ativistas do movimento de temperança, que combatia inicialmente o consumo do álcool. Mas apesar do apelo cristão do discurso desse movimento, ele por si só não foi capaz de tornar a maconha criminalizada e marginalizada e nem foi esse seu foco. Houve outros fatores

envolvidos naquela realidade. O primeiro é o perfil do usuário da época: negro ou latino, pobre e habitante das periferias das grandes cidades. O segundo é o estrondoso fracasso da proibição do álcool naquele país, apesar do esforço e da insistência do discurso do movimento de temperança. Não é de hoje que se sabe das desigualdades estruturais e do racismo latente na sociedade estadunidense, isso pode ajudar a compreender a situação desses incipientes maconheiros e bêbados daquela época. (LANÇAS, 2013, p.25)

Neste sentido, o processo de criminalização da maconha surge de razões econômicas, de classe social e, principalmente, racistas, pois, os trabalhadores negros e latinos, principais consumidores da maconha na época, já eram marginalizados socialmente, as leis que vieram posteriormente apenas deram as autoridades o pretexto necessário para encarcerá-los. Neste sentido, após o fracasso do movimento da temperança, acharam-se naqueles que faziam uso cultural da *cannabis* os perfeitos culpados pelos problemas sociais da grande nação capitalista que estava se consolidando, como a violência e a desigualdade, por exemplo.

Lanças (2013) ainda aduz que, além da conveniência em suprimir os direitos de uma população já marginalizada, assim que finda a lei seca nos Estados Unidos um imenso aparato repressivo se viu inutilizado. Ou seja, um séquito de burocratas e agentes repressores liderados por Harry Aslinger, comissário do escritório federal de narcóticos, teve nesse momento seus empregos ameaçados, e através de uma campanha, um empreendimento moral conseguiu mantê-los ao encontrar um novo vilão, uma vez que o álcool havia se provado mais forte que a temperança.

Com o fim da proibição, 1933, a burocracia governamental responsável por combater as bebidas correu o risco de perder seus empregos. Aslinger (...) escapou transferindo-se para outra agência governamental, FBN - escritório federal de narcóticos. Ele tornou-se o comissário do FBN, mas a mídia preferia chamá-lo de “czar anti-drogas dos Estados Unidos. O FBN tinha muito menos pessoal e orçamento que a agência que lidava com álcool (...) Aslinger começou a sua campanha de maneira certa: com ajuda da imprensa. (...) passou a descolar reportagens sobre o novo mal que estava invadindo os Estados Unidos, a maconha: uma droga mortal, bem pior que a heroína, que transformava homens em monstros, fazia meninas se matarem à primeira tragada ou Deus nos livre, se entregarem aos caprichos de um homem de cor. Os jornais acharam que publicar aquelas

reportagens era algo bom, porque assim as crianças ficariam com medo e não chegariam perto do monstro - durante todo o século XX, a mídia teve essa atitude em geral com boas intenções (...) Com essas reportagens nas mãos, Aslinger pegou seu pires e foi ao congresso Nacional pedir orçamento. Sua estratégia: convencer os distintos políticos que a maconha era uma ameaça completamente nova e muito mais séria que o ópio e a heroína, cujos males eram conhecidos. Portanto, ele precisaria de muito mais recursos. Se você ler as atas das audiências realizadas na época para discutir a possibilidade de proibir a maconha, vai perceber que quase todas as provas apresentadas eram recortes de jornal com reportagens de ficção (...) Entre as “evidencias” exibidas havia a foto de uma criança macerada a pancadas, de uma suposta vítima de um viciado em maconha. Apenas um médico foi chamado a participar das audiências, o presidente da Associação Nacional de Medicina, William Woodward, que se opôs veementemente à proibição e acusou aquela comissão de ser uma farsa, baseada em boatos sem comprovação. Ele foi voto vencido, e a maconha passou a ser proibida em 1937, quatro anos depois do fim da proibição do álcool (BURGIERMAN, 2011, p. 63-66 *apud* LANÇAS, 2013, p. 27-28).

Assim, consolida-se o paradigma proibicionista nos Estados Unidos da América, baseado em argumentos de falso moralismo, tendo o apoio de segmentos econômicos bem como da classe política, construindo uma imagem negativa da *cannabis*, mesmo sem embasamento científico algum, ignorando-se completamente a sua capacidade de tratamento terapêutico.

Proibicionismo é uma forma simplificada de classificar o paradigma que rege a atuação dos Estados em relação a determinado conjunto de substâncias. Seus desdobramentos, entretanto, vão muito além das convenções e legislações nacionais. O proibicionismo modulou o entendimento contemporâneo de substâncias psicoativas quando estabeleceu os limites arbitrários para usos de drogas legais/positivas e ilegais/negativas. Entre outras consequências, a própria produção científica terminou entrincheirada, na maior parte das vezes do lado “certo” da batalha, ou seja, na luta contra as drogas. O proibicionismo não esgota o fenômeno contemporâneo das drogas, mas o marca decisivamente” (FIORE, 2012, p. 9 *apud* LANÇAS, 2013, p. 29)

Antes da efetiva proibição da maconha nos Estados Unidos impulsionada pelo argumento proibicionista, em 1912, já tinha ocorrido 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, a I Convenção Internacional sobre Ópio, organizada pela Liga das Nações, em Haia. Entretanto, a maconha não foi mencionada neste documento (KARAM, 2009 *apud* BARROS e PERES, 2011)

A década compreendida entre os anos de 1920 a 1930 foi onde as políticas proibicionistas mais ganharam força. Em 1924, ocorreu a II Conferência Internacional do Ópio, onde a maconha foi pela primeira vez citada como um problema social, por um brasileiro, conhecido como Dr. Pernambuco, que afirmou para a delegação de 45 (quarenta e cinco) 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. (BARROS e PERES, 2011, p. 14)

A partir do discurso do médico brasileiro na II Conferência Internacional do Ópio surge uma construção acerca da proibição da maconha no âmbito internacional com a hegemonia americana. Contudo, segundo disserta Lucas Lopes Oliveira (2016), a estruturação do proibicionismo a nível mundial se deu efetivamente com as três maiores convenções da ONU sobre drogas, quais sejam, a Convenção Única Sobre Estupefacientes 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.

Em linhas gerais, o texto da Convenção Única Sobre Estupefacientes de 1961, cujo preâmbulo anuncia a preocupação com a saúde e o bem-estar da humanidade, segundo Paiva (2018), consolidou os inúmeros tratados que a antecederam, incluindo a limitação do uso das substâncias para fins exclusivamente científicos e medicinais e a obrigação de criminalização de determinadas condutas. Também colocou novas substâncias sob controle internacional e criou um órgão regulador da produção e do comércio de drogas,

a Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (Jife, ou INCB, na sigla em inglês).

Entre as substâncias incluídas ao raio de controle internacional por meio do documento de 1961, encontra-se a *cannabis*, a qual está inicialmente alocada na lista I, que trata de substâncias que tem potencial de causar dependência estando a sua produção, distribuição e prescrições controladas para uso médico. A maconha, também, foi incluída na Lista IV da mesma Convenção de 1961, juntamente com a heroína, considerada à época como “*particularly dangerous drug*” sendo proibida sua produção e não sendo reconhecido nem o seu uso médico (CEBRID, 2014 *apud* OLIVEIRA, 2016).

Diante de uma leitura da Convenção Única Sobre Estupefacientes de 1961, percebe-se que o referido documento não proibiu diretamente o uso ou o cultivo da maconha para uso médico, mas deixou a critério de cada Estado-Parte. Tal interpretação pode ser compreendida a partir de apenas dois dispositivos, o Artigo 22 e 28, sendo que um fala em caso de o Estado-Parte permitir o cultivo da maconha e o outro em proibir:

ARTIGO 22

Dispositivo especial aplicável ao cultivo

Quando as condições existentes no país ou num território de uma das partes indicarem a juízo deste último, que a proibição do cultivo da dormideira, do arbusto de coca e da planta da canabis é a medida mais adequada para proteger a saúde pública e evitar que os entorpecentes sejam usados no tráfico ilícito, a Parte em causa proibirá aquele cultivo.(...)

ARTIGO 28

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 esse 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 planta da canabis. (BRASIL, 1964)

Vários outros dispositivos dispõem sobre a fiscalização da *cannabis*, entretanto, basta uma leitura dos instrumentos jurídicos internacionais acima referenciados para se notar os reflexos do proibicionismo, mais notadamente no

artigo 22. Todavia, neste período, a capacidade terapêutica da *cannabis* ainda era reconhecida, como aduz Oliveira (2016), que a convenção, que é um marco do proibicionismo moderno, resguarda o discurso médico como legitimador do uso de substância, liberando-a para o uso medicinal condicionado pelo saber-poder médico, embora tenha classificado a maconha em duas listas de natureza totalmente diverso como apontado acima. Na mesma medida em que, pelo menos discursivamente assegura o direito ao uso medicinal de determinadas substâncias.

O intuito de garantir o uso dos entorpecentes para fins médicos é exposto no próprio texto da convenção de 1961, em seu artigo 4, que trata das obrigações gerais das Partes, em seu item “c”, que afirma:

As Partes adotarão todas as medidas legislativas e administrativas que possam ser necessárias: (...) c) à limitação exclusiva à fins médicos e científicos, da produção, fabricação, exportação, importação, distribuição, comércio uso e posse de entorpecentes, dentro dos dispositivos da presente Convenção (BRASIL, 1964).

As Convenções de 1971 e 1988, por sua vez, foram concebidas tendo como pano de fundo o aumento do consumo de drogas nos países centrais, e, mais importante, sob o peso da “guerra às drogas” declarada por Richard Nixon nos Estados Unidos. Segundo Collins (2016 apud Paiva, 2018), muitos autores atribuem o caráter punitivo assumido pelas políticas de drogas nacionais a partir da década de 1970 menos aos termos específicos das convenções da ONU e mais às pressões bilaterais – e à captura dos órgãos internacionais reguladores, como a Jife e o secretariado da ONU – pela agenda essencialmente nacional dos Estados Unidos.

Isso explica o fato, por exemplo, de que a grande maioria dos países estabeleceu – ou ainda estabelece – penas criminais voltadas ao porte de drogas para uso pessoal, ainda que nenhuma das convenções contenha qualquer determinação nesse sentido. (PAIVA, 2018, p. 101)

Independentemente da razão, é fato que o sistema internacional de controle de drogas adotou a agenda de repressão da oferta como estratégia predominante, e a construção dos respectivos indicadores e das metas atendeu a essa prioridade. O sucesso

ou o fracasso dos países passou a ser medido pela quantidade de drogas apreendidas, erradicadas, pelo número de pessoas presas por tráfico, pelo estabelecimento de leis nacionais restritivas, e assim por diante.

Macedo (2018) afirma que a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas reconhece o caráter indispensável das substâncias psicotrópicas para fins médicos e científicos. O que ela apresenta é uma limitação para fins científicos e para fins médicos. Não menciona em total proibição para fins medicinais/terapêuticos.

Ato contínuo, Jelsma (2008), aponta que a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Drogas de 1988, por seu turno, introduz de forma obrigatória que os países signatários devem adotar “as medidas que sejam necessárias para tipificar como delitos penais em seu direito interno” (art.3, § 1) todas as atividades relacionadas com produção, venda, transporte, distribuição, etc., das substâncias incluídas nas listas mais restritas das convenções de 1961 e 1971. Também deve estar sujeito a sanções penais o “cultivo da papoula, o arbusto de coca ou a planta de maconha com objeto de produzir entorpecentes”.

A consolidação do proibicionismo na política em relação ao uso de substâncias consideradas droga se deu em pouco tempo e teve resultados percebidos rapidamente. Esse é o cenário recente, onde algumas substâncias se tornam criminalizadas, mobilizando os contingentes policiais para seu combate e promovendo uma lucrativa especulação em seu comércio. É esse o cenário em que surge a categoria de usuário (LANÇAS, 2013, p. 36).

Neste sentido, se sedimenta em âmbito internacional uma política proibicionista de drogas, que inclui a maconha no raio de seu alcance, fundamentada em ações preconceituosas, cujo objetivo maior se traduzia na intenção de criminalizar camadas marginalizadas que faziam uso da planta. Diante disto, a maconha em certo momento ganha outra conotação, pois passou a ser símbolo de resistência pela geração americana chamada Beat, a qual buscava sentir “paz”, liberdade, amar sem repressões e a maconha servia como uma forma de contestação.

Pessoa (2017) assevera, por sua vez, que o uso e a simbologia ligada ganharam novos traços por volta da década de 60, com o movimento Hippie e

de contracultura. A camada média, principalmente os jovens, reivindicavam uma sociedade mais justa, e a conotação do consumo da maconha foi para um estilo alternativo, marcado pela liberdade. Ganhou adeptos também da classe artística, dos intelectuais e estudantes. Aduz ainda a autora que aos poucos, apesar da tentativa dos saberes médicos, da atuação da polícia e das leis de proibição, o seu uso foi disseminado para outras classes socioeconômicas. Porém o sentido dado a droga e ao seu usuário variava conforme o grupo social que a consumia.

Durante os anos 50 o uso da cannabis foi muito discutido na imprensa, onde o maconheiro aparecia como um “vagabundo arruaceiro”, embora os médicos insistissem em que se tratava de um “doente mental”. Essas representações tiveram um efeito marcante na maneira pela qual o uso da cannabis veio a ser percebido pela população (Cavalcanti, 1998:119, 132 APUD MACRAE E SIMÕES, 2003). Hoje o público em geral é levado a associá-la com bandidos perigosos, jovens perdidos no vício ou celebridades fúteis, neuróticas e decadentes” (MACRAE E SIMÕES, 2003 p.3 *apud* PESSOA, 2017, p. 25).

Este cenário corroborou para enfatizar, em âmbito internacional, o caráter psicotrópico da maconha, apoiada, inclusive, pela camada conservadora da ciência, ligada a “moral” e aos “bons costumes”, construindo-se uma cultura pejorativa em relação a maconha, sendo proibida nos Estados Unidos desde 1937, por meio da *Marijuana Tax Act*.

Pessoa (2017) aduz que a aludida planta foi considerada pela mídia como “erva assassina”, pois os crimes de homicídios ocorridos na época eram relatados, e tidos como motivados, como decorrentes de pessoas que consumiram a droga. Neste diapasão, a maconha foi considerada como a substância que oferecia o maior perigo e o álcool foi ‘inocentado’, sendo tratado como algo lícito, acentuando seus efeitos positivos, inclusive sobre os usuários da maconha, impedindo a dependência, e também com o potencial de unir a família.

A criminalização da maconha no Brasil também se deu por questões políticas e sociais, mas não poderia ser diferente, diante de uma sociedade que viveu longos 389 anos de regime escravocrata e extermínio de povos indígenas com quem as ervas eram parte dos rituais religiosos e culturais. Isto porque, a maconha e outras ervas desde o princípio, esteve fortemente ligada aos grupos

étnicos, indígenas, camponeses e os afro-brasileiros e africanos escravizados assim como o tabaco fazia parte da vida dos colonizadores.

Desde o início o uso da maconha esteve tão intrinsicamente conectado à trajetória dos escravos negros e seus descendentes no Brasil que, segundo o sociólogo Gilberto Freyre, tal costume eventualmente passou a representar uma verdadeira forma de resistência da cultura africana no Brasil. (...) Escravos e camponeses usavam-na socialmente no final do dia de trabalho, quando se reuniam de forma quase que ritualística para relaxar em rodas de fumo. As propriedades medicinais da maconha também eram amplamente difundidas e exploradas por curandeiros e populares, enquanto que seu uso religioso era mais restrito a alguns cultos afro-brasileiros, onde a planta era fumada, sobretudo por iniciantes, para facilitar o transe místico. Segundo o historiador alemão Mathias Assunção, ao contrário do tabaco, que era considerado um estimulante útil pelos colonizadores europeus, o efeito relaxante da maconha não era visto com bons olhos por patrões e senhores de escravos. De fato, o uso da maconha passou a ser combatido como vício pela elite econômica e social justamente devido ao temor que tinham de que tal droga pudesse levar à indolência e à “brutalização” das classes fornecedoras de mão de obra. Além disso, como vem enfatizando o antropólogo paulista Edward MacRae, da mesma forma que ocorreu com o candomblé e a capoeira, o uso da maconha também sofreu perseguição de cunho fortemente racista, e sua proibição eventualmente passou a servir de pretexto para a opressão de indivíduos de origem africana, que sobretudo após a abolição da escravatura eram vistos pelos brancos como parcela perigosa da população. (MALCHER-LOPES e RIBEIRO, 2007, p. 36-37)

Essa ligação da *cannabis* aos grupos subalternos no território brasileiro contribuiu para compor o projeto de regulação e controle social com a sua proibição. Isto porque, instaurava-se no país um positivismo fortemente influenciado no pensamento de Lombroso (1835-1909), baseado em origens etiológicas para o crime, ou seja, conforme explana Barros e Peres (2011, p. 9) referia-se à existência de razões biológicas, atávicas e até climáticas (calor, no caso) para que determinados tipos de pessoas não respeitassem a ordem. Características tais como o tamanho da mandíbula forneciam dados à psicopatologia criminal.

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. (BARROS e PERES, 2011, p 11)

Para se ter uma dimensão a respeito de quão danosa é a cultura racista e escravocrata brasileira à pessoa humana, segundo Peres e Barros (2011), 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. Malcher-Lopes e Ribeiro (2007) afirmam que décadas depois, em 1866, São Luís do Maranhão editou lei no mesmo sentido.

Após a proclamação da República, a repressão tornou-se progressivamente mais dura e generalizada, embora o primeiro código penal republicano do Brasil, publicado em 1890, ainda não fizesse nenhuma menção à maconha, que permaneceu sendo comercializada livremente como remédio na forma de *cigarros índios* (cigarros indianos) em bares e tabacarias das grandes cidades até 1917, ou com receita médica até o final dos anos 1930. Em sintonia com boa parte do ocidente, a maconha foi definitivamente criminalizada no Brasil em 25 de novembro de 1938, por determinação do Decreto-lei número 891, que regulava o controle do uso de substâncias narcóticas no Brasil, colocando a maconha na mesma categoria legal da cocaína e do ópio. (MALCHER-LOPES e RIBEIRO, 2007, p. 37).

Aqui cabe um parêntese para fazer menção a um personagem que possui grande responsabilidade pela criminalização da maconha em território brasileiro, o que o fez por meio de um discurso científico etnocêntrico. Fala-se do psiquiatra Rodrigues Dória, professor de Medicina Pública de Direito da Bahia, presidente da Sociedade de Medicina Legal, ex-presidente do Estado de Sergipe, gozando, portanto, de um grande prestígio perante a sociedade científica da época, tratou de travar uma guerra racista contra a maconha, chegando a associá-la a uma espécie de vingança de negros “selvagens” contra brancos “civilizados” que os haviam escravizado, segundo Barros e Peres (2011). A seguir um fragmento de um de seus textos:

[...] é possível que um indivíduo já propenso ao crime, pelo efeito exercido pela droga, privado de inibições e de controle normal, com o juízo deformado, leve a prática seus projetos criminosos . (...) Entre nós a planta é usada, como fumo ou em infusão, e entra na composição de certas bebidas empregadas pelos “feiticeiros”, em geral pretos africanos ou velhos caboclos. Nos “candomblés” - festas religiosas dos africanos, ou dos pretos crioulos, deles descendentes, e que lhes herdaram os costumes e a fé – é empregada para produzir alucinações e excitar os movimentos nas danças selvagens dessas reuniões barulhentas. Em Pernambuco a herva é fumada nos “atimbós” - lugares onde se fazem os feitiços, e são frequentados pelos que vão aí procurar a sorte e a felicidade. Em Alagoas, nos sambas e batuques, que são danças aprendidas dos pretos africanos, usam a planta, e também entre os que “porfiam na colcheia”, o que entre o povo rústico consistem em diálogo rimado e cantado em que cada réplica, quase sempre em quadras, começa pela deixa ou pelas últimas palavras de contendor (HENMAN e PESSOA JR, 1986 *apud* BARROS e PERES, 2011, p. 12).

Neste sentido, Barros e Peres (2011) afirmam que 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.

França (2015 *apud* PESSOA, 2017) traz que, no Brasil, a comunidade médica, em destaque os psiquiatras, não se apegaram muito ao rigor científico, “lançando mão de relatos pessoais, comentários de amigos, depoimentos colhidos em manicômios, fábricas e prisões, e de observações pouco sistemáticas, muitas vezes de serviços da própria casa do pesquisador”, tinham o objetivo de traçar um perfil, uma tipologia do vício e do viciado, que acabou por legitimar diversas leis de caráter proibicionista, como ao cultivo e ao consumo da maconha.

Diante disto, a maconha atravessou as décadas subsequentes tratada como símbolo da marginalidade e da malandragem no Brasil. Este cenário refletiu na política de drogas brasileira, por meio da consolidação de uma estrutura normativa repressiva que legitimou o Estado a declarar guerra às drogas, tratando o tema como matéria penal, criando uma cultura de

encarceramento de jovens, em sua maioria negros e pobres, afrodescendentes, que estão interligados com a *cannabis* por meio de um elo sobretudo cultural.

Após o Decreto-lei 891 de 1938, considerado como o marco do proibicionismo da maconha no Brasil, a política repressiva sobre drogas só cresceu. Em 1940, asseveram Barros e Peres (2011), 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.

Carvalho (2011 *apud* Campos 2013) afirma que em 1943 a produção de um relatório para a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes – CNFE, órgão criado no ano de 1936 para tratar da matéria relacionada as drogas, articulava junto aos Estados, mapeamentos, estudos e levantamentos, visando uma política nacional de controle. Segundo o autor, fazia parte deste relatório um “inquérito sobre a maconha” em que se pretendia abordar o problema do uso da planta na região do São Francisco, sobretudo nos estados da Bahia, Sergipe e Alagoas.

Diversos setores da sociedade estavam comprometidos com as políticas proibicionistas, como a imprensa, por exemplo, corroborando com a mudança da imagem dos usuários da maconha perante toda a sociedade, estigmatizando-os culminando na maneira como são vistos atualmente.

Segundo a pesquisa realizada por Edward MacRae e Júlio Simões, apresentada em *Rodas de Fumo* (2000), nos anos 1950 a quantidade de notícias publicadas sobre o tema aumentou consideravelmente, sobretudo com estilo sarcástico ou irônico, tratando principalmente de uma “suposta índole” do “maconheiro”, o que o vinculava às ideais de desordeiro e de “desvio de caráter”, muito mais do que da questão de uso de drogas. O reflexo das informações jornalísticas, muito mais do que informações científicas, ofereceu à população “tanto uma sintomatologia quanto as supostas consequências sociais do consumo da maconha. (MACRAE e SIMÕES, 200, p. 22 *apud* CAMPOS, 2013, p. 34)

No ano de 1964, por meio do Decreto nº 54.216, o Brasil promulgou em âmbito interno a Convenção Única de 1961. Os reflexos desta convenção, aliado ao regime militar que o país enfrentava na época resultou em consequências ainda mais repressivas, tanto é que em 1968, por meio do Decreto-Lei 385 e alteração do artigo 281 do Código Penal, o usuário foi

equiparado ao traficante, sendo-lhes atribuídas penas idênticas (BARROS e PERES, 2011).

No Brasil, o impacto desta Convenção, somada ao regime militar instaurado três anos depois, foi uma sucessão de leis ainda mais severas, entre elas sobre as drogas, que passaram do modelo de atenção sanitária/médica para o combate bélico, através da criação da lei nº 4.483 de 16 de novembro de 1964 criando o Serviço de Repressão a Tóxicos e Entorpecentes (SRTE) dentro da reordenação estrutural do Departamento Federal de Segurança Pública dentro da Polícia Federal (CARVALHO, 2011 *apud* CAMPOS, 2013, p. 35)

No ano de 1971, segundo Barros e Peres (2011), foi editada a lei 5726, que mantinha a equiparação entre usuário e traficante e, ainda, trazia medidas mais profundamente repressivas, tais como o oferecimento de denúncia mesmo sem qualquer substância, ou seja, sem existência de prova material.

Em 1976, entrou em vigor a histórica Lei de Tóxicos nº 6.368, que dispôs sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que causem dependência física ou psíquica. A aprovação desta lei inaugura uma série de esforços para consolidar a política de drogas brasileira (BRASIL, 2019).

A Lei de Tóxicos obriga que todas as pessoas, físicas ou jurídicas, colaborem na erradicação do uso de substâncias ilegais e passa a considerar a dependência física e psíquica, que deve ser determinada por critério médico para decisão da justiça. A internação deixa de ser obrigatória, sendo substituída pelo tratamento. Além disso, divide as penalidades previstas para quem porta a substância para vender (Art. 12) e quem porta para consumo próprio (Art. 16). (FIORE, 2005, p. 269 *apud* CAMPOS, 2013, p. 38)

Ato contínuo, no ano de 1977, a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 foi promulgada pelo Decreto de número 79.388, fazendo com o que a aludida convenção adquirisse caráter normativo no país. Desta forma, lavando-se em consideração a inclusão da *cannabis* na Lista IV da convenção, equiparada, como visto acima, a heroína.

Em decorrência da Lei de Tóxicos de 1976, o aparato estatal foi mobilizado para pôr em prática os seus preceitos. Neste sentido, em setembro

de 1980, por meio Decreto n. 85.110, instituiu-se o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, vinculado ao Ministério da Justiça, e normatizou o Conselho Federal de Entorpecentes - CONFEN. Ambos deram origem aos atuais órgãos que atuam na governança da Política Nacional sobre Drogas. (BRASIL, 2019)

Em 1986, por meio da Lei nº. 7.560, foi criado o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB) e foram estabelecidas regras sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas (BRASIL, 2019). Na aludida lei é determinado o repasse para as polícias estaduais e distrital de 20% (vinte por cento) a 40% (quarenta por cento), enquanto para a Polícia Federal e a Polícia Rodoviária Federal, do Ministério da Justiça e Segurança Pública até 40% (quarenta por cento), dependendo de quem seja responsável pela apreensão, dos recursos provenientes da alienação de qualquer bem de valor econômico, apreendido ou sequestrado em decorrência do tráfico de drogas de abuso, ou de qualquer forma utilizado em atividades ilícitas de produção ou comercialização de drogas abusivas, ou, ainda, que haja sido adquirido com recursos provenientes do referido tráfico.

Em 1988 o proibicionismo no Brasil atinge seu ápice, tendo em vista que o texto constitucional promulgado naquele ano instituiu o tráfico de drogas como crime inafiançável e sem anistia, tratando as drogas como tema de competência da Segurança Pública, bem como prevê a expropriação das propriedades rurais e urbanas de qualquer região do país onde forem localizadas culturas ilegais de plantas psicotrópicas, dentre as quais se inclui a maconha.¹⁷

A promulgação da Convenção contra o tráfico ilícito de entorpecentes e substância psicotrópicas de 1988, no Brasil, aconteceu com o Decreto de número 154, de 26 de junho de 1991, refletindo, também, suas diretrizes no âmbito interno, a partir deste momento.

Em 1993, foi criada, no âmbito do Ministério da Justiça, a Secretaria Federal de Entorpecentes, órgão de supervisão técnica das atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao uso indevido de produtos e substâncias

¹⁷ Vide: Art. 5º, XLIII; Art. 144, §1º, II e Art. 243, respectivamente.

entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, buscando dar estrutura para a organização do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. Em 1998, o então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e, na mesma oportunidade, foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Ambos os órgãos deixaram de ser vinculados ao Ministério da Justiça e passaram para a Casa Militar da Presidência da República. (BRASIL, 2019)

Percebe-se que cada vez mais o Brasil foi criando um cenário de guerra às drogas, chegando ao ponto de delegar a competência para tratar sobre o tema à Casa Militar presidencial. Neste sentido, as drogas passaram de um problema de segurança pública, para um problema militar, mas em nenhum momento foi tido como um problema de saúde pública.

No decorrer da história de repressão às drogas no cenário brasileiro, apesar de haver inúmeros diplomas normativos tratando sobre o tema, até em então não tinha existido um único instrumento legal que representasse a política de drogas nacional. Apenas em 2002, por meio do Decreto nº. 4.345/2002 foi instituída, pela primeira vez, um documento com a síntese da política de drogas, denominado de Política Nacional Antidrogas (PNAD).

A denominação por si já é bastante sugestiva e escancara o sentimento do país em relação às drogas, demonstrando claramente o objetivo, que não poderia ser outro senão o extermínio.

É importante ressaltar o quanto a política de drogas nacional estava ligada às questões político-econômicas internacionais. Garcia, Leal e Abreu (2008) salientam que a criação do SENAD expressou uma estratégia política do governo brasileiro, para adequar-se as políticas propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e que esse alinhamento se relacionava com a busca do Brasil pelo destaque internacional e o avanço da política neoliberal brasileira. (*apud* PESSOA, 2017, p. 29)

Também em 2002, foi promulgada a lei nº 10.409/2002, a qual em seu projeto original pretendia fazer uma série de modificações na antiga Lei nº 6.368/1976, entretanto, sofreu tantos vetos que se tornou absolutamente sem sentido. Em agosto de 2006, foi sancionada a Lei Nº 11.343, que acabou com a pena de prisão para os usuários de substâncias ilegais e para quem plantar

pequena quantidade de maconha para uso próprio. Este diploma legal ficou conhecido como Lei de Drogas, a qual tratou de instituir o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelecer normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; definir crimes e dar outras providências. (BRASIL, 2006)

Em 2008, foi editada a Lei nº 11.754 por meio da qual o Conselho Nacional Antidrogas passou a se chamar Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. A nova Lei também alterou o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Em janeiro de 2011, a SENAD retornou do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça. Por fim, em 2019 foi editado o Decreto nº 9.761/2019, que regulamenta a Política Nacional sobre Drogas, atualmente vigente, promovendo ajustes na Governança da Política Nacional de Drogas.

A Lei de Drogas (11.343/2006) é, portanto, o diploma legal que rege a política de drogas atualmente, prevendo o crime de porte para consumo, com o intuito de penalizar o usuário, em seu artigo 28, que pode ser punido com advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade ou medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo, bem como prevê o crime de tráfico de drogas, em seu artigo 33, que garante pena de reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa¹⁸.

¹⁸ Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trouxer 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.

(...)

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:

Todavia, a Lei de Drogas, no parágrafo único do seu artigo 1º afirma que se consideram 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, mas não especifica quais as substâncias que podem acarretar aos ilícitos previstos nos seus artigos 28 e 33, dispondo apenas de forma genérica e abstrata.

Por esta razão, pode-se afirmar que a aludida lei se trata do que a doutrina penal se convencionou em chamar de norma penal em branco, que nada mais é que um preceito normativo, descrito de modo impreciso, que remete a outra legislação para sua complementação em termos de sentido, hipóteses de aplicação e completude.

Normas penais em branco são aquelas em que há uma necessidade de complementação para que se possa compreender o âmbito de aplicação de seu preceito primário. Quer isto significar que, embora haja uma descrição de conduta proibida, essa descrição requer, obrigatoriamente, um complemento extraído de um outro diploma – leis, decretos, regulamentos etc. (sic) – para que possam, efetivamente, ser entendidos os limites da proibição ou imposição feitos pela lei penal, uma vez que, sem esse complemento, torna-se impossível a sua aplicação. (GRECO, 2003, p. 24)

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.

IV - vende ou entrega drogas ou matéria-prima, insumo ou produto químico destinado à preparação de drogas, sem autorização ou em desacordo com a determinação legal ou regulamentar, a agente policial disfarçado, quando presentes elementos probatórios razoáveis de conduta criminal preexistente. (Incluído pela Lei nº 13.964, de 2019)

§ 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)

Neste sentido, cabe ao Poder Executivo Federal, por meio do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a tarefa de especificar as substâncias que possuem seu uso e comércio proibido em âmbito nacional. Por esta razão, a Lei de Drogas determina, em seu artigo 66, que se denominam drogas substâncias entorpecentes, psicotrópicas, precursoras e outras sob controle especial, aquelas previstas na Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Esta Portaria, por seu turno, prevê a *cannabis* como uma das plantas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas, ao passo em que inclui o THC (tetraidrocanabinol), substância presente na *cannabis*, na lista das substâncias de uso proscrito no Brasil, mais precisamente, na lista F2 que trata sobre substâncias psicotrópicas. O aludido ato normativo não faz menção alguma ao CBD (canabidiol).

Neste sentido, diante de uma interpretação sistemática da Lei de Drogas juntamente com a Portaria SVS/MS nº 344/98, percebe-se que a maconha pode levar tanto as penas do crime de porte para consumo, como também o de tráfico de drogas. Sendo assim, de forma categórica, pode-se afirmar que atualmente o uso cultural da *cannabis* está proibido e criminalizado no Brasil.

Ocorre que, segundo o “3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira”¹⁹, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) juntamente com o apoio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Instituto Nacional de Câncer (Inca) e a Universidade de Princeton, nos EUA, sendo, segundo a própria Fiocruz, o mais completo levantamento sobre drogas já realizado em território nacional, constatou que a substância ilícita mais consumida no Brasil é a maconha: 7,7% dos brasileiros de 12 a 65 anos já a usaram ao menos uma vez na vida. (FIOCRUZ, 2017)

A pesquisa foi fruto do edital de chamamento público 01/2014/SENAD/MJ, publicado em 12 de fevereiro de 2014 pelo Ministério da Justiça, onde a FIOCRUZ sagrou-se vencedora do certame. A pesquisa realizada pela FIOCRUZ desconstrói com dados científicos que o Brasil não

¹⁹ Entre maio e outubro de 2015, pesquisadores entrevistaram cerca de 17 mil pessoas com idades entre 12 e 65 anos, em todo o Brasil, com o objetivo de estimar e avaliar os parâmetros epidemiológicos do uso de drogas. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-revela-dados-sobre-o-consumo-de-drogas-no-brasil>

apresenta uma epidemia quanto ao uso de drogas que é distinto do uso abusivo, este fato gerou revolta do governo que censurou, de imediato, a divulgação dos dados coletados.

A divulgação da pesquisa científica destinada à realização do 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira apenas foi realizada após um acordo entre a FIOCRUZ e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) do Ministério da Justiça e Segurança Pública no âmbito da Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Pública Federal, órgão da Advocacia-Geral da União – AGU.

Em nota à imprensa, a AGU afirma que o conflito surgiu no momento da entrega do objeto do estudo contratado pela SENAD à Fiocruz e que visando promover a transparência e acesso aos dados científicos da pesquisa, as partes concordaram em promover a divulgação do estudo sem tecer considerações, momentaneamente, sobre o mérito do cumprimento ou não dos termos do edital de chamamento público 01/2014/SENAD/MJ, ficando para uma segunda etapa os debates sobre o aceite do produto contratado (BRASIL, 2019).

A pesquisa da FIOCRUZ revela que grande parte dos dados considerados mais alarmantes com relação aos padrões de uso de drogas no Brasil não estão relacionados, porém às substâncias ilícitas, e sim ao álcool. Mais da metade da população brasileira de 12 a 65 anos declarou ter consumido bebida alcóolica alguma vez na vida. Cerca de 46 milhões (30,1%) informaram ter consumido pelo menos uma dose nos 30 dias anteriores. E aproximadamente 2,3 milhões de pessoas apresentaram critérios para dependência de álcool nos 12 meses anteriores à pesquisa (FIOCRUZ, 2019).

A relação entre álcool e diferentes formas de violência também foi abordada pelo 3º Levantamento, apresentando um panorama contundente. Aproximadamente 14% dos homens brasileiros de 12 a 65 anos dirigiram após consumir bebida alcoólica, nos 12 meses anteriores à entrevista. Já entre as mulheres esta estimativa foi de 1,8%. A percentagem de pessoas que estiveram envolvidos em acidentes de trânsito enquanto estavam sob o efeito de álcool foi de 0,7% (FIOCRUZ, 2019).

Na pesquisa estimou-se que cerca de 26,4 milhões de brasileiros de 12 a 65 anos tenham consumido algum produto de tabaco nos 12 meses

anteriores à pesquisa, o que corresponde a 17,3% desse grupo populacional. Dentre os indivíduos que consumiram cigarros industrializados nos 30 dias anteriores à pesquisa, estimou-se que cerca de 23,5% deles apresentaram grau de dependência elevado ou muito elevado, o que corresponde a cerca de 4,9 milhões de brasileiros (ou 3,2% da população geral de 12 a 65 anos) (FIOCRUZ, 2019).

Em relação às drogas consideradas ilícitas, as substâncias em relação às quais foram observadas as maiores prevalências na vida foram a maconha, a cocaína em pó, os solventes, e as cocaínas fumáveis. Ao se observar um recorte específico de tempo recente (referente aos 30 dias anteriores à entrevista), as maiores prevalências foram observadas em relação ao consumo de maconha, utilizada por aproximadamente 2,2 milhões de indivíduos, e apresentando uma estimativa substancialmente maior, em pelo menos cinco vezes, do que a de quaisquer outras substâncias. (FIOCRUZ, 2019)

Em relação ao uso de múltiplas substâncias, o estudo da FIOCRUZ (2019) revela que aproximadamente 11,7% dos brasileiros de 12 a 65 anos (17,8 milhões de indivíduos) consumiu álcool e tabaco nos últimos 12 meses anteriores a pesquisa. Cerca de 2,6% consumiu álcool e pelo menos uma substância ilícita (quase 4 milhões de indivíduos) e 1,5% (ou 2,3 milhões de pessoas) consumiu álcool e algum medicamento não prescrito nos últimos 12 meses a realização do trabalho.

Em relação à dependência, o levantamento demonstra que Aproximadamente 2,3 milhões de pessoas entre 12 e 65 anos apresentaram dependência de álcool nos 12 meses anteriores à pesquisa, o que representa 1,5% dos indivíduos da população de pesquisa e 3,5% dos indivíduos que consumiram álcool no último ano, sendo que 119 mil dependentes eram adolescentes de 12 a 17 anos.

Aproximadamente 1,2 milhões de indivíduos de 12 a 65 anos apresentaram dependência de alguma substância, que não álcool ou tabaco, nos 12 meses anteriores à pesquisa. Isso representa uma prevalência de 0,8% de dependentes na população geral e uma prevalência de 13,6% entre indivíduos que consumiram alguma substância nos 12 meses anteriores à pesquisa, da população geral entrevistada 0,29% foi considerada dependente da maconha e

do conjunto de pessoas que reportaram o uso de alguma droga, exceto álcool e tabaco, nos últimos 12 meses os dependentes de maconha representam 5,05% (FIOCRUZ, 2019).

A exposição dos dados do 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira é de máxima importância para se demonstrar que a maconha, especificamente, não é a droga mais consumida pela população brasileira, como também não é a droga que mais causa dependência no Brasil, sendo esta o álcool, que por ironia do destino é uma droga considerada lícita no país.

O Ministério da Justiça e Segurança Pública, por meio do Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN, publicou no ano de 2017 o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Atualização – Junho 2017 (o último publicado pelo DEPEN), onde demonstra que no primeiro semestre de 2017, o quantitativo de pessoas privadas de liberdade no Brasil era de 726.354, deste montante, segundo o próprio documento, 63,6% eram pretos e pardos. Entre estes, 29,9% possuíam entre 18 a 24 anos, seguido de 24,1% entre 25 a 29 anos e 19,4% entre 35 a 45 anos. Somados o total de presos até 29 anos de idade totalizavam 54% da população carcerária. Em linhas gerais, o grupo de drogas registrava um total de 156.749 pessoas detidas por crimes desta natureza (DEPEN, 2019). O crime de tráfico de drogas atualmente é equiparado a crimes hediondos, a prática da tortura, e o terrorismo, inclusive.

Apesar de não ter publicado ainda, o DEPEN (2019) disponibilizou, em seu site ²⁰ o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Atualização - Dezembro de 2019, atualizado virtualmente até o dia 09/04/2020, onde demonstra que a população carcerária no Brasil é de 748.009, dentre estes 200.583 são presos em detrimento da Lei de Drogas (Lei 6.368/76 e Lei 11.343/06).

Quando se fala em mulheres presas por tráfico de drogas a realidade é simplesmente assustadora. O levantamento de 2019 demonstra que do total da atual população carcerária 36.929 são mulheres, o que representa 4,94%, destas 18.000 são presas por tráfico de drogas, o que representa 50,94%.

²⁰ <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen>

Boiteux (2015 *apud* MARONNA e ELIAS, 2018, p. 14) afirma que com raríssimas exceções, as mulheres normalmente ocupam um papel coadjuvante no crime de tráfico, sendo responsáveis principalmente pelo transporte de drogas e pelo pequeno comércio de substâncias ilegais, muitas vezes para sustentar a família.

Percebe-se que a Lei de Drogas é um instrumento que acarreta prisão em massa, uma vez que quase 1/3 da população carcerária encontra-se preso em decorrência do tráfico de drogas. Contudo, apenas é possível se mensurar a extensão da problemática resultante da atual política de drogas quando são expostos estudos como o realizado pela Agência de Jornalismo Investigativo “Pública”, publicado no ano de 2019, onde demonstra que negros são mais condenados por tráfico e com menos drogas.²¹

O estudo revela que no caso da maconha, 71% dos negros foram condenados, com apreensão mediana de 145 gramas. Já entre os brancos, 64% foram condenados com apreensão mediana de 1,14 quilo, ou seja, uma medida quase oito vezes maior. A diferença ocorre também nos casos em que a acusação é desclassificada pela Justiça para “porte de drogas para consumo pessoal”: 9,3% dos negros foram considerados usuários, e a mediana das apreensões nesses casos foi de 39,4 gramas. Já entre os brancos, 15,2% foram considerados usuários, com apreensão mediana de 42,8 gramas de maconha (DOMENICI e BARCELOS, 2019).

Um estudo de dados da Secretaria da Segurança e da Defesa Social da Paraíba – SEDES, referente ao período compreendido entre 2011 e 2015, feito por Lucas Lopes Oliveira (2016), em sua dissertação de mestrado, demonstra que apreensões de maconha no Estado da Paraíba realizadas em 2011 totalizaram 963, em 2012 chegaram à casa dos 1136, em 2013 foram 1307, em 2014 foram 1576, e em 2015 foram 2093 apreensões.

Em contrapartida, o estudo mostra que apesar do crescimento do número de apreensões, a quantidade de maconha apreendida decaiu após o ano de 2013, ou seja, de 2011 até 2013 houve uma crescente no número de pessoas presas e também da quantidade de maconha apreendida, entretanto,

²¹ Levantamento inédito analisou 4 mil sentenças de tráfico em 2017 no estado de São Paulo; maioria das apreensões é inferior a 100 gramas e 84% dos processos com até 10 gramas tiveram testemunho exclusivo de policiais.

após 2013, apesar do número de pessoas continuarem a crescer, a quantidade de droga apreendida começou a diminuir.

Observa-se que houve crescimento da quantidade de maconha apreendida ao longo de 2011 e 2013, assim observamos este aumento de 297.348,68 g. apreendidas em 2011, à 3.245.750,20 g. de maconha apreendida em 2013. A partir de então há um decréscimo no número de apreensões, chegando a ser de 1.647.622,50 em 2015. Assim observa-se a variações anuais na quantidade de maconha apreendida: em 2011, 297.348,68 g.; em 2012 foram 547.564,45; em 2013, houve um crescimento vertiginoso para 3.245.750,20, em 2014 foram 2.535.581,22 g.; e, em 2015, 1.647.622,50 g. (OLIVEIRA, 2016, p. 68-69).

Desta forma, conclui-se que cada vez mais pessoas foram presas portando menor quantidade de maconha. O autor, apesar da ausência dados desta natureza, sugere, ainda, que a repressão tenha se concentrado nas camadas mais baixas da economia do tráfico ou a usuários de drogas, que seriam em maior quantidade, portando naturalmente menos maconha do que os distribuidores maiores e grandes traficantes.

O fato é que Lei de Drogas criminaliza o usuário e ajuda a superlotar penitenciárias. Isto porque, não há critério objetivo algum para distinguir o usuário do traficante, restando evidenciado que apesar da pena privativa de liberdade ter sido extinta para o crime de porte para consumo, o que em tese deixaria de encarcerar os usuários, na verdade a realidade criminalizada permanece, ficando a critério das polícias a decisão do enquadramento no crime de porte para consumo ou de tráfico.

Segundo os discursos oficiais dos próprios parlamentares que a aprovaram, esta nova lei visava promover o deslocamento do usuário de drogas do sistema de justiça criminal para o sistema de saúde. Com isto, inaugurava-se também um “novo” enunciado sobre estes sujeitos, amparado no saber médico: o usuário passava a ser, então, percebido como um “doente”, que necessita de tratamento de saúde, e não de pena de prisão. Contudo, a emergência deste enunciado, assim como a nova regulação sobre o usuário de drogas, prevista na lei, só foram possíveis na medida em que, concomitantemente, reiterou-se a dimensão punitiva para o crime de tráfico. Ou seja, na medida em que se aumentou a pena de prisão para o traficante, reinvestindo-o, dessa forma, na velha figura do “inimigo público”,

símbolo do mau, que necessita de mais punição. (CAMPOS, 2018, p. 31)

As prisões, penitenciárias e cadeias públicas em todo o Brasil estão lotadas de pessoas que foram presos portando uma pequena quantidade de maconha, gramas muitas vezes. A política de drogas brasileira montou um cenário onde qualquer jovem negro e pobre ao ser abordado com pequena quantidade de maconha já é preso em flagrante, sendo esta prisão convertida em prisão preventiva, mesmo que se trate de réu primário.

Ato contínuo, além de tudo isso, a política de drogas implementada no Brasil acaba por prejudicar o acesso ao direito humano à saúde daquelas pessoas que poderiam encontrar na *cannabis* um alento para suas vidas, ao passo em que o cultivo é proibido nacionalmente e punido com pena equivalente ao crime de tráfico de drogas. Portanto, um óleo a base de *cannabis* produzido artesanalmente diretamente da planta, que poderia sair muito mais em conta, economicamente falando, para famílias das classes mais pobres, pode leva-los à prisão.

A atual lei de drogas ao retirar a pena privativa de liberdade do crime de porte para consumo pessoal adotou um discurso no sentido de que o usuário não deveria ser tratado como um criminoso, mas sim como alguém que necessita de tratamento diante da exposição da sua saúde às substâncias psicotrópicas. Todavia, não é esta a realidade vista no cenário nacional. A lei de drogas não se vale de critérios objetivos para distinguir um usuário de um traficante, o que acaba por ocasionar a rotulação de grande maioria dos indivíduos que fazem uso da maconha apenas para consumo pessoal, como agentes do tráfico.

Ademais a tentativa da política de drogas em macular a maconha como um grave problema de saúde pública também não passa do desenvolvimento do discurso proibicionista, tendo em vista que a maconha, ao ser comparada ao álcool e ao tabaco, drogas lícitas no Brasil, tem menor potencial ofensivo ao organismo humano, como asseveram Degenhardt e Hall (2012 *apud* MARONNA e ELIAS, 2012, p. 10), após realizarem revisão sistemática de dados sobre prevalência de drogas no mundo, que enquanto de 3,3% a 6,1% da população afirmou usar drogas ilícitas no período de um ano anterior, apenas 0,3% a 0,9% teve algum tipo de dependência. Entre usuários

de álcool, 44% afirmaram usar a substância no ano anterior e 1,2% apresentou dependência.

No Brasil, levantamento domiciliar do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid, 2005 *apud* MARONNA e ELIAS, 2012, p. 10) identificou que 22,8% da população pesquisada já fez uso na vida de drogas, exceto tabaco e álcool. Entre os entrevistados, 12,3% tiveram dependência de álcool, 10% dependência de tabaco e 1,2% dependência de maconha.

Conhecida pelo alto controle do uso de substâncias ilícitas, com políticas de criminalização de usuários, a Suécia apresenta uma das taxas de morte mais altas da Europa relacionadas ao uso de drogas – e que segue crescente. Enquanto isso, países que descriminalizaram o porte para uso, como Portugal e Espanha, apresentam taxas muito mais baixas e que se mantêm estáveis ou decrescentes. A diferença é tão dramática que, na Suécia, o número de mortes relacionadas ao uso de drogas por milhão de habitantes foi 8,5 vezes maior que o de Portugal em 2016 (EMCDDA, 2017 *apud* MARONA e ELIAS, 2012, p. 10).

Criou-se um mito acerca da maconha como uma droga tóxica, que pode causar vício e até mesmo doença. No Brasil, isto se dá muito pela contribuição de grande parte dos médicos, sobretudo psiquiatras atuantes na virada do século XIX para o século XX, que realizavam pesquisas sem base científica alguma, baseados apenas no etnocentrismo que consolidou o proibicionismo. Neste sentido, vale a pena observar o que Renato Jose Rodrigues Malcher Lopes, doutor em Neurociências, e Sidarta Ribeiro, neurocientista com Pós-Doutorado em Neurofisiologia, no livro *Maconha, Cérebro e Saúde* falam sobre o tema:

Em linguagem leiga é comum o uso do termo “tóxico” para se referir de forma genérica a drogas recreativas de uso ilegal. Entretanto, nem todas as drogas que produzem alterações mentais são de fato tóxicas. No caso da maconha, não existe evidência de que a droga em si possa causar alterações patológicas em neurônios ou qualquer outro tipo de célula do organismo. Tampouco se pode afirmar que a maconha modifique a fisiologia a ponto de colocar em risco a vida do usuário. Portanto, ao contrário de drogas como o álcool, cocaína e heroína (ou morfina), não é possível morrer por consequência

direta de uma dose excessiva (overdose) de maconha. (MALCHER-LOPES e RIBEIRO, 2007, p. 88-89)

Neste sentido, o uso chamado de recreativo da maconha por si só não representa um risco à saúde do ser humano, conforme afirma o discurso proibicionista pilar da política de drogas no Brasil. Todavia, deve-se enfatizar, conforme Marchel-Lopes e Ribeiro (2007) afirmam, que embora a maconha seja uma droga recreativa relativamente benigna para a maioria dos usuários, também é certo que seu uso pode ser muito danoso durante a fase de desenvolvimento e amadurecimento dos indivíduos em geral, assim como para adultos com quadros psiquiátricos latentes de psicose ou depressão. Contudo, tais efeitos também são notados no álcool e tabaco, substâncias consideradas lícitas no Brasil.

Os autores ainda afirmam que ao contrário de drogas como álcool, cocaína, heroína, o uso crônico da maconha não causa dependência fisiológica (física), embora possa causar dependência psicológica. O THC gera uma sensação de prazer no organismo idêntica a sensação de prazer que a liberação de dopamina causa, que pode ocorrer por comidas saborosas ou pelo sexo, por exemplo.

O uso crônico de drogas que causam dependência física, como a cocaína e a heroína, gera alterações duradouras no núcleo acumbente e noutros circuitos cerebrais. No hipotálamo, a principal região do cérebro envolvida na regulação da fisiologia do organismo, as adaptações neuronais desencadeadas pela presença frequente dessas drogas são a principal origem da dependência física. Ou seja, o organismo vai se adaptando à presença crônica da droga, ajustando seus padrões de funcionamento a essas condições. Quando o uso é interrompido, o organismo entra subitamente em um estado de desequilíbrio fisiológico caracterizado por fortíssimos sintomas de mal-estar, incluindo diarreia, corrimento nasal, sudorese, dores abdominais, tremores, náusea seguida de vômito, perda de apetite, inquietação e depressão. Em particular, a depressão causada pela abstinência de drogas como cocaína e heroína se deve à adaptação sofrida pelos circuitos neurais de recompensa à presença crônica dessas drogas. Todos esses sintomas, que caracterizam a síndrome de abstinência na sua forma mais grave, são tão severos e duradouros que muitas vezes contribuem para o retorno ao uso da droga, mesmo que seus efeitos prazerosos já não ocorram mais.

Esse quadro contrasta com o que ocorre no caso da dependência psicológica. Uma pessoa viciada em jogo a dinheiro, por exemplo, não apresenta sintomas severos quando é privada desse hábito. Embora o jogo também envolva a liberação de dopamina no cérebro, a ausência de uma síndrome fisiológica durante a abstinência caracteriza esse vício como uma forma de dependência psicológica. Da mesma maneira, os mecanismos utilizados pelo THC no cérebro estimulam o uso da droga pelo bem-estar que proporcionam, mas não geram os desequilíbrios fisiológicos produzidos pela cocaína ou heroína. (...) A síndrome de abstinência após o uso crônico de maconha é moderada e dura poucos dias, sendo caracterizada, sobretudo, por mau humor, irritabilidade, perda de apetite e intensificação na quantidade de sonhos. (MALCHER-LOPES e RIBEIRO, 2007, p. 97-98)

É, portanto, cientificamente comprovado que o álcool, em termos de comparação, é muito mais prejudicial à saúde do ser humano do que a maconha. Diante disto, por qual motivo a maconha é considerada ilegal, sendo o THC uma substância de uso proscrito no Brasil, conforme a Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde, enquanto o álcool é uma substância lícita, regulada e comercializada? Por qual motivo a maconha não pode ser descriminalizada, regulamentada e comercializada assim como o álcool e o tabaco são por meio da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996? Estas perguntas apenas o Poder Público pode responder.

O fato é que só existe tráfico de maconha atualmente no Brasil porque tal conduta é criminalizada. Se a venda de álcool ou tabaco fosse da mesma forma criminalizada, da mesma forma haveria tráfico destas substâncias. Atualmente 200.583 pessoas estão presas por tráfico de drogas, do total da população carcerária 63,6% são negros e pardos. Entre as mulheres, mais da metade está presa por tráfico. Estes dados não são um acaso. A descriminalização e regulamentação da maconha acarretaria consideravelmente na diminuição da população carcerária do país, conforme entende-se por meio das palavras de Jelsma (2008, p.11-13):

Hoje em dia existem vários países onde a posse de uma quantidade de drogas para o uso pessoal está completamente descriminalizada, e há muitos mais onde isto deixou de ser uma prioridade para a fiscalização, ou onde foram reduzidas as condenações. Tais mudanças da lei ou das diretrizes da jurisprudência podem diminuir diretamente a grande quantidade

de dramas pessoais e familiares provocados pela detenção, e podem ter um efeito positivo imediato sobre a congestão do aparato judicial e o sistema penitenciário. (...) A Holanda é o exemplo mais conhecido por permitir a venda a maiores de idade de quantidades de até 5 g de maconha nos chamados "coffee shops". É importante destacar que mesmo com o sistema holandês de venda aberta, os níveis de consumo de maconha no país são similares aos de países vizinhos como Alemanha e Bélgica, e muito mais baixos em comparação com a Inglaterra, França ou Espanha.

O autor ao citar o exemplo da Holanda deixa claro que o fato de o país descriminalizar a maconha e regulamentar sua comercialização, não significa que o caos será instaurado e que a maconha irá dominar o mundo. Não é bem assim. Tanto é que mesmo com a criminalização, atualmente o comércio da maconha é bem amplo, com a descriminalização este comércio apenas seria formalizado, gerando empregos, renda e arrecadação para o Estado, inclusive.

Saliente-se que no atual cenário brasileiro quem vai preso, em sua grande maioria, é aquele ser humano marginalizado pela sociedade desde o dia que nasceu, que não possui chances de uma vida digna, que com o intuito de se destacar e obter algum patrimônio que não teria se trabalhasse uma vida inteira, devido a sua condição social excluída, acaba entrando para o mundo da criminalidade.

Além de superlotar as prisões, a proibição da maconha custa muito caro e gera violência, ceifando todos os dias vidas inocentes seja por bala perdida ou em decorrência de latrocínios, vidas de policiais e daqueles que são enxergados pela política de drogas como traficantes.

O aumento da repressão às drogas alimenta um ciclo vicioso, servindo de incentivo para que traficantes armem-se mais e ajam com mais violência para manter o controle do mercado ilícito. Entre janeiro de 2011 e dezembro de 2015, o Brasil teve 279.567 vítimas de mortes violentas intencionais (Ipea e FBSP, 2017), parte delas explicada pelas dinâmicas do controle do varejo de drogas. A título de exemplo, a guerra na Síria registrou 256.124 mortos entre março de 2011 e dezembro de 2015 (FBSP, 2016, p. 6-7 *apud* MARONNA e ELIAS, 2018, p. 12).

Todos os dados demonstram que a atual política de drogas é um fracasso e não produz resultados benéficos à sociedade. O atual cenário

proibicionista e criminalizador deve dar espaço para um ambiente de discussões abertas sobre o tema. A maconha não deve ser tratada como uma substância inimiga da população, muito pelo contrário, deve ser usada em favor desta. Neste sentido, Oliveira e Silva (2020, p. 94) asseveram que:

Para pensar nos usos de drogas e nas formas de se conhecer estes usos, a literatura antropológica enfatizar três dimensões de análise para a compreensão da dinâmica de uso de drogas. Assim, estas três dimensões de análise se relacionam à substância em si, ao set (contexto psicológico) e ao setting (contexto sociocultural) (MACRAE, 2000). O que estas contribuições nos trazem de importante quando da crítica aos estudos sobre drogas? Que seria uma visão simplista analisar a questão das drogas a partir de apenas uma única entre estas dimensões. E é justamente o que o proibicionismo faz. Ao proibir as drogas apenas por um critério de origem farmacológica, estabelecendo listas de drogas proibidas, a política de drogas peca por enviesar a questão. Além do mais há uma redução de toda a complexidade social relacionada ao uso, de forma a reduzir todo o uso de determinada substância a um uso ilícito, única e exclusivamente por ser esta substância considerada ilícita.

Destarte, compreende-se que sob um pretexto sanitário adotado pela atual lei de drogas, afirmando-se que o uso de drogas afeta a saúde dos usuários, a política de drogas no Brasil acaba por criminalizar toda uma planta simplesmente tendo como referência aspectos farmacológicos, não levando em consideração seus aspectos culturais, ritualísticos, religiosos, terapêuticos, bem como a utilidade do seu uso como matéria prima para a indústria têxtil, por exemplo.

Se tecnicamente, foi comprovado que a maconha não causa dependência física, sendo improvável que algum ser humano faleça de *overdose* da substância, bem como o seu uso não causa qualquer patologia no organismo, por que o Estado brasileiro ainda permanece reticente a descriminalização da *cannabis* para uso recreativo e terapêutico?

Em 21 de maio de 2019 órgãos públicos e entidades mediados pela Comissão de Direitos Humanos e Minorias – CDHM da Câmara dos Deputados

realizaram Audiência Pública para discutir a Política Nacional sobre Drogas²², com ênfase dada ao Decreto nº 9.761/2019 do atual governo, que substitui a política de drogas de redução de danos para uma política de drogas de promoção de abstinência, na contramão da orientação da Organização Mundial de Saúde, retirando a ênfase na rede básica de saúde pública, abrindo para as comunidades terapêuticas de cunho religioso e a rede privada de serviços psiquiátricos ampliando o número de leitos hospitalares, com o uso do financiamento público em detrimento da rede de serviços psicossociais.

Também foi objeto de discussão na aludida audiência, o PLC (Projeto de Lei da Câmara) nº 37, de 2013, que endurece a política nacional antidrogas, facilita internações involuntárias e fortalece as comunidades terapêuticas. O PLC nº 37/2013 foi aprovado no Senado em 15 de maio de 2019 e seguiu para sanção presidencial, onde permanece até o momento.

Visitas e inspeções realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia e o Ministério Público Federal, segundo aduzido pelo deputado federal Helder Salomão (CDHM, 2019), tem constatado violações dos direitos humanos dos internos em Comunidades Terapêuticas, como: ausência de escola e da rede de serviços sociais, trabalho forçado, uso de confinamento, contenção a força, ausência de profissionais de saúde, violência física, abuso de poder impondo participação em rituais religiosos ferindo a liberdade de crença. Todavia, apesar disto, 2.900 vagas em comunidades terapêuticas foram financiadas pelo governo federal até o ano de 2018. Em 2019, aponta o deputado que foram 11.000 vagas em quase 500 comunidades.

Em relação ao PLC nº 37/2013, o deputado afirma, ainda, que no Senado federal algumas mudanças foram realizadas na Comissão de Constituição e Justiça e na Comissão de Educação, como o acréscimo de que as comunidades terapêuticas respeitem a liberdade religiosa das pessoas internadas e a possibilidade de importação de derivados da *cannabis* para uso medicinal, no entanto, as mudanças foram retiradas do projeto que acabou aprovado. (CDHM, 2019)

²² Comissão de Direitos Humanos e Minorias – CDHM da Câmara dos Deputados Audiência Pública para discutir a Política Nacional sobre Drogas 21 de maio de 2019 Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=vjg_Yd1xABo

Para Débora Duprat (CDHM, 2019), Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão, não adianta do ponto de vista do tratamento uma política de abstinência uma vez que esse modelo não supera nem altera as causas que deram origem a dependência e, portanto, em alguma medida esse tratamento irá se revelar insuficiente. A representante do MPF adverte que o PLC nº 37/2013 contém os mesmos vícios das medidas tomadas em nível de decreto e chama atenção à possibilidade de internação involuntária, para ela essa medida, em relação ao adulto, não se sustenta se não for decorrência de uma sentença condenatória em um processo criminal, tendo em vista que ninguém pode ser obrigado a se tratar. Em relação à criança e ao adolescente, esta medida também não se sustenta, pois vai de encontro ao Estatuto da Criança e do Adolescente. A Procuradora conclui sua fala chamando atenção para o aspecto da repressão, afirmando que se trata de mais uma norma que aumenta de 5 para 8 anos a pena mínima para crimes cometidos por organizações criminosas. Para ela a lei ao criminalizar em excesso gera uma superlotação carcerária e que o direito penal não deve se tornar uma regra de controle social indiscriminado. (CDHM, 2019)

O representante da entidade Papo Reto – Coletivo Movimento - Raul Santiago do Complexo do Alemão-RJ (CDHM, 2019), ressalta que para a vida de quem vive na periferia a política de drogas é central, se apresentando como a principal política pública que chega através de uma violência justificada na ideia de guerra às drogas que tem a periferia como território específico, sem que haja educação mínima sobre o tema. Enfatiza a forma violenta da polícia nas favelas (pessoas desaparecidas e assassinadas por intervenção policial) nos territórios negros continua sendo o retrato da política de drogas no Brasil (internação compulsória, abusos de poder e violência). Denuncia Raul Santiago em 2019 foram 558 pessoas mortas pela polícia só no Rio de Janeiro na guerra as drogas na periferia.

Em sua fala, Raul Santiago afirma que a política de drogas não cuida, não dialoga e não garante dignidade e direitos para aqueles que fazem uso problemático de alguma substância considerada ilícita no país, não garante direito para as pessoas que vivem nessa situação de uso abusivo a acessarem

e terem minimamente a campos de saúde, um hospital, um espaço público de atendimento. (CDHM, 2019)

A representante do Instituto Igarapé, Dandara Tinoco (CDHM, 2019) assevera que as evidências científicas demonstram que a abordagem que vem sendo feita em relação a abstinência e internação forçada não tem sido eficaz. Dandara Tinoco ressalta a necessidade de se proteger a juventude, fazendo que o uso abusivo seja evitado ou possa ocorrer o mais tarde possível. Em relação ao usuário, ela enfatiza a importância do acolhimento dessas pessoas pela política pública, pois na medida em que se impõe uma política de abstinência acaba afastando as pessoas dos mecanismos que existem e se colocam em uma situação de risco, isto, segundo ela, é redução de danos. Aduz que a diferenciação por critérios objetivos do usuário do traficante é necessária, para tirar da esfera criminal o usuário. (CDHM, 2019)

Ressalta da responsabilidade social da sociedade e instituições de tratar de um tema que trata da vida de pessoas. A proteção da juventude deve ser central na discussão de modo a diferenciar uso e abuso, como a informação honesta, o acolhimento social, prevenção de risco, disponibilidade dos equipamentos sociais, redução da violência e segurança das pessoas.

Arthur Quioto (CDHM, 2019) médico sanitário, ex-ministro da saúde e ex-secretário de saúde de São Bernardo dos campos-SP trata do tema como um problema de saúde pública a ser abordado a partir da perspectiva da redução de danos com respeito aos direitos humanos. Questiona o médico, quanto vale a vida humana?

Ressalta, que a atual política do governo que assumiu em 2019 a ênfase está sendo dada as Comunidades Terapêuticas e hospitais psiquiátricos e manicômios dos serviços privados de saúde, em detrimento da rede pública de serviços de saúde mental além do que tais prioridades têm agido na linha do desrespeito às liberdades fundamentais. O Decreto presidencial e a Lei em vigor reforçam uso e abuso da violência como recurso repressivo, a massificação prisional dos segmentos jovens e envolvidos com o tráfico de drogas na perspectiva de higienização da cidade.

Lucio Costa da Rede Nacional da Luta Antimanicomial diferencia um gestor sanitário de um gestor de negócios quando se prioriza na política de

drogas, o desmonte da rede pública de saúde mental. João Telefono representante da Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas, por seu turno, ressalta o fracasso da abordagem policialesca de aprisionamento em São Paulo ao tentar fechar cacrolândia desfazendo-se da prática da redução de danos (CDHM, 2019).

Marcelo Freixo, em sua fala na audiência pública (CDHM, 2019), problematiza o processo de massificação de prisão pelo consumo e tráfico de drogas levando ao encarceramento e o genocídio da juventude. Afirma que as inspeções das comissões de direitos humanos às comunidades terapêuticas desvelam graves violações aos direitos humanos além de denúncias de envolvimento de entidades terapêuticas com milícias. Propõe ao PSOL entrar com processo de judicialização da PL, pois cria um sistema paralelo ao SUS, assim como, a internação compulsória e a dedução do imposto de renda para as comunidades terapêuticas. Raio-X da rede CAPS e o repasse de recursos da rede pública.

O fato é que o PLC 37 não contou com uma tramitação democrática, não foi examinado pela Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara e nem pela comunidade científica, antes de ser aprovado. As comunidades terapêuticas valorizadas pelo PL não são inseridas na rede pública de assistência social e de saúde, no entanto terão financiamento público através de destinação de parte da verba referente ao imposto de renda, desconstituindo a política de redução de danos.

Na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro foi proposto um Projeto de Lei (PL) nº 1919/2016, que determina que detentos devam receber atendimento médico em unidades hospitalares penitenciárias e não mais no Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto foi objeto de críticas por parte da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que, em Carta Aberta assinada por sua presidente, Nísia Trindade Lima, afirmou que a lei cria “barreiras discriminatórias de acesso ao serviço público de saúde”. Ainda segundo a carta, o texto contraria preceitos da Constituição Federal e viola tratados internacionais firmados pelo Brasil. (FIOCRUZ, 2018)

O Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, por meio do qual o governo aprova a Política Nacional sobre Drogas, deixa claro logo em sua

introdução a ideologia de guerra às drogas, declarando que houve um aumento de 60% entre 2000 e 2015 no número de mortes, onde segundo o texto, se deu pelo simples uso de drogas e não pelas práticas policiais utilizadas no enfrentamento da temática.

Dentre as drogas ilícitas, a maconha, em nível mundial, é a droga de maior consumo. No Brasil, a maconha é a substância ilícita de maior consumo entre a população. Em pesquisa nacional de levantamento domiciliar, realizada no ano de 2012, 6,8% da população adulta e 4,3% da população adolescente declararam já ter feito uso dessa substância, ao menos, uma vez na vida. Já o uso de maconha, nos últimos 12 meses, é de 2,5% na população adulta e 3,4% entre adolescentes, sendo que, 62% deste público indica a experimentação antes dos 18 anos. Ademais, o uso de maconha, especialmente no público adolescente, gera preocupação em decorrência das consequências nocivas do seu uso crônico, tais como maiores dificuldades de concentração, aprendizagem e memória, sintomas de depressão e ansiedade, diminuição da motivação, sintomas psicóticos, esquizofrenia, entre outros prejuízos. (BRASIL, 2019)

O texto do decreto deixa claro a posicionamento contrário da política de drogas em relação a legalização de drogas, entre as quais enquadra-se a maconha, ao afirmar que um dos pressupostos da política nacional sobre drogas consiste na posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto às iniciativas de legalização de drogas e que o plantio, o cultivo, a importação e a exportação, não autorizados pela União, de plantas de drogas ilícitas, tais como a *cannabis*, não serão admitidos no território nacional.

Um dos objetivos do Decreto nº 9.761/2019 se revela garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, pela implementação e pela manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, com tratamento, acolhimento em comunidade terapêutica, acompanhamento, apoio, mútua ajuda e reinserção social, à pessoa com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas e a prevenção das mesmas a toda a população, principalmente àquelas em maior vulnerabilidade.

Deste modo, resta claro que a atual política nacional de drogas inclui a internação em comunidades terapêuticas como um de seus objetivos, sem

levar em consideração o que diz a ala científica sobre a prejudicialidade do tratamento à base da abstinência forçada, como fartamente discutido na audiência pública do dia 21 de maio de 2019 na CDHM da Câmara dos Deputados. Isto fica ainda mais evidente na medida em que o texto do decreto aduz que a política nacional sobre drogas deve buscar equilíbrio em políticas públicas de redução da demanda e redução de oferta.

A redução da demanda é classificada como prevenção, promoção e manutenção da abstinência, promoção à saúde, cuidado, tratamento, acolhimento, apoio, mútua ajuda, suporte social e redução dos riscos e danos sociais e à saúde, reinserção social. Enquanto a redução de oferta é descrita como ações de segurança pública, de defesa, de inteligência, de regulação de substâncias precursoras, de substâncias controladas e de drogas lícitas, além de repressão da produção não autorizada, de combate ao tráfico de drogas, à lavagem de dinheiro e crimes conexos, inclusive por meio da recuperação de ativos que financiem atividades do Poder Público nas frentes de redução de oferta e redução de demanda. (BRASIL, 2019)

Chama atenção, ainda, o fato de que no texto um dos objetivos da política nacional sobre drogas é difundir o conhecimento sobre os crimes, os delitos e as infrações relacionados às drogas ilícitas e lícitas, a fim de prevenir e coibir sua prática, por meio da implementação e da efetivação de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida do cidadão, contudo, não se fala em educar o ser humano sobre as drogas, sobre a sua origem, seus benefícios e malefícios.

Neste sentido, a atual política sobre drogas implementadas no Brasil apresenta-se como um verdadeiro retrocesso, tendo em vista que pauta-se em criminalizar o usuário, em difundir uma ideologia guerrilheira ao difundir uma verdadeira batalha contra a redução da oferta e da demanda, favorecendo o tratamento baseado na abstinência em detrimento do tratamento voltado na redução de danos, como também prioriza o tratamento pelas comunidades terapêuticas ao invés de exploração dos serviços públicos de acolhimento que estão próximos da população como o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS.

2.4 DO DISCURSO PROIBICIONISTA À DESCriminalIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DA *CANNABIS* PARA USO TERAPEUTICO COMO MEIO DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

A fronteira tênue foi ultrapassada com e na medida em que as formas de resistência vêm alterando a relação do Estado e da sociedade em relação às drogas em diferentes nações. Apesar dos defensores do proibicionismo usarem de medidas repressivas para conter as formas de resistência em relação a criminalização da maconha, grupos organizados e movimentos sociais tem insistido, apesar do encarceramento em massa, em reverter o modelo de controle e repressão às drogas.

Na atualidade as leis proibicionistas têm sido transformadas, por países da América Latina e até pelos EUA que disseminou o modelo repressivo²³. No Brasil, o modelo penal tem sido historicamente hegemônico, seja em relação ao tema do adolescente em conflito com a lei (prevalência da redução da idade penal), seja no controle dos grupos socialmente excluídos, ou mesmo no tema das drogas. Para Singer (1998) nos EUA que serve de modelo vários países da América Latina, o enfraquecimento do modelo caritativo-assistencial tem contribuído para a configuração do Estado penal abrindo espaço para as políticas de criminalização e contenção punitiva dos deserdados e desvalidos.

O Estado penal apresenta-se sob duas formas: a transformação dos serviços sociais em instrumentos de controle e vigilância e o recurso massivo ao encarceramento. Na primeira modalidade, o acesso ao auxílio social faz-se mediante a adoção de certas normas de conduta e de obrigações burocráticas onerosas e humilhantes, que servem de instrumento de vigilância sobre as 'classes perigosas'.

²³ Na América Latina o Uruguai em 2017 se tornou o primeiro país do mundo a vender maconha com fins recreativos ao público, Na América do Norte o Canadá foi o segundo país do mundo e o primeiro do G7 a legalizar o consumo da droga com fins recreativos. (https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/2018/10/17/interna_internacional,997969/a-experiencia-do-uruguai-um-ano-apos-a-legalizacao-da-maconha.shtml). Já nos EUA a maconha foi legalizada para uso recreativo e medicinal nos Estados do Alasca, Califórnia, Colorado, Illinois, Maine, Massachusetts, Michigan, Nevada, Oregon, Vermont e Washington, bem como no Distrito de Colúmbia, nas Ilhas Mariana do Norte e em Guam. Continua proibida em Idaho, Nebraska e Dakota do Sul. (<https://www.conjur.com.br/2019-jul-06/tres-estados-eua-proibem-algum-uso-maconha>)

Na segunda modalidade, as ideias de reabilitação vão se enfraquecendo e as de repressão ganham apoio generalizado. As assistentes sociais são substituídas por policiais, as casas de tutelados são transformadas em instituições de vigilância máxima (SINGER, 1998, p. 13).

Como afirma Singer (1998, p. 15) “a punição é um recurso conservador, para a manutenção da ordem”, tese que concordaria o Cel. Carlos Magno Nazaré Cerqueira, ex-comandante da polícia militar do Rio de Janeiro no governo de Leonel Brizola, quando em seus escritos junto ao Instituto de Criminologia do Rio de Janeiro, afirmava que no Brasil o modelo reativo pautado na perspectiva penal de Estado tem sobreposto ao modelo preventivo, desafio posto aos governos democráticos que chegaram ao governo com o retorno das eleições diretas. Cerqueira, já defendia nos anos oitenta a necessidade de mudar a relação entre polícia e sociedade, de modo a alterar a imagem da polícia repressiva e truculenta, especialmente quando esta atende as favelas e o embate com as facções criminosas ligadas ao tráfico de drogas.

Para este tipo de questão, o Estado deve mobilizar políticas educativas ao invés de criminais, como aduz Maronna e Elias (2018) que para mudar esse cenário, precisamos adotar uma série de medidas que afastem a política de drogas do direito penal e aproximem do direito à saúde e da garantia de direitos humanos, assegurando que o debate se mantenha no plano da ética sem deixar de ser fisgado por visões conservadoras.

A descriminalização da maconha para o seu uso cultural, científico, religioso, ritualístico, recreativo e terapêutico é a escolha que parece acertada para a diminuição da violência, da criminalidade, da marginalidade e, conseqüentemente, do encarceramento.

Ao se falar em descriminalização não significa que estar-se-ia liberando seu uso a torto e a direita, pois é necessária uma proposta de regularização legal do mercado de maconha similar aos controles existentes para o álcool e o tabaco. A melhor forma de evitar o consumo descontrolado de quaisquer substâncias é regular sua produção, seu uso e seus mercados. Só assim teremos alguma previsibilidade sobre o que se consome, seus efeitos e problemas. (MARONNA e ELIAS, 2018)

Além de prevenir o consumo problemático de drogas, alertando sobre os possíveis riscos à saúde, é preciso cuidar dos usuários que têm problemas com uso de drogas e reduzir seus danos. É preciso cuidar também de quem decide, mesmo assim, consumir. Isso não é apenas tratar o vício em drogas. Existem pessoas que usam drogas e não adquirem dependência. Existem as que têm dependência e não têm grandes problemas físicos, psíquicos e sociais. Também aquelas que têm dependência, têm problemas e querem parar. E as pessoas que usam drogas, têm problemas e não querem parar. Temos que ter o tratamento adequado para essas diversas situações, respeitando a autonomia de cada um e cuidando do fundamental: sua saúde e seu bem-estar. Obrigá-las a realizar um tratamento que não querem, como a abstinência forçada, dificilmente funciona e vai contra princípios básicos de direitos humanos. Melhor trabalhar para minimizar os problemas que as pessoas que querem usar drogas possam ter. (MARONNA e ELIAS, 2018, p. 15)

Diante do atual cenário, portanto, ocorre um gradual processo de ruptura com a insurgência de críticas ao proibicionismo das drogas. Além da resistência de familiares que convivem cotidianamente com a necessidade do uso terapêutico da *cannabis*, outras forças sociais têm assumido uma atitude crítica a atual política de drogas, propondo uma reforma na Lei de Drogas que a aproxime dos Direitos Humanos (OLIVEIRA e SILVA, 2020).

Como movimento social pioneiro se observa o movimento denominado de Marcha da Maconha, que em muitos aspectos questiona o cenário decorrente da aplicação por parte do Estado da política proibicionista. Lanças (2013) disserta que a Marcha da Maconha é um movimento social difuso, cuja ideia principal encontra alcance global, mas as ações políticas, geralmente marchas e protestos, são localmente elaborados e realizados.

A mobilização em favor da liberação da maconha para consumo e fins medicinais, teve início em 1998, encabeçada pelo ativista Dana Beal, no mês de maio. Desde então, o dia 7 foi estabelecido como a data mundial para as manifestações favoráveis ao uso da droga. (...) Desde a primeira mobilização em 1998, diversas cidades do mundo passaram a realizar manifestações no mês de maio, que hoje já ocorrem em 250 cidades, em 63 países. No Brasil, as manifestações ocorrem de forma mais sistemática desde 2006, mas por causa do calendário, com o Dia das Mães e finais de campeonatos estaduais de futebol, a data é mudada. Dezoito marchas estão programadas para este mês em diversas cidades brasileiras. (FAVERO, 2011 *apud* LANÇAS, 2013. p. 37)

A Marcha da Maconha é um movimento social de escala global, que se materializa por meio de grupos locais articulados em torno da causa antiproibicionista, que ocorre anualmente em mais de 300 cidades no mundo inteiro, inclusive em mais de 20 cidades brasileiras em prol da legalização da maconha, segundo Campos (2013). Tal movimento passou a se estruturar de maneira mais organizada no Brasil a partir do ano de 2007, momento em que surgiu um coletivo nacional da Marcha da Maconha.

A proposta intitulada *antiproibicionismo* é explicitamente relacionada com o aspecto da proibição e da ilegalidade da *cannabis* e do seu uso. Internamente, os participantes deste movimento entendem que a atual política de proibição não permite que questões centrais decorrentes da existência de um mercado ilegal de drogas sejam discutidas e revistas. Esta postura proibicionista refuta e desestimula as discussões sobre as drogas e seus usos, além de impedir que outras alternativas e propostas políticas sejam cogitadas pelos poderes públicos para lidar com a questão. A bandeira antiproibicionista é, portanto, a tentativa de não-proibir e de discutir o tema baseado em pesquisas e dados científicos sobre as substâncias, seus efeitos, danos reais e melhores formas de reduzir danos e consequências do uso de psicoativos. (CAMPOS, 2013, p. 46)

Desta forma, a Marcha da Maconha é atualmente no Brasil e no mundo o principal movimento em favor da descriminalização da maconha, promovendo por meio de uma manifestação pacífica debates acerca da necessidade de revisão das atuais políticas de drogas instauradas em âmbito internacional e também da política brasileira sobre o tema. Neste sentido, diante do atual cenário proibicionista repressivo, acaba por se tornar um espaço onde a maconha pode ser amplamente discutida, já que o Estado não disponibiliza espaços em sua agenda tal discussão.

Todavia, como a principal característica da atual política de drogas é a repressão, o principal movimento em defesa da descriminalização da maconha, conforme disserta Oliveira (2016) teve de enfrentar a tentativa de silenciamento realizada pelo discurso proibicionista, que utilizou, muitas vezes, o aparelho judiciário para calar estes discursos alternativos com práticas de poder do discurso jurídico. Entretanto, no ano de 2011, quando do julgamento da ADPF-187, o Supremo Tribunal Federal garantiu os direitos constitucionais

de reunião e de livre expressão do pensamento dos integrantes das Marchas em todo o Brasil.

Araújo (2014, *apud* OLIVEIRA e SILVA, 2020) afirma que entre os movimentos sociais que propõem mudanças na atual Lei de Drogas, o movimento social em defesa do uso medicinal da maconha tem se destacado tanto pela sua atuação política, que proporcionou grande visibilidade à esta luta, quanto pelas conquistas jurídicas e políticas. Em 2014 é lançado um importante documentário “Illegal: a vida não espera” que trata da luta de pessoas que usavam derivados da maconha para o tratamento de doenças próprias ou de familiares

O documentário se baseou no caso de Anny Fisher, menina brasileira com 5 anos de idade, portadora da síndrome CDKL5, que obteve sucesso no controle de crises convulsivas, com o uso de um óleo rico em CBD. Anny foi a primeira paciente a conseguir na justiça o direito a importação do óleo. Depois do caso de Anny, nota-se uma ascensão da luta pelo acesso ao direito humano à saúde por meio do uso terapêutico da *cannabis*.

Este documentário popularizou a luta, que obteve importantes vitórias judiciais que pressionaram a ANVISA a classificar e reclassificar o canabidiol e o THC como substâncias de uso controlado, logo, passíveis de prescrição e de importação (OLIVEIRA&RIBEIRO, 2017). Também por via de Habeas Corpus, muitas famílias conseguiram o direito de ter assegurada a proteção jurídica contra eventual criminalização de seu cultivo caseiro para a produção de remédios fitoterápicos (FIGUEIREDO, POLICARPO & FIGUEIREDO, 2017 *apud* OLIVEIRA e SILVA, 2020, p. 96).

Ainda no ano de 2014, ocorreu a primeira autorização para um grupo de pessoas. 16 crianças e jovens paraibanos que sofrem com síndromes convulsivas foram autorizados a importarem óleo rico em CBD, por meio de decisão judicial nos autos da Ação Civil Pública nº 0802543-14.2014.4.05.8200. Este grupo de pessoas no futuro próximo viriam a se institucionalizar, dando vida a Liga Paraibana em Defesa da Cannabis Medicinal.

A partir de então surgiram associações em defesa do uso terapêutico da maconha, como por exemplo a “Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal”, denominada simplesmente AMA-ME, criada no ano de

2015, com sede em Belo Horizonte, Minas Gerais (AMAME, 2015); como também a ABRACE – Associação Brasileira de Apoio Cannabis Esperança, criada em 2015 e está localizada em João Pessoa-PB. A ABRACE, inclusive, é a única entidade no país com autorização para plantar e produzir óleo derivado da maconha.

A forte discussão iniciada desde então acerca do uso terapêutico da maconha levou a ANVISA iniciar um movimento de regulamentação de importação de substâncias a base da *cannabis* no âmbito interno. Em 06 de maio de 2015 é editada a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 17, que definiu pela primeira vez 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.

Já no dia 18 de março de 2016 foi aprovado o texto da RDC nº 66, que promoveu 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. Este ato normativo tratou de permitir a prescrição de medicamento registrado na ANVISA, que contenha THC, a ser importado em caráter de excepcionalidade por pessoa física, para uso próprio, para tratamento de saúde, mediante prescrição médica, nos limites da RDC nº 17 de 06/05/2015.

Em 02 de dezembro de 2016, foi editado a RDC nº 128, a qual dispôs 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. No mesmo dia foi aprovada a RDC nº 130, que tratou de promover nova atualização do Anexo I (Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial) da Portaria SVS/MS nº 344, incluindo dois adendos, o adendo 2 na Lista “A3” e o adendo 8 na Lista “E”, cuja redação destes, respectivamente, é:

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

(...)

8) excetuam-se dos controles referentes a esta lista os medicamentos registrados na Anvisa que possuam em sua formulação derivados de Cannabis sativa, em concentração de no máximo 30 mg de tetrahidrocannabinol (THC) por mililitro e 30 mg de canabidiol por mililitro, desde que sejam atendidas as exigências desta Resolução. (ANVISA, 2016)

A partir desta resolução se tornou 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. (MACEDO, 2018)

Ato contínuo, em 05 de maio de 2017, a ANVISA aprovou o texto da RDC nº 156, a qual alterou as Resoluções da Diretoria Colegiada - RDC nº 64/2012, nº 29/2013, nº 42/2014, nº 01/2015, nº 11/2015, nº 71/2016 e nº 104/2016, para a inclusão, alteração e exclusão de Denominações Comuns Brasileiras – DCB, na lista completa das DCB da Anvisa.

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. (MACEDO, 2018, p. 83)

Em 19 de janeiro de 2019 foi aprovado a RDC nº 327, que dispõe sobre os procedimentos para a concessão da Autorização Sanitária para a fabricação e a importação, bem como estabelece requisitos para a comercialização, prescrição, a dispensação, o monitoramento e a fiscalização de produtos de *Cannabis* para fins medicinais.

Em linhas gerais, esta resolução autoriza a produção e comercialização por indústrias farmacêuticas de produtos à base de *canabis*, determinando que estes produtos devem possuir predominantemente, canabidiol (CBD) e não mais que 0,2% de tetrahidrocannabinol (THC). Permite o teor de THC acima de 0,2% apenas destinados a cuidados paliativos exclusivamente para

pacientes sem outras alternativas terapêuticas e em situações clínicas irreversíveis ou terminais.

Ato contínuo, trata os produtos à base da *cannabis* como última opção de tratamento, ao determinar que os produtos de *cannabis* podem ser prescritos quando estiverem esgotadas outras opções terapêuticas disponíveis no mercado brasileiro. Em outras palavras significa dizer que uma pessoa com estado clínico grave, que poderia estabilizar seu estado de saúde diretamente com o uso terapêutico da *cannabis*, não está autorizado até que faça uso de todas as outras substâncias disponíveis no mercado.

Imagine-se o estado da menina americana Charlotte Figi, que costumava ter até 300 (trezentos) episódios de convulsões por semana, e em várias ocasiões o seu coração chegou a parar, ela teria que, antes de fazer uso da maconha em seu tratamento, ter que usar todas as opções indicadas para o seu caso. Difícil saber se ela aguentaria esperar.

Esta resolução apesar de permitir a fabricação e comercialização de produtos a base de maconha para fins terapêuticos em âmbito nacional, não permite o cultivo da planta em solo brasileiro. Neste sentido, as indústrias têm que importar a matéria-prima para fabricar no país. Isto, conseqüentemente, elevará o custo de mercado destas substâncias, retirando do alcance de pessoas de classes econômicas mãos baixas.

Em 24 de janeiro de 2020, foi editada a RDC nº 335, revogando a RDC nº 17/2015 e RDC nº 128/2016, redefinindo os critérios e os procedimentos para a importação de Produto derivado de *Cannabis*, por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, para tratamento de saúde.

Algumas alterações são dinas de comentário. É perceptível o receio com que a RDC nº 17/2015 tratava as substâncias a base de *cannabis*, sempre enfatizando o caráter de excepcionalidade da importação, como se percebe por meio da redação do seu artigo 2º, que diz: 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.

Além disto, previa que o produto a ser importado deveria possuir teor de THC inferior ao de Canabidiol, demonstrando a preocupação com a disseminação do THC, substância da maconha responsável pelos efeitos psicoativos. Como também previa validade de um ano para o cadastro de importação.

A RDC nº 335/2020 foi publicada com uma redação mais flexível, comparada a RDC nº 17/2015, retirando, pelo menos do texto, a excepcionalidade rígida e estipulando um prazo maior de validade do cadastro, o qual passou a ser de dois anos e deixando de enfatizar o receio quanto ao THC, ao passo em que previu, de forma genérica, que se torna permitida a importação, por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado para tratamento de saúde, de Produto derivado de Cannabis.

O atual cenário é de uma pequena abertura na política de drogas brasileira em relação ao uso terapêutico da maconha, mas ainda percebe-se uma distância continental ainda até que as substâncias encontradas na *cannabis* sejam efetivamente difundidas para o acesso ao direito humano a saúde.

No cenário internacional, no ano de 2019, no período de 14 a 22 de março, aconteceu em Viena, Áustria, a 62ª Sessão da Comissão de Entorpecentes (CND) do UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) que teve como objetivo fazer um balanço da implementação dos compromissos assumidos para abordar e combater conjuntamente o problema mundial das drogas.

Na oportunidade, O Comitê de Experts em Dependência de Drogas (ECDD) da Organização mundial de Saúde (OMS), após 41º Encontro realizado em Genebra no mês de novembro / 2018, propôs que a *cannabis*, resina de *cannabis* e seus subprodutos fossem reclassificados dentro da recomendação proibicionista imposta pela ONU desde 1961. Durante a 62ª Sessão da Comissão de Entorpecentes (CND), as propostas de mudança foram apresentadas e discutidas. Merecem destaque:

- 1) A retirada da Cannabis e suas resinas da Lista IV da Convenção de Drogas e Narcóticos de 1961, que reconhece a planta como droga potencialmente perigosa e como tal fica

proibida a sua produção, manufatura e beneficiamento, não sendo reconhecido nem o seu uso médico. A Cannabis deverá ficar sob controle rigoroso e determinado por legislação de cada país, porém com reconhecimento do uso medicinal, ocupando a lista I. 2) Preparações contendo predominantemente Canabidiol (CBD) e não mais de 0,2 % do delta-9-tetrahidrocanabinol (THC) não deverão estar em qualquer Lista proibicionista da Convenção de 1961 por não haver necessidade do controle internacional já que não oferecem riscos à saúde e não geram dependência. (AMAME, 2019)

O fato é que a saúde não espera, a vida não espera, a dignidade não espera, a felicidade não espera. Pessoas precisam urgente ter seus direitos humanos preservados e garantidos, direitos estes que podem, cientificamente falando, ser garantidos por meio do uso terapêutico da *cannabis*. Atualmente ocorre um importante processo de mudança cultural impulsionado por associações de usuários de maconha terapêutica, à exemplo das associações paraibanas Liga Paraibana em Defesa da Cannabis Medicinal - Liga Cannabica e Associação Brasileira de Apoio Cannabis Esperança – ABRACE, que implica numa releitura da planta.

A Liga Cannabica, por exemplo, defende o retorno aos usos tradicionais da maconha, o que implica uma releitura das representações sobre a plantas impostas pelo proibicionismo, possuindo como objetivo, inclusive, o direito de as pessoas poderem cultivarem a *cannabis* e produzirem o óleo artesanalmente para fins terapêuticos. A Liga acredita que, desta forma, o direito humano à saúde estaria sendo promovido e acessado por aqueles que mais precisam, aquelas pessoas que não possuem condições financeiras de desembolsar altos valores para adquirir medicamentos direto do mercado, cujos valores de aquisição fogem da realidade da classe baixa brasileira. Entretanto, a classe política acaba esquecendo que esta classe também adoece e não possuem planos de saúde para cobrir o tratamento e contam com um sistema de saúde totalmente defasado.

3. LUTAS E CONQUISTAS DA LIGA CANÁBICA NA PARAIBA PELO ACESSO AO USO TERAPEUTICO DA CANNABIS

Este capítulo trata do processo de luta de um grupo de pessoas e seus familiares no estado da Paraíba, em busca do acesso ao seu direito humano à saúde por meio do uso terapêutico da *cannabis*, que resultou na criação da Liga Canábica da Paraíba.

Esta luta iniciou-se no ano de 2014, por meio da primeira ação judicial coletiva no Brasil com o objetivo de obtenção da autorização para a importação de um óleo rico em CBD (canabidiol), a qual foi julgada favorável, permitindo que 16 pessoas pudessem importar sem restrições e sem a interferência da ANVISA o aludido óleo até os dias de hoje.

Da necessidade individual e familiar levou a se unirem e pensar a construção de um coletivo de pessoas que para preservar a saúde dependem do uso terapêutico da *cannabis* que resultou no processo de institucionalização da Liga Paraibana em Defesa da Cannabis Medicinal, popularmente chamada de Liga Canábica, fundada no mês de setembro de 2015, assumindo a pauta da defesa do uso terapêutico da *cannabis*, bem como do retorno ao uso cultural da planta.

O capítulo final encerra a monografia reunindo os dados obtidos e construídos ao longo da pesquisa qualitativa, agregando informações documentais e narrativas obtidas a partir de entrevistas semiestruturadas submetidas ao processo de análise de conteúdo. A entrevista realizada com Júlio Américo de Pinto Neto, psicólogo e fundador e primeiro presidente da Liga Canábica centrou o foco no processo de institucionalização e criação da Liga Canábica, destacando os aspectos históricos e sociais, valores, objetivos, atuação e resultados, bem como, a entidade no atual cenário nacional e estadual referente ao acesso ao direito humano à saúde por meio do uso terapêutico da *cannabis*.

Além dos dados coletados em entrevista realizada especificamente por este trabalho, também serão utilizados dados coletados em entrevista a atual diretora presidente da Liga Canábica, a qual terá sua identidade preservada

nesta pesquisa, coletados em 11 de maio de 2018, por Wendel Alves Sales Macedo, em sua dissertação de mestrado intitulada de “Direito Humano à Saúde e uso terapêutico da Cannabis: um estudo de caso da Liga Canábica Paraibana”. A interlocução de Júlio Américo, fundador e primeiro presidente da Liga é de suma importância para esta pesquisa, na medida em que o mesmo encabeçou a luta pelo acesso ao uso terapêutico da *cannabis* no estado da Paraíba, fomentando o debate acadêmico e liderando ações práticas perante órgãos públicos e instituições públicas e privadas.

Vale a pena enfatizar que Júlio Américo tem um filho atualmente com 10 anos, o qual aos 3 meses de idade foi diagnosticado com a síndrome de West²⁴ e aos 4 anos obteve evolução em seu quadro clínico para a síndrome de Lennox-Gastaut (LGS)²⁵. Neste sentido, além de um militante pela causa, o entrevistado sofre na pele os efeitos da política proibicionista, ao passo em que enxerga um cenário nacional que insiste em criminalizar uma substância que pode salvar a vida de muitas pessoas, como salva diariamente a vida do seu filho.

Os dados coletados nas entrevistas foram submetidos ao método da análise de conteúdo, a partir da orientação de Bardin (1977) e Franco (2007). A análise temática dos conteúdos inicia-se pela leitura flutuante das entrevistas de modo a poder identificar a partir do referencial teórico o processo de codificação dos conteúdos. Para cada questão da entrevista foi realizada a leitura da unidade de registro de modo a construir núcleos de sentidos, dialogando com os capítulos teóricos do trabalho. Das narrativas surgiram então variáveis temáticas e textuais que favorecem e facilitam o processo de inferência, interpretação e análise, considerando que a pesquisa de campo optou apenas pelo dirigente fundador da Liga Cannabica Paraibana.

²⁴ Síndrome de West ou espasmos infantis é uma forma de epilepsia que se inicia na infância. É caracterizada pela tríade: espasmos infantis, hipsarritmia e retardo mental. Tem como causas mais comuns a esclerose tuberosa e a anóxia neonatal.

²⁵ Uma grave forma de epilepsia generalizada, muitas vezes acompanhada de atraso no desenvolvimento e alterações psicológicas e comportamentais, que surge especialmente durante a infância, mais frequentemente, entre o segundo ao sexto ano de vida, raramente após os dez anos de idade e, excepcionalmente, na vida adulta.

3.1 O PROCESSO DE LUTA PELO ACESSO AO DIREITO HUMANO À SAÚDE POR MEIO DO USO TERAPÊUTICO DA *CANNABIS* NO ESTADO DA PARAÍBA: A CRIAÇÃO DA LIGA CANÁBICA PARAIBANA.

Nesse item trabalhamos com categorias teóricas movimentos sociais e uso terapêutico da *cannabis*, já trabalhados nos capítulos teóricos. A Liga Canábica Paraibana é uma entidade da sociedade civil que se institucionaliza para poder acessar os meios institucionais de defesa da cidadania.

Como parte do movimento popular em saúde a Liga Canábica Paraibana se organiza para lutar pelo direito à saúde, considerando a necessidade emergencial do uso terapêutico da *cannabis*

Com o intuito de compreender melhor o processo de luta destas famílias, até o processo de institucionalização, estratégias institucionais, objetivos, valores e resultados deste movimento, será analisado o conteúdo da entrevista semiestruturada realizada com o fundador e primeiro presidente da Liga Canábica, como também, com a intenção de enriquecer esta pesquisa, será objeto de análise entrevista concedida por outro membro da Liga Canábica, colhida por Wendel Alves Sales Macedo (2018), em sua dissertação de mestrado.

A pesquisa encontrou cinco categorias temáticas construídas a partir da narrativa do dirigente: a defesa do direito do uso terapêutico da *cannabis*; necessidade e ação coletiva; mobilização social e memória da Liga Canábica Paraibana, reflexos na saúde dos usuários e o potencial terapêutico da *cannabis*.

3.1.1 A defesa do direito ao uso terapêutico da *cannabis*

No ano de 2014 foi ajuizada pelo Ministério Público Federal na Paraíba – MPF/PB, a Ação Civil Pública de número 0802543-14.2014.4.05.8200 em face da União Federal e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, distribuída para 1ª Vara Federal da Seção Judiciária da Paraíba. Neste processo, o MPF/PB, representando 16 pacientes, buscava como se percebe por meio de trecho extraído da própria petição inicial:

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 (Ação Civil Pública de número 0802543-14.2014.4.05.8200, 2014, p. 22-23)

Para isto, em sua narrativa fática, o Ministério Público Federal na Paraíba afirmou que uma das mães de uma criança que necessitava fazer uso terapêutico da *cannabis* encaminhou representação ao aludido órgão ministerial, relatando a urgente necessidade de providências para que os pacientes pudessem se utilizar do medicamento conhecido como Cannabidiol (CBD), derivado da planta *Cannabis sativa*. Continua, ainda, o MPF/PB:

Isto porque os tratamentos aos quais já se submeteram, além de não terem diminuído as frequentes crises convulsivas – que provocam inegáveis danos ao desenvolvimento cognitivo e psicomotor dos enfermos –, resultam em sérios efeitos colaterais prejudiciais ao bem-estar e à rotina dos pacientes e de suas famílias, tais como sonolência extrema, falta de concentração, cefaleias, gastrites medicamentosas, problemas hepáticos e renais, entre outros.

A notícia acerca da existência da referida substância sobreveio após uma desesperada busca por tratamentos alternativos pelos familiares. O contato com pais enfrentando situações parecidas foi estreitado após a veiculação de uma matéria no programa “Fantástico”, da TV Globo, sobre um casal com filho nessas mesmas condições, e que clandestinamente fez uso do medicamento, obtendo ganhos significativos na eliminação das crises e na recuperação psicomotora do paciente, sem os efeitos colaterais nefastos dos medicamentos usuais (Ação Civil Pública de número 0802543-14.2014.4.05.8200, 2014, p. 6).

O caso alvo de matéria pelo programa “Fantástico”, da TV Globo, citado pelo MPF/PB é da menina brasileira Anny Fischer, diagnosticada com

síndrome de Rett CDKL5 logo nos primeiros anos de vida. Drama relatado no documentário “Illegal – A vida não espera”.

Ato contínuo, a grande questão na ação judicial número 0802543-14.2014.4.05.8200, segundo o próprio MPF/PB, além da dificuldade para conseguir obter a substância, que não tem registro ou fabricação em território nacional e teria de ser importada, era que o produto figurava na lista de substâncias de uso proscrito (“F2”) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Ou seja, sua importação e uso eram proibidos, e apenas excepcionalmente havia a possibilidade de liberação a partir de pedido de autorização específico dirigido à ANVISA com análise caso a caso.

Entre os 16 pacientes alcançados pelo aludido processo, existia um portador de Epilepsia Multifocal de Difícil Controle, CID: G40-2, decorrente de Síndrome de West, apresentando quadro de hipotonia e atraso global do desenvolvimento neuropsicomotor. Em razão desse quadro, apresentava limitações bastante significativas no que concerne ao exercício das Atividades da Vida Diária (AVD's) – alimentação vestir-se, administração de medicamentos, locomoção, higiene pessoal, entre outras, ou seja, não andava, não falava, não tinha controle de suas necessidades fisiológicas, não fazia uso funcional das mãos e tinha um importante atraso cognitivo. Dois pacientes com Síndrome de Lennoux Gastaut, apresentando atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, grau significativo de autismo, movimentos estereotipados, grande irritabilidade na presença das convulsões.

Outro paciente diagnosticado, aos 3 meses de idade, com cranioestenose, sendo submetido a uma cirurgia aos cinco meses para abertura das fontanelas. Após a cirurgia, seu desenvolvimento psicomotor continuou defasado. Logo após seu diagnóstico foi firmado como Síndrome de Dandy-Walquer e má formação Dechiari (estreitamento do tronco encefálico). Com dois anos de idade passou a apresentar crises de espasmos e convulsões, quadro que permaneceu até o momento do ajuizamento da ação.

Ato contínuo, a demanda judicial contava, também, com um paciente com atraso global do desenvolvimento, apresentando malformação cerebral congênita (paquigiria) e quadro de deficiência mental importante, sendo totalmente dependente de terceiros. Apresentando, ainda, quadro de epilepsia

de difícil controle e cifoescoliose importante, tendo feito uso de colete corretivo. O MPF/PB aduz, ainda, que este paciente fez uso de 11 medicamentos no total em seu tratamento.

Um dos pacientes era portador de Síndrome de West, sofrendo cerca de 20 crises (em espasmos) diárias e já tendo feito uso de vários medicamentos antiepiléticos, sem qualquer sucesso, continuava apresentando espasmos mesmo com a administração atual de drogas.

Outro paciente, portador de microcefalia congênita e espasticidade de membros, possuía visão subnormal e encefalopatia epilética, apresentava cerca de 100 convulsões por semana. Contava, ainda, o paciente com Síndrome de Rett, transtorno global de desenvolvimento, apresentando crises convulsivas e por vezes ausências, junto com espasmos frequentes. Não usava as mãos, deixando-as o tempo todo dentro da boca. Tendo retração dos Aquiles e ataxia de marcha com hipotonia.

Outro paciente, também, portador de epilepsia multifocal de difícil controle, decorrente de Síndrome de West, apresentava cerca de 10 crises convulsivas diárias, em espasmos e crises de ausência. O mesmo possui atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e no campo auditivo, apresentando movimentos estereotipados e involuntários. Não tinha segurança no andar, precisando de amparo.

Um dos pacientes foi diagnosticado aos quarenta e oito dias de vida com paralisia cerebral do lado esquerdo (E.E.G com presença de atividade irritativa cerebral e crises convulsivas refratárias). Nenhum remédio receitado pelos nove neurologistas que já a acompanharam conseguiu controlar suas crises convulsivas.

Outra pessoa, com um ano de vida, apresentou atraso global no desenvolvimento neuropsicomotor, seguido de uma epilepsia de difícil controle, com crises convulsivas. Submete-se a Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Equoterapia e Hidroterapia. Outra paciente diagnosticada com Microcefalia, causada por Citomegalovírus. Apresentando a primeira convulsão com um ano de vida, dando início ao tratamento medicamentoso com Gardenal, sem o efeito esperado. Chegando a apresentar 30 convulsões por dia. Ainda, contava com paciente com diagnóstico de síndrome de West e encefalopatia

crônica não progressiva. As suas primeiras crises foram acontecer no quarto mês de nascida. Dois dias depois, aconteceu uma crise mais forte, com contração de membros e olhos virados para o alto.

Paciente que foi diagnosticado com epilepsia congênita, começou a ter crises convulsivas com 1 ano e 9 meses de vida. Tendo já ficado internado várias vezes em razão das fortes crises. Foram administradas várias combinações de medicamentos, sem nenhum resultado. Devido à piora no quadro das crises, estava perdendo os movimentos do lado direito e apresentando dificuldade para falar. E, mais dois pacientes diagnosticados com síndrome de West, apresentando paralisia cerebral, epilepsia multifocal, retardo no desenvolvimento neuropsicomotor e infecção congênita.

O MPF/PB afirmou, em suma, que as crianças e jovens que estavam sendo contemplados pela demanda judicial eram portadores de patologias neurológicas que tem como característica comum um quadro de epilepsia refratária a medicações. Na busca pelo controle das frequentes crises convulsivas, segundo o MPF/PB, já tinham se submetido aos diversos tipos de tratamento e combinações de anticonvulsivantes disponíveis no mercado, sem sucesso. As altas dosagens de medicação a que são submetidos provocam sérios efeitos colaterais, como comprometimento das funções hepáticas e renais, perda de visão, fraqueza muscular, depressão do sistema imunológico, inflamação das mucosas, entre outros.

O Poder Judiciário, por sua vez, concedeu parcialmente a antecipação de tutela requerida pelo MPF/PB para determinar à UNIÃO e ANVISA permitissem a importação do medicamento Canabidiol pelos pacientes substituídos processuais do autor MPF/PB, condicionado a importação, entretanto, às necessárias receitas/requisições médicas, devidamente individualizadas. A ANVISA recorreu da decisão e apresentou defesa ao pedido principal do processo, requerendo o julgamento totalmente improcedente da ação. Da mesma forma a União apresentou defesa requerendo que fossem julgados improcedentes os pedidos formulados na inicial. Todavia, sobreveio sentença confirmando a decisão que concedeu a antecipação de tutela, sendo determinado que a ANVISA e a União permitam a importação e a utilização da substância medicamentosa canabidiol, pelos substituídos processuais do autor

MPF, condicionadas às necessárias receitas/requisições médicas, devidamente individualizadas.

Este breve relato sobre a Ação Civil Pública de número 0802543-14.2014.4.05.8200, meio pelo qual os 16 pacientes de 15 famílias paraibanas conseguiram a autorização para importar medicamento a base de canabidiol, substância extraída da *cannabis sativa*, é de extrema importância, mas não é o foco central deste tópico. Portanto, serve como introdução para o real objeto de análise, que se apresenta como o movimento que culminou na demanda judicial, ou seja, neste momento da pesquisa elenca-se como objeto de análise a luta desses pacientes e suas famílias pelo acesso ao direito à saúde, por meio do uso terapêutico da *cannabis*.

Isto porque, estes 16 pacientes de 15 famílias não só conseguiram via Poder Judiciário a garantia de acesso ao direito à saúde por meio da importação de medicamentos à base de canabidiol, como também iniciaram um movimento em defesa do uso terapêutico da *cannabis*, o que culminou com a fundação da Liga Paraibana em Defesa da *Cannabis* Medicinal, conhecida popularmente como Liga Canábica.

3.1.2 Necessidade e Ação Coletiva

Desta maneira, perguntou-se para Júlio Américo, fundador e primeiro presidente da Liga, entrevistado nesta pesquisa, quando e como começou o processo de mobilização social que resultou na criação da Liga Canábica no estado da Paraíba, tendo o mesmo respondido que “em 2013 nós já tínhamos ouvido falar no óleo extraído da maconha que estava controlando crises epiléticas de uma criança chamada Charlotte Figi, nos Estados Unidos”. O entrevistado segue afirmando:

(...) em 2013 tivemos notícia, mas como era muito distante, nos Estados Unidos, nós não sabíamos de nada por aqui e aí nós acabamos levando nosso filho para fazer tratamento em São Paulo. Lá em São Paulo nós tivemos contato com um programa de rede nacional de uma TV aberta e nesse programa se fazia uma reportagem de um casal de Brasília que “tava” usando um derivado da maconha, um extrato da maconha para controlar crises epiléticas em uma filha que tinha uma síndrome rara,

CDKL5 o nome da síndrome, o nome da menina é Anny Fischer (Entrevistado Júlio Américo).

Inicia-se então a corrida pela vida através do uso terapêutico da *cannabis*, pois não existia nenhuma outra forma legal para se conseguir a importação da substância a base de *cannabis* senão por meio de uma autorização especial da ANVISA, que só era dada após o preenchimento de inúmeros requisitos formais, com alta carga burocrática.

Na contramão da política de drogas, grupos de familiares se mobilizam no sentido de ter que provar a necessidade do uso terapêutico da *cannabis* junto aos órgãos da política de medicamentos com o objetivo de conseguir autorizações ainda em caráter especial com o objetivo de aliviar o sofrimento físico e psíquico de crianças e familiares. Como afirma o entrevistado:

Começamos a juntar outras famílias, depois começamos a questionar a dificuldade que tínhamos no acesso, porque conversamos com esse casal de Brasília e eles disseram para nós a forma de usar, a forma de acesso e que existia uma autorização especial dada pela ANVISA, mas mediante alguns documentos, entre eles a prescrição médica e um termo de responsabilidade assinado por um médico e pelo paciente ou responsável pelo paciente. Nenhum médico aqui queria fazer isso, nem prescrever, nem assinar o termo de responsabilidade e nós ficamos sem ter o direito a autorização (Entrevistado Júlio Américo)

Pessoas com sofrimentos físicos e psíquicos em face da ausência de uma política de medicamentos que reconheça a função terapêutica da *cannabis* entendem que isolados não surtam soluções coletivas de cidadania, por isso a organização social dessas famílias apresenta-se como uma forma de agregamento de forças. Os movimentos de saúde no Brasil demonstram como o acesso e a melhoria na qualidade dos serviços de saúde é resultado de um longo processo de lutas populares. Nesse sentido, relata o dirigente entrevistado:

[...] a gente entendeu que na verdade não éramos só alguns pais que não estavam conseguindo a autorização da ANVISA, na verdade nós éramos um segmento da sociedade, pais de crianças com doenças raras e síndromes epiléticas e esse

segmento estava tendo seu direito à saúde negado pelo Estado (Entrevistado Júlio Américo).

Como afirma Kauchakje (2007) o movimento pela saúde é uma forma de ação coletiva que envolve um número de pessoas que compartilham a mesma necessidade de agregar meios de luta para acessar e até criar direitos.

3.1.3 Mobilização social e Memória da Liga Canábica Paraibana

Nos momentos de dor, perseguição e sofrimento familiar surgiram inquietações e indignação diante da situação de injustiça. Tal contradição forjou um processo de reflexão crítica que moveu familiares a construir a noção de uma ação coletiva capaz de agregar famílias e aliados que entendessem a necessidade do uso terapêutico da *cannabis*.

Foi quando a gente procurou o Ministério Público Federal, já em meados de abril - maio (2014), por aí, e fizemos uma representação ao Ministério Público Federal, reunimos 15 famílias, com 16 pacientes, e fizemos a representação e o Ministério Público Federal encampou esta ação, que citou a União e a ANVISA, e a gente conseguiu uma liminar. Foi a primeira ação coletiva no Brasil, já tinham ações com advogados particulares, de algumas famílias, mas foi a primeira ação coletiva, dando esse caráter coletivo à essa luta e em agosto foi quando saiu a liminar e nós fomos a primeira ação coletiva, que vale até hoje, o processo já terminou, transitado em julgado, e nós somos, hoje, as únicas 15 famílias, 16 pacientes, que não precisa da ANVISA para fazer a importação de qualquer produto medicinal de cannabis para nossos filhos. Então a gente faz diretamente, bastando anexar a cópia da sentença e a prescrição médica de cada paciente, aí a gente consegue importar de qualquer país, produtos de cannabis para nossos filhos (Entrevistado Júlio Américo)

Destarte, ações judiciais privadas com o intuito de obter a permissão judicial para a importação de medicamento a base de maconha já tinham sido ajuizadas, como o próprio caso de Anny Fischer, por exemplo. Contudo, a primeira ação coletiva com este objetivo foi ajuizada na Paraíba, para atender o filho do entrevistado e mais 15 pacientes.

Esta ação coletiva inaugura a luta coletiva em defesa da *cannabis* terapêutica gerando reflexo em todo o Brasil, como relata o entrevistado que “foi uma primeira vitória da *gente* e aí a *gente* começou a se articular com outros pais e mães que estavam espalhados pelo Brasil, principalmente em Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, eram os principais no início (Entrevistado Júlio Américo).

Percebe-se, portanto, que o movimento dos familiares foi ganhando forma, como resultado da união propriamente dita de famílias desesperadas para proporcionar qualidade de vida para seus entes.

Começamos, então, a fazer todo um trabalho de mobilização, a gente fez uma rifa para vender para conseguir dinheiro para comprar as medicações que eram muito caras, a importação era muito cara. Naquela época, a gente chegava a gastar R\$ 2.500,00 – 3.000,00, dependendo da concentração do óleo poderia chegar até R\$ 4.000,00 a cada mês e meio, no máximo dois meses, então era muito dinheiro e muitas das famílias que estavam com a gente não tinham as condições para tanto, então a gente teve que fazer rifa, passar nas faculdades, fez abaixo-assinado conseguindo recolher 3.500 assinaturas, fomos, no dia 25 de agosto, participar de uma audiência pública que era o “SUG-8, que era uma sugestão de projeto de lei para regular a maconha para fins medicinais, religiosos, industrial e social (recreativo). Nós já tínhamos assistido a algumas audiências anteriores e nessas audiências só ficavam os proibicionistas contra aqueles que queriam liberar e não se chegava a dialogar e nós fomos, conseguimos sair daqui com quatro pessoas: eu, a mãe do meu filho e mais duas mães e uma outra pessoa que tinha um parente aqui, que hoje é o fundador da ABRACE, foi com a gente na época, e nós fomos para essa audiência e pedimos a palavra lá. Saímos da Paraíba e fomos lá e foi muito interessante porque quando nos deram a palavra a gente focou uma criança convulsionando, colocamos o vídeo no Senado uma criança convulsionando e muitas pessoas ficaram chocadas, foi 40 segundos de vídeo e ela disse: vocês viram 40 segundos de uma crise que durou 38 minutos e meu filho tem em média 10 crises desta por dia e onde fica o direito à saúde do meu filho? E cada um foi falando, e naquela sessão foi muito interessante porque foi o único momento em que foi unânime, tanto aqueles que defendiam o uso recreativo, como aqueles que estavam defendendo o contrário ao uso recreativo, se associaram colocando que o uso medicinal precisava ser visto e precisava ser prioridade. Conseguimos fazer uma revolução naquela audiência pública (Entrevistado Júlio Américo).

Apesar do esforço narrado pelo entrevistado, que levou alguns familiares a saírem da Paraíba para Brasília com o intuito de expor a situação

em que viviam as pessoas que necessitam da maconha para fins terapêuticos, a sugestão legislativa nº 8, de 2014 (SUG-8) não evoluiu, encontrando-se atualmente na Coordenação de Arquivo do Senado Federal (BRASIL, 2014).

Todavia, a luta destas famílias ganhava cada vez mais uma proporção maior, ao passo em que se mobilizavam de diversas maneiras, expondo e debatendo a temática envolvendo o uso terapêutico da maconha. Ao voltar de Brasília, ocorreu concomitantemente o lançamento do documentário “Illegal – A vida não espera”, retratando a luta de famílias, mais precisamente girando em torno do caso de Anny Fischer, sobre o acesso a maconha para fins terapêuticos.

Naquela época teve o lançamento do filme “illegal”, a gente fez o lançamento aqui (Paraíba), fomos em várias faculdades particulares, falar da nossa causa, chamar para assistir ao filme ilegal, colocar nossas rifas para vender também, foi muito interessante (Entrevistado Júlio Américo).

Afirma, ainda, o ex-dirigente, “fizemos uma passeata também, nesse mesmo ano, na praia, no Busto de Tamandaré até o Bahamas e foi coberto pela imprensa toda, a imprensa deu uma cobertura muito grande, gigantesca na época”. Diante de todas as ações adotadas por estas famílias, tendo em vista também o alcance nacional que o movimento tomava, o entrevistado relata: “formamos um grupo de WhatsApp a nível nacional com todos os pais e mães e outros pacientes, inicialmente era mais pais e mães, pois no início era mais crianças com epilepsia.”

Todo esse processo resultou na criação da primeira associação de pacientes em território brasileiro, que, segundo o entrevistado, foi presidida inicialmente por ele:

Quando foi em dezembro desse mesmo ano, 2014, no dia 14 de dezembro, fundou-se, no Rio de Janeiro, a primeira Associação de pacientes no país, foi fundada, não foi registrada. Nessa fundação eu fui o primeiro Presidente dessa Associação. Continuamos o trabalho com essa associação inicialmente e depois entendemos que tínhamos uma demanda local muito grande e que como a associação centralizava muito na diretoria daquela associação que eram de outros estados, era muito centralizado e a realidade local muitas vezes não era tomada tanto em consideração e nós entendemos que não era esse o caminho nosso (Entrevistado Júlio Américo).

Todavia, por se tratar de uma instituição de nível nacional, com sede localizada no sudeste do país, as famílias paraibanas sentiram que a sua luta no seu estado natal estava cada vez mais sendo esquecida. Isto fortaleceu um movimento local em defesa do uso terapêutico da *cannabis*.

3.1.4 O surgimento da Liga Canábica no Estado da Paraíba

A Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal, conhecida como AMAME, tem como princípios fundamentais promover, garantir, consolidar e expandir os direitos dos pacientes de *cannabis* medicinal (AMAME, 2015). Não obstante a AMAME tenha sido criada na busca por prezar pelos mesmos objetivos pelos quais buscavam, as famílias paraibanas resolveram se desvincular desta instituição para focar na luta local ao invés da nacional, momento no qual as demandas na cidade de João Pessoa, como em todo o estado da Paraíba se intensificaram:

Nós nos desvinculamos daquela associação e começamos a nos mobilizar aqui em João Pessoa, nessa época, já em 2015, quando nos desvinculamos dessa associação, continuamos nosso trabalho aqui, fizemos na UFPB, no Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, no Centro de Educação, no Centro de Ciências Jurídicas várias palestras, rodas de conversa com diversos públicos para levar o conhecimento, a educação em *cannabis* terapêutica, a realidade que a gente vivia. Começamos a participar, já nessa época de vários encontros nacionais também. Todos os encontros a nível nacional a gente participava, por exemplo, teve o encontro de AIDS e doenças sexualmente transmissíveis, nós fomos nesse encontro falar de *cannabis*, teve a primeira reunião brasileira de antropologia aqui na Paraíba, nós fomos lá falar também (Entrevistado Júlio Américo).

Foi então que surgiu a Liga Canábica no Estado da Paraíba, no mês de setembro do ano de 2015.

Eu tive a ideia inicialmente que deveria surgir uma espécie de uma Liga, uma Liga Canábica, uma coisa que a gente assumisse essa missão com a *cannabis*, que a gente tinha que falar da *cannabis*, falar da planta e aí começamos a amadurecer essa

coisa até que fundamos a associação e de lá a gente continuou o trabalho que já vinha sendo feito; em maio de 2016 nós fizemos o lançamento para a sociedade pessoense no Espaço Cultural, na sala José Siqueira. Fizemos com, em média, 600 pessoas, foi muito bem recebido, artistas da terra naquela época já participaram das nossas lutas, começaram a colocar os seus cachês à disposição, participaram desse show de lançamento gratuitamente e foi mais ou menos assim que surgiu a Liga Canábica, de lá a história da Liga vem sendo fazer várias parcerias com o legislativo, com a academia entre outros (Entrevistado Júlio Américo).

Percebe-se, portanto, que a criação da Liga Canábica da Paraíba não foi fruto de um pensamento ideológico e político capaz de dar sustentação ao processo de organização e institucionalização, embora a necessidade coletiva seja a força que agrega os indivíduos. A Liga Canábica da Paraíba nasce da necessidade, da dor, do sofrimento, da angústia e do amor de 15 famílias por seus 16 entes, que necessitavam fazer uso da maconha terapêutica. Um meio de um movimento social acessar os meios institucionais para afirmar direitos é criar uma organização civil que possa dentro das regras democráticas acessar e encaminhar as demandas dos seus membros. Sobre a origem da Liga Canábica, é ainda importante complementar:

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 anticonvulsivantes. 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 (Depoimento dado a MACEDO, 2018, p. 150).

Enfrentar o preconceito, a criminalização das drogas e a necessidade emergencial de garantir a saúde da prole são elementos que sedimentaram a criação da Liga Canábica como uma instituição que já nasce com um passado de luta coletiva, que, embora surja de uma experiência inicial pessoal, evolui para um processo de coletivização, superando a preocupação inicial com o filho para a comunidade. Ao ser perguntado se a institucionalização da Liga fez com o que uma luta individual passasse a se tornar coletiva, respondeu que

[...] já fomos dando esse sentido coletivo, porque a gente não queria que essa coisa acontecesse só com nosso filho, começamos a ver que tinham várias mães ao redor da gente que iam para as clínicas que a gente ia, que os filhos estavam convulsionando e elas viviam angustiadas porque não conseguiam controlar as convulsões dos filhos (Entrevistado Júlio Américo)

Este senso de luta coletiva é gerado pela partilha da dor, do sofrimento, da angústia e do amor destas famílias. O entrevistado ao ser questionado sobre a real necessidade que levou a criação da Liga Canábica afirma que “antes da criação existiam duas experiências que foram fortíssimas para a gente: a experiência de dor e a experiência de amor”.

A experiência de dor é a angústia que a gente passava vendo um filho convulsionando 30-40 vezes por dia, sem viver, sem ter condições de aprender coisas, perdendo todo dia ganhos cognitivos, na verdade, no lugar ter ganhos cognitivos eram perdas cognitivas, eram perdas motoras, nosso filho já não controlava mais a cabeça, não controlava o tronco, não olhava no olho, não usava as mãos, não sentia dor, não sorria, não chorava, era quase um vegetalzinho numa cadeira de rodas. Era angustiante para a gente isso, já tinha uma angústia anterior por isso ter sido causado por uma negligência médica, como falei no início, então era esse binômio dor, que foi o que nos impulsionou, o amor pelo nosso filho, a tentativa de dar qualidade de vida ao nosso filho, de ficar angustiado com o sofrimento dele, de querer aliviar o sofrimento dessa criança e depois, por consequência, simpatizar também com aquelas mães, pensei se a dor é para a gente, a dor também dessas pessoas deve ser muito grande, de ver seus filhos convulsionando, sem desenvolver, sem responder a estímulos, vivendo praticamente paralisados e tendo convulsões, correndo o risco de morrer, tantos deles indo para as UTIs de hospitais, nas emergências de hospitais, assistimos a muitas crianças morrerem, então é uma angústia muito grande (Entrevistado Júlio Américo).

O desespero paterno/materno em ver um filho convulsionando mais de 150 vezes por semana, aliado ao medo de ver seu filho morrer a qualquer momento, o fato de não conseguir sentir as expressões do seu filho ou parente próximo, de ver que aquele ser humano não está vivendo, mas apenas vegetando, apenas existindo como um objeto qualquer, sem emitir emoções, fez com que essas famílias agissem. “Foi a dor e o amor aos nossos filhos que

depois se ampliou para o amor pela causa. Esse binômio dor-amor foi praticamente o que nos impulsionou a essa militância que acabou desembocando na criação da Liga Canábica”, como afirma o fundador da Liga.

3.1.5 Reflexos na saúde dos usuários e o potencial terapêutico da *cannabis*

Toda a luta em defesa da *cannabis* para fins terapêuticos não teria sentido algum se não representasse uma esperança para os usuários e seus familiares. Isto que a *cannabis sativa* representa para essas pessoas, uma expectativa de melhora na qualidade de vida. Júlio Américo afirma que antes do uso terapêutico da *cannabis* a saúde do seu filho vivia em constante risco, “nessa época meu filho, como tinha muitas crises ficava muito debilitado, várias vezes a gente *tava* levando ele para as emergências dos hospitais com medo mesmo dele morrer.” Continua afirmando que:

[...] era muito difícil isso, também era difícil por que, não tendo condições de desenvolver, por conta de tantas crises epiléticas ele acabava não sabendo deglutir, então a gente tinha que ter todo um cuidado com a alimentação que ia dar, como ia dar, se era pastosa, se era de um jeito ou de outro, para evitar, por exemplo que ele tivesse pneumonia de repetição, ou seja, que caíssem resquícios de alimentos no pulmão e aí criasse um ambiente favorável para o desenvolvimento de bactérias, de uma pneumonia, e meu filho teve tempo que ele tinha pneumonia quase de dois em dois meses, era super difícil para a gente (Entrevistado Júlio Américo).

Diante deste cenário, nem o filho nem os pais, tampouco os outros pacientes paraibanos componentes iniciais da Liga Canábica, conseguiam enxergar melhora alguma na qualidade de vida. Isto acabava afetando também a saúde dos pais e demais familiares envolvidos, como pode se notar na fala do entrevistado,

[...] meu filho tinha crises quando estava acordado e quando estava dormindo, então a gente tinha que ter uma pessoa o tempo todo perto, não tínhamos um sono tranquilo, era o tempo todo ali lutando com medo de ele ter uma crise epilética e se

sufocar e morrer na crise ou ter uma parada cardíaca e não ter quem atendesse ele (Entrevistado Júlio Américo).

A dor diante de uma situação limite como dos familiares impacta ainda na saúde dos mesmos como afirma o depoimento:

[...] gerava na família uma situação muito séria, era muito difícil, tanto é que em 2013 meu filho com 4 anos de idade, a mãe do meu filho teve um câncer de mama, era uma tensão muito grande, era uma coisa muito séria para lidar. Eu tive crises de depressão, crises de ansiedade (Entrevistado Júlio Américo).

Além dos riscos de vida ocasionados pela patologia, o entrevistado relata que o excesso de medicamentos estava agravando a situação da saúde do seu filho, “meu filho tomava muitos remédios e esses remédios também tinham efeitos colaterais sérios, meu filho já estava à beira de uma pancreatite, já estava desenvolvendo hepatite medicamentosa, já estava com disfunção renal, o que colocava a vida dele em risco. ”

O uso da *cannabis* fez com que o quadro de saúde evoluísse, deixando de ter 30 a 40 crises epilépticas por dia e passando a ter 5 crises por mês, sendo que estas crises não chegam a 1 minuto de duração, além da mudança da rotina familiar, “A gente não anda mais em emergência de hospital, a gente não tem mais esse medo dele morrer, entende?!”

O uso da *cannabis altera a* saúde física e mental do filho e da família que passa a ser beneficiada mediatamente.

Hoje meu filho não usa nenhum desses remédios e só usa a *cannabis*, o que isso significou *pra* gente? Não estamos mais em emergência de hospital, meu filho regulou todas as taxas e não está mais correndo risco de vida, meu filho tá dormindo melhor, o que significa sono melhor para os pais também, meu filho desenvolveu, meu filho não andava, o que significava todo um cuidado para tá com ele, pegar no braço, era muito difícil e, como ele desenvolveu, ele hoje se relaciona com a gente, então tem um ganho emocional muito forte, meu filho não atendia a estímulos, não ria, não chorava, não sentia dor, não usava as mãos, não abraçava, não andava, não fazia nada disso, mal controlava o tronco e a cabeça, nem controlava. Hoje meu filho não precisa de tanta estimulação como ele precisava naquela época, hoje meu filho se relaciona com a gente, vem abraça a gente, olha *pra* gente, sorri, brinca, puxa, com as mãos dele a gente *pra* perto, isso é um ganho arretado emocional para a

gente, eu tenho um filho que existe e que me dá retorno de amor e carinho, tudo isso foi proporcionado pela *cannabis* (Entrevistado Júlio Américo).

Percebe-se na fala do entrevistado que apesar dos efeitos imediatos pelo uso terapêutico da *cannabis* a partir do momento em que essa família enxerga ganhos cognitivos, sensoriais e de movimentos de seus filhos e parentes, isto acaba gerando um crescimento na qualidade de vida deste familiar também. É a felicidade em ver a pessoa que ama bem que gera essa qualidade de vida.

Em casos de Alzheimer o uso da *cannabis* muda a vida dos pacientes e familiares pois ocorrem exemplos em que os filhos emocionados relatam “meu pai já não me conhecia mais e hoje chamou meu nome, voltou a me reconhecer, com o uso da *cannabis*”, pessoas que tem dor crônica que não conseguia mais dormir que já tinham tomado opióides, pessoas que já tinham bomba de morfina instalada no corpo que com a *cannabis* conseguiu regularizar podendo ter uma vida relativamente normal.

Pessoas com câncer que estavam desenganadas praticamente e com o uso da *cannabis* voltou a ter apetite, não tinham mais náusea, vômito, com sintomas de quimioterapia e pode voltar a fazer quimioterapia sem risco de morrer, pessoas que estavam com câncer, com metástase e tudo e depois não tiveram mais metástase, os tumores estacionaram e elas puderam ter tratamento e o prognóstico delas saía de um prognóstico ruim para um prognóstico relativamente bom com chances de cura. Isso é qualidade de vida não só para o paciente, mas para todo familiar que iria perder o parente dele, que sofria com ele sofrendo, pessoas que tinham crises enxaquecas fortíssimas há 10, 15 anos, e não conseguiam nem dormir de tanta dor e hoje estão dormindo, isso é emocionante, eu me emociono só de pensar, só em pensar o que a *cannabis* fez com essa pessoa. Deu qualidade de vida para essa pessoa, deu qualidade de vida para esse paciente e também aos seus familiares que estão tendo esperança, que estão podendo seguir suas vidas sem tanta tensão, se, tanta ansiedade. Isso é revolucionário (Entrevistado Júlio Américo).

Deste modo, o uso terapêutico da *cannabis* reflete melhoria nas condições clínicas dos pacientes, assim como na qualidade de vida destes e de seus familiares, refletindo a esperança pela continuidade da vida dessas pessoas. Os benefícios imediatos da *cannabis* na saúde e, conseqüentemente,

na vida dos usuários, representam que acesso do direito humano à saúde, à vida, a felicidade e à dignidade humana podem ser alcançados.

Ato contínuo, a *cannabis* possui significativo potencial terapêutico, podendo ser utilizada no tratamento de diversas patologias. Isto porque, a *cannabis* não atua de forma a promover a cura, mas promove que o organismo mesmo combata o agente patológico. Neste sentido, o entrevistado relata que já são centenas de patologias, em torno de 300 patologias, que já têm alguma evidência de que a *cannabis* tem eficácia para o tratamento daquela condição clínica. Todavia, adverte, “quando falo “alguma evidência” é desde aqueles estudos menos consistentes, alguns estudos observacionais, com poucos pacientes, alguma revisão de pesquisa, alguma observação, até aqueles estudos mais consistentes, estudos randomizados, com duplo ou triplo cego, amostra aleatória.”

Ressalta, ainda, diversas patologias são tratadas por meio do uso terapêutico da *cannabis*, desde patologias no campo da saúde mental, como depressão, transtorno de ansiedade, transtorno de stress pós-traumático, tratamento para esquizofrenia, sintomas psicóticos; doenças neurológicas, por exemplo, Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla; doenças demenciais em geral, como as demências senis; no campo das doenças autoimunes, a artrite reumatoide, espondilite anquilosante, lúpus, pênfigo; doenças inflamatórias; doenças do sistema endógeno, a diabetes, já se percebe que em algum grau a *cannabis* tem algum efeito no equilíbrio para a produção de insulina pelo organismo, glaucoma, por exemplo. Doenças oncológicas, tem alguns tipos de câncer que já existe pesquisas com *cannabis* com bons resultados; no campo da dor, você tem muita ação da *cannabis*, por exemplo na fibromialgia, enxaqueca crônica, diversos quadros de cefaleias que são tratadas com a *cannabis*.

3.2 LIGA PARAIBANA EM DEFESA DA CANNABIS MEDICINAL: objetivos, valores, estratégias e ações

Ao passo em que o movimento social encabeçado pelas famílias dos 16 pacientes contemplados na ação coletiva no estado da Paraíba ganhou força

e se institucionalizou, surgiram objetivos e valores norteadores da Liga Canábica. Deste modo, atualmente a Liga reflete determinados preceitos em suas ações, que são verdadeiras máximas na instituição.

Nesse segundo passo da pesquisa, aprofundamos o olhar analítico na Liga Canábica Paraibana. A pesquisa encontrou três categorias temáticas: objetivos institucionais da Liga Canábica Paraibana; os valores da Liga Canábica Paraibana; Estratégias e Ações da Liga Canábica Paraibana.

3.2.1 Objetivos Institucionais da Liga Canábica Paraibana

O entrevistado afirma que em relação aos objetivos, a Liga possui um objetivo geral de contribuir para a construção de uma política pública que garanta o acesso universal e qualificado para todos aqueles usuários que dependem da *cannabis* medicinal, para que eles sejam atendidos em sua necessidade.

O acesso universal, neste caso é ter condições de ter acesso sem discriminação às políticas públicas, principalmente para os mais vulneráveis socioeconomicamente, inclusive considerando os usos tradicionais milenares da *cannabis*. Aqui no Brasil, segundo o representante da Liga Cannabica,

[...], o uso tradicional que tínhamos notícia que algumas comunidades quilombolas e indígenas que tinham essa erva incorporada aos seus usos e costumes, seja no uso ritualístico, seja no uso como erva medicinal, mas tinham incorporado, em alguns casos até já de uso secular (Entrevistado Júlio Américo).

A Liga Canábica assumiu o compromisso de devolver essa planta à sociedade, a voltar a uma condição mais próxima possível do que era antes da proibição. Como objetivos específicos, a Liga atua em 4 linhas: conscientizar a população para o potencial terapêutico dessa planta, criar uma cultura de acolhimento de superação de preconceito em relação a *cannabis*, ao seu potencial terapêutico e aos seus usuários terapêuticos; produção e difusão do conhecimento científico; conseguir políticas públicas mais condizentes com as necessidades dos pacientes, aperfeiçoar a legislação para que ela possa ser uma legislação menos proibitiva e mais inclusiva para promover o acesso e, por último, o foco no paciente, o foco no usuário da *cannabis* que tem doenças

graves, crônicas, incapacitantes que precisam da *cannabis*, acolher essas pessoas, escutar as histórias dessas pessoas, conhecer essas pessoas e a partir disso fazer um acompanhamento holístico dessa pessoa, como afirma Júlio Américo.

São objetivos da Liga: “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” (MACEDO, 2018, p.142).

3.2.2 Valores da Liga Canábica Paraibana

Em relação aos valores assumidos pela Liga Canábica destacam-se o acolhimento; o relacionamento, a pluralidade; a horizontalidade; a descentralização e a transparência.

Primeiro veio a vida, depois a definição do valor. Isso é muito importante, porque não somos um movimento social que se faz em teoria, ele foi forjado na vida, muito mais com o coração e depois percebemos esses valores e os definimos a partir da nossa vida (Entrevistado Júlio Américo).

O acolhimento significa acolher as pessoas da maneira como gostaria de ser acolhido, se importar com o sofrimento do outro, com a dor dos pacientes de sua família. O relacionamento diz respeito aos integrantes da Liga, que já encontram-se fazendo parte daquele coletivo em busca do direito à saúde, como resultado deste valor, afirma o entrevistado que “muitas vezes passavam por dificuldades sérias, as vezes o óleo de um estava lá acabando e a gente não tinha conseguido importar, não tinha chegado ainda, e dividíamos o óleo do nosso filho, com o óleo daquela pessoa”.

Qualifica o relacionamento da entidade

[...] é uma relação de solidariedade, as vezes a gente ia para os eventos e tinha alguém que não podia ir por causa da criança, então levávamos todo mundo, íamos cuidando um dos outros, cuidando dos filhos, segurando, acolhendo, e formamos esse ambiente de comunidade, comunitário, familiar, que fomos criando e hoje é o nosso segundo valor, que é o relacionamento.

Hoje é mais importante do que qualquer coisa é o relacionamento entre nós, esse querer-se bem, esse acolher-se uns aos outros, compreendendo um ao outro, até quando divergimos, até quando não concordamos com a posição do outro, em algum momento em alguma reunião a gente discute, a gente briga, logo depois damos um jeito de fazer as pazes e logo estar juntos, porque a causa é maior do que qualquer coisa (Entrevistado Júlio Américo).

A pluralidade se traduz em não rotular as pessoas. Isto significa dizer que a Liga acolhe qualquer pessoa, independentemente de raça, crença, classe social, sexualidade ou posição política. Segundo aduz Júlio Américo, entrevistado neste trabalho, isto ocorre “porque vemos uma pessoa precisando, uma pessoa sofrendo, então, não tem um rótulo para nós, a pluralidade acaba sendo a consequência disso.”

A horizontalidade, por seu turno, diz respeito ao tratamento interno entre os associados da Liga, na tomada de decisões e de ações, por exemplo. O entrevistado enfatiza que “como temos essa relação muito comunitária, muito coletiva, não aparece muito hierarquia, quando temos, por exemplo, nossas reuniões de diretoria, normalmente são reuniões abertas, chamamos de coletivo gestor”, aduz Júlio Américo.

A descentralização significa que todos os integrantes da Liga podem adotar medidas em favor da causa, como exemplo disto, o entrevistado relatou que tem pessoas que querem bolar um site para a Liga, estes podem fazer o trabalho do jeito que quiserem discutir a metodologia, como querem, no final, quando estiver pronto, eles apresentam para o coletivo e o coletivo vai analisar, “mas não existe um controle das pessoas, nós damos confiança para elas, deixamos que elas coloquem seu potencial para fora e sigam sem estarmos prendendo isso”.

Como último valor da Liga Canábica da Paraíba está a transparência, que pode ser entendido sob dois aspectos. O primeiro diz respeito a transparência financeira, enquanto o segundo se refere a transparência das ações adotadas pela Liga. Deste modo, todos os integrantes têm acesso as finanças da Liga e o seu planejamento de ações sociais. Estes, portanto, são os valores defendidos pela Liga Canábica.

3.2.3 Estratégias e Ações da Liga Canábica Paraibana

Para que seja possível a materialização dos seus objetivos, a Liga Canábica da Paraíba elabora suas ações atuando de maneira permeante perante a sociedade, a academia, a imprensa e os poderes públicos. Segundo afirma Júlio Américo, “nossa grande estratégia é estar sempre falando disso, então estamos toda hora indo a lugares”. Deste modo, percebe-se que manter a temática envolvendo a *cannabis* para fins terapêuticos viva no cotidiano das pessoas é uma estratégia da Liga.

A Liga está presente em diversos setores, plataformas e lugares distintos.

[...] estivemos no EPSI, já tivemos numa live do Instagram da Liga, onde teve uma participação muito boa, mais de 300 pessoas perguntando, depois já tivemos no IFPB – Instituto Federal da Paraíba, lá de Cabedelo, tivemos lá conversando com as pessoas (Entrevistado Júlio Américo).

O Espaço Psicanalítico - EPSI, citado pelo entrevistado, é um centro de formação e assistência psicológica de João Pessoa, que desde o início da década de 1990 oferece atendimento clínico, desenvolve atividades de ensino, pesquisa e consultoria sobre Psicologia Clínica e Psicanálise.

Segundo o entrevistado, a Liga está sempre falando sobre o uso terapêutico da *cannabis*, pois, em sua visão, ao passo em que “mantemos a sociedade sempre falando de *cannabis* e com isso, a gente garante que esse movimento nos favoreça.” Além de espaços físicos, a Liga explora a temática também nas plataformas virtuais, por meio das redes sociais, “temos também a página do Face (Facebook), o Instagram e estamos fazendo todo um trabalho em relação ao acesso a *cannabis* terapêutica, para garantir o seu acesso”, afirma Júlio Américo.

Neste sentido, como estratégias, primeiramente a Liga se preocupa em falar da *cannabis* para todo mundo, em todos os segmentos da sociedade, “seja junto aos profissionais da saúde, saúde mental, redução de danos, seja no campo da educação, nas escolas, faculdades, universidades, seja no Legislativo,

seja no Judiciário”, portanto, a Liga se preocupa em criar um programa de sensibilização dessas pessoas.

Outra estratégia utilizada pela Liga se caracteriza com as aparições na mídia sempre que ocorre algum fato novo sobre a *cannabis*, para esclarecer qualquer obscuridade sobre o tema para não dar margem para comentários equivocados. O entrevistado relata que “nós já vamos para a imprensa, já damos entrevista numa TV Cabo Branco, TV Tambaú, na rádio Tabajara, na rádio CBN, participamos de programas, estamos sempre participando”. Esclarece, ainda, que:

[...] é uma estratégia de manter a sociedade falando sobre isso, conscientizar do que está acontecendo e ter uma voz ativa para dizer: “olhe, isso aí que estão falando não é verdade. Isso aqui procede, mas isso aqui não procede. Não é bem assim como eles estão dizendo”. “Tão liberando, não, não tão liberando”. “Tá beneficiando fulano, tá beneficiando certo segmento e esse tá sendo prejudicado (Entrevistado Júlio Américo).

Esta estratégia pode ser entendida como uma maneira buscada pela Liga para combater os mitos e lendas criadas pela política proibicionista, na medida em que, “estamos sempre disputando voz, disputando espaço com o poder para garantir o espaço da voz das pessoas que estão na ponta, passando por essa experiência e sabem qual é a necessidade delas e o que é que está tendo ou não acesso”, como aduz Júlio Américo, entrevistado nesta pesquisa.

A Liga Canábica é uma entidade da sociedade civil que visa contribuir e participar do processo de elaboração e implementação das políticas públicas que tratem do tema uso terapêutico da *cannabis* assim como, dialogar com o parlamento e o judiciário para que o país aperfeiçoe o campo jurídico de modo a evitar que o uso terapêutico da *cannabis* seja alvo da política criminal. Desta forma,

[...] outra estratégia é, estou toda hora fomentando política pública, estou toda hora buscando parceria, agora mesmo estamos em tramitação uma emenda impositiva, de um vereador aqui de João Pessoa, para garantir uma verba para um projeto da Liga de educação (Entrevistado Júlio Américo).

Perante o Poder Legislativo, o entrevistado afirma que está sempre em contato com parlamentares, oferecendo esclarecimentos e conhecimentos, participando de audiências públicas e seminários,

[...] para que assumam essa causa, criar as condições, participar, por exemplo, de audiências públicas de projetos lá na Câmara dos Deputados, no Senado, através de representações do nosso movimento, estar em articulação ativas nacionais para fortalecer o movimento (Entrevistado Júlio Américo).

Com o poder executivo, a Liga dialoga através de audiências públicas com a ANVISA, assim como com a academia, junto a Universidade Federal da Paraíba, para que se crie condições mais favoráveis para a pesquisa da *cannabis*.

Participamos de audiências públicas na ANVISA, colocamos nossas intervenções e deixamos nossa voz. Junto a academia, estar o tempo todo lutando, agora mesmo estamos numa articulação com a universidade para criarmos um Núcleo de *Cannabis* Terapêutica dentro da universidade, que seria um núcleo de estudos, pesquisa e atendimento em *cannabis*. Vamos ver se conseguimos uma emenda parlamentar ou pelo menos um recurso extra para a universidade que possa ser investido para construir e equipar esse núcleo de atendimento, tudo para ampliar o acesso, tudo para se dê condições para que se pesquise, para que o conhecimento sobre *cannabis* seja ampliado e as pessoas possam ter um acesso mais qualificado (Entrevistado Júlio Américo).

Ato contínuo, a Liga pretende atuar perante o Poder Judiciário para forçar o governo federal e a ANVISA em reconhecerem a *cannabis* como um produto fitoterápico tradicional, para isso, a Liga encomendou uma pesquisa à Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN para construir um dossiê sobre os usos tradicionais da *cannabis* no Brasil.

O que queremos com esse dossiê? No futuro poder demandar juridicamente através de uma ação coletiva, ia Ação Civil Pública junto ao Ministério Público Federal, para que a *cannabis* seja reconhecida como um produto fitoterápico tradicional, forçar a União reconhecer, a ANVISA reconhecer (Entrevistado Júlio Américo).

Outra estratégia da Liga é tentar dialogar e desconstruir o discurso do Conselho Federal de Medicina – CFM, considerando que a legislação profissional herda uma perspectiva contrária a necessidade dos membros da Liga Cannabica.

[...] estamos tentando juridicamente ver de que forma podemos construir um dossiê de artigos científicos de publicações científicas para contrapor o que está em vigor hoje no CFM que é a Resolução 2113/2014 [...] “resolução já ultrapassada, criminosa que excluí muita gente do tratamento com a *cannabis* (Entrevistado Júlio Américo).

A Resolução nº 2.113/2014 do CFM tratou de aprovar o uso compassivo do canabidiol para o tratamento de epilepsias da criança e do adolescente refratárias aos tratamentos convencionais. Segundo depoimento colhido por Macedo (2018, p. 78) afirma que a aludida 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).

A Liga também, nas palavras do entrevistado,

[...] está se organizando para fazer atendimento na nossa sede, para trazer essas pessoas para um atendimento mais holístico, oferecer práticas integrativas, ter momentos de lazer, criar cineclubes, criar eventos culturais que possam falar da nossa proposta (Entrevistado Júlio Américo).

Além disto, um site da Liga está sendo desenvolvido para que dê informação à sociedade e abra canais de diálogo “além de nos colocar à disposição para que essas pessoas possam contribuir com a Liga, com aquilo que a Liga faz, inclusive financeiramente ou com talentos”, afirma Júlio Américo.

Além destas ações estratégicas, existe outra que diz respeito a articulação da Liga com outras associações por todo o Brasil. Segundo o entrevistado, “hoje existe um processo de discussão para a firmação de uma Federação de associações de *cannabis* terapêutica”. Continua:

Já existe uma articulação nesse sentido, o pessoal já tá começando a discutir o Estatuto em relação a isso, já temos um grupo de whatsapp com muitas associações, com média de 20 associações, e já fazemos essa articulação. Como resultado dessa articulação tem uma campanha chamada “Repense” que é coordenada pelo jornalista Tarso Araújo, que foi o diretor do filme “Illegal” e autor de um livro chamado almanaque das drogas. A Repense 1 foi em 2014, quando foi lançado o filme “Illegal” foi lançada também uma campanha de conscientização para a maconha medicinal que é a maconha terapêutica. Esse ano (2019) teve a Repense 2, o que os pacientes pensam, saiu uma cartilha, inclusive. Temos nos articulado nesse sentido, e os organismos a nível nacional buscamos o Ministério Público Federal, temos buscado o apoio de entidades, existe hoje a nível nacional a iniciativa de uma dessas associações, a que fui presidente, ela entrou através de um partido político com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade no Supremo para descriminalizar o cultivo e a produção para fins terapêuticos (Entrevistado Júlio Américo).

Deste modo, inicia-se um movimento de articulação entre as diversas associações localizadas no Brasil, promovendo encontros, como o citado pelo entrevistado

[...] teve esse ano um evento nacional que foi promovido pelo APEPI, uma associação do Rio de Janeiro, onde aproveitamos e fizemos uma reunião com representantes de associações que estavam lá para montar estratégia, ver que tipos de ações poderíamos fazer (Entrevistado Júlio Américo).

Estas ações estratégicas, que se iniciaram em meados do ano 2013 e início do ano 2014 e que se intensificaram de 2015 em diante, após a institucionalização da luta por meio da fundação da Liga Canábica, renderam alguns resultados até o presente momento, Macedo aduz que a sua entrevistada afirma que se podem observar os seguintes resultados conquistados pela Liga:

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 antiproibicionistas, 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 (MACEDO, 2018, p. 152)

Júlio Américo, fundador e primeiro presidente da Liga, entrevistado no presente trabalho, revela que a Liga teve como resultado uma penetração de maneira orgânica na academia e não apenas sob o aspecto médico,

[...] não é só a *cannabis* tomada como erva medicinal para ajudar os pacientes não, a gente tem uma visão bem ampla de tudo, então isso foi uma grande conquista, porque você tem vários setores da universidade envolvidos nessa luta e estando com a gente trabalhando (Entrevistado Júlio Américo).

Afirma, ainda, que:

Tanto é que a gente discute essa questão da *cannabis* hoje a partir das questões jurídicas, a partir de questões antropológicas, de questões ligadas as questões sociais, do movimento social, a gente discute essas questões também a partir de uma visão de cultura, o que tem por trás disso, a partir de uma visão histórica da *cannabis* que a gente tem, o que está envolvido na proibição, quais os fatores sociais e econômicos que estão envolvidos nisso. (...) tem teses de doutorado no campo dos direitos humanos com a gente, no campo das ciências jurídicas, no campo da biblioteconomia, tem vários TCC's no campo da farmácia, da fisioterapia, em vários espaços a gente entrou, então foi uma visão mais ampla da *cannabis* não só focada na medicina e na farmacologia, mas uma visão que amplia, que olha toda essa questão que a gente tá vivendo e as dificuldades que a gente enfrenta, não só a partir dessa perspectiva, mas dessas perspectivas que eu coloquei aqui, isso é uma conquista grande que a gente teve (Entrevistado Júlio Américo).

Além disto, no âmbito da academia, ainda, na UFPB existe um projeto de pesquisa e extensão em *cannabis* medicinal denominado PEXCANNABIS coordenado pela professora Dr^a Katy Lisias Gondim Dias de Albuquerque, ligado

ao Centro de Ciências da Saúde - CCS/Departamento de Fisiologia e Patologia – DFP. Sobre o projeto de extensão, reconhece o ex-dirigente: “é muito bacana o que funciona lá educando, indo para unidades do SUS para formar profissionais, para informar sobre *cannabis* terapêutica, fazendo um trabalho com orientação de pacientes”, aduz Júlio Américo.

Apesar de o projeto estar ligado ao DFP/UFPB, “serve de base para outros cursos, onde participam os alunos de vários cursos, vão *pra* lá também não só alunos de farmácia, alunos de medicina, mas alunos do campo da psicologia, das ciências sociais, das ciências jurídicas, tudo dentro desse projeto”, segundo Júlio Américo, entrevistado.

A UFPB, inclusive, foi a primeira universidade federal a ofertar disciplina sobre *cannabis* nos cursos de medicina, biomedicina e farmácia. A disciplina se chama Sistema Endocanabinoide e Perspectivas Terapêuticas da Cannabis Sativa e Seus Derivados, com componente curricular vinculado ao projeto pedagógico do curso de biomedicina e ofertado pela primeira vez nos cursos de biomedicina, medicina e farmácia no período 2019.2.

O entrevistado relata que:

Nós fomos a primeira universidade a ter uma disciplina optativa oferecida a todo curso do Campus 1, ela tá no projeto pedagógico de biomedicina, se não me engano, mas foi oferecida inicialmente para biomedicina, medicina e farmácia, é uma disciplina chamada Sistema Endocanabinóide e Possibilidades Terapêuticas da *Cannabis* Sativa, essa disciplina é oferecida com optativa para todos os cursos, o nosso desafio é pensar numa disciplina obrigatória no currículo de um curso, por exemplo, como medicina e farmácia, em alguns cursos ser obrigatória, e é uma disciplina abrangente que tem esse caráter que a Liga deu, que é um caráter de não só olhar para questões médicas e farmacológicas, mas fazer esses alunos entenderem todo contexto relacionado a história da *cannabis*, a história da proibição no Brasil, as questões jurídicas envolvidas também, e aí toda essa questão da farmacologia, da composição, do potencial terapêutico. Tem espaço nessa disciplina, também, para médicos falarem sobre a sua experiência como prescritores, tem espaço nessa disciplina para que pacientes falem sobre a sua experiência com a *cannabis* também (Entrevistado Júlio Américo).

A história da proibição da *cannabis* para fins terapêuticos vem se modificando na medida em que a Liga Cannabica passa a atuar como espaço

de saber, informação e apoio as pessoas com necessidade de saúde. Confere o ex-dirigente:

[...] hoje se você olhar para a Paraíba, não só na capital, mas no interior também, você vai ver que as pessoas falam com muito mais naturalidade em *cannabis* para fins terapêuticos [...] Revela, ainda, que “existe uma certa dificuldade, em relação ao uso social, o uso adulto da *cannabis* o que se chama hoje de uso recreativo, a gente prefere dizer uso adulto ou social (Entrevistado Júlio Américo).

Todavia, quando se fala em uso terapêutico, segundo o entrevistado,

[...] é quase que uma unanimidade e de uma forma muito aberta, as pessoas admitem, inclusive, plantar, ter condições de plantar, de tá no SUS, de ser explorada pelas associações, as associações ter o direito de plantar, isso é bem avançado, aqui na Paraíba (Entrevistado Júlio Américo).

Desta feita, a quebra de barreiras é um resultado conquistado pela Liga, “inclusive, a gente se destacada a nível nacional pelo nível de penetração que a gente tem em todos os setores. Recentemente, para te dar um exemplo, a gente conversou sobre *cannabis* terapêutica num grupo de uma igreja evangélica”, destaca o entrevistado.

A penetração social da Liga junto ao cidadão médio, classe médica, estudiosos e pesquisadores revela como o uso terapêutico da *cannabis* é uma necessidade coletiva. A Liga vem tendo uma abertura perante a sociedade e as instituições. A seriedade e o comprometimento desta instituição abriram caminhos de credibilidade. A Liga é uma instituição criada e gerida por pessoas que sentem na pele a dor e o amor que sustentam a causa defendida. A *cannabis*, hoje, para essas pessoas não é mais uma planta qualquer, mas passou a ser a verdadeira panaceia. Este fato faz com que diversos setores da sociedade simpatizem com a luta.

A gente teve na associação de moradores dos bancários, já vamos, provavelmente no próximo mês, para a associação de moradores de mangabeira. A gente vai nas faculdades de medicina, nas faculdades de enfermagem, em todo canto a gente entra e muito bem-vindo. Nós tivemos recentemente no EPSI, que um centro de psicologia psicanalítica, de formação,

inclusive, com psiquiatras, com psicólogos e chamaram a gente e foi muita gente interessada. Hoje tem uma demanda muito forte e isso é uma outra conquista (Entrevistado Júlio Américo).

A Liga conquistou abertura junto a setores da classe médica, em sua maioria, aqui no estado da Paraíba, apesar da Resolução 2113/2014 do CFM:

[...] apesar de toda dificuldade que eu já relatei aqui, dos preconceitos que ainda existem e da intervenção irresponsável do Conselho Federal de Medicina, você já tem alguns médicos do SUS que já prescrevem, se dispõe a prescrever, apesar da resistência do conselho deles (Entrevistado Júlio Américo).

Para a atuação da Liga Canábica uma conquista importante foi construída com o Ministério Público Federal, com a Defensoria Pública da União e com o Conselho Estadual de Direitos Humanos do Estado da Paraíba, revela o dirigente que trata de “pessoal muito aberto a isso, então foi uma penetração muito forte”.

No campo da cultura a Liga também conquistou apoio e ações de solidariedade, “hoje temos pessoas, vários artistas, várias pessoas de expressões artísticas se colocam a disposição, hoje eles fazem show de graça para a gente”, afirma Júlio Américo. As ações educativas e informativas contribuem para poder obter os resultados alcançados pelo movimento em defesa do uso terapêutico da *cannabis sativa* no estado da Paraíba, tanto é que “as pessoas estão procurando muito, as reuniões nossas de acolhimento que começaram 10, 15 pessoas, hoje a gente reúne em torno de 100 pessoas todo mês, sempre pessoas novas”, continua o entrevistado.

Uma conquista simbólica da Liga foi a introdução, no calendário oficial do Município de João Pessoa, do Dia Municipal da Maconha Medicinal, por meio da Lei nº 13.647/18, de autoria do vereador Tibério Limeira, bem como a instituição do Dia Estadual Visibilidade da *Cannabis* Terapêutica, no calendário oficial do estado da Paraíba, por meio da Lei Estadual nº 268, de autoria da deputada Estela Bezerra. Tanto no calendário municipal, como no estadual, foi definido o dia 7 de maio como o marco da visibilidade da maconha terapêutica. Frise-se que João Pessoa e a Paraíba figuram como a única capital e único

estado brasileiro a promover esse tipo de ação, o que evidencia a atuação da Liga Canábica na Paraíba. Nas palavras do entrevistado:

Para você ter uma ideia, aqui na Paraíba, nós temos a punica capital do Brasil e o único estado brasileiro, que têm no seu calendário oficial o dia de visibilidade de *cannabis* terapêutica, comemorado, que pode ser, por exemplo, quando tá no calendário oficial, a instituição pública pode promover eventos, podem apoiar eventos que a Liga promova, uma semana de visibilidade, entende?! Então é um dia de visibilidade que todo segmento social, movimento social, instituição, pode fazer eventos nesse sentido. É uma abertura que só teve na Paraíba, só tem atualmente na Paraíba. Então são várias as conquistas (Entrevistado Júlio Américo).

Deste modo, a Liga Canábica não se apresenta apenas como um coletivo de partilha de dores e sofrimentos, mas sim como um ator coletivo proativo, que planeja suas ações para alcançar resultados e, o mais importante, vem dando certo, como se percebe diante das conquistas já alcançadas até o presente momento. Contudo, por mais dignas de alegria que sejam essas conquistas para as pessoas que dependem da *cannabis* para obter melhoria de saúde, ainda há muito o que se conquistar, sobretudo no campo de políticas públicas que viabilizem o amplo acesso a *cannabis* para uso terapêutico pelas pessoas que necessitam fazer uso, ainda mais aquelas pessoas que não dispõem de condições financeiras que possibilitem adquirir medicamentos de alto custo.

3.3 CENÁRIO ATUAL DO USO TERAPÊUTICO DA CANNABIS NO ESTADO DA PARAÍBA: ACESSO E BARREIRAS ENFRENTADAS

Por fim, encerramos a análise dos dados da pesquisa, tratando do cenário paraibano as barreiras e conquistas resultantes da atuação da Liga Canábica Paraibana. A pesquisa encontrou três categorias temáticas: trabalho de acolhimento; ampliação da demanda do uso terapêutico da *cannabis*; a pesquisa e as parcerias institucionais da Liga Canábica Paraibana.

3.3.1 Trabalho de Acolhimento

Apesar de alguns avanços, a Liga Canábica atualmente não possui autorização para cultivar e produzir derivados terapêuticos da *cannabis*. No Brasil, a única instituição que possui autorização para tanto é a Associação Brasileira de Apoio Cannabis Esperança, João Pessoa - ABRACE, localizada no estado da Paraíba, o que se deu muito em virtude da atuação da Liga Canábica no estado da Paraíba na perspectiva de construção de uma política pública que insira a temática como uma demanda de saúde pública.

[...] inclusive, essa conquista da ABRACE se deu em função do trabalho político que a Liga Canábica fez junto ao Ministério Público Federal, Defensoria, o que acabou ajudando muito no desfecho favorável a essa ação, mas nós não estamos incluídos nisso ainda (Entrevistado Júlio Américo).

Deste modo, ao ser procurado por alguém que necessite fazer uso da *cannabis* para tratamento terapêutico, a Liga realiza um trabalho de apoio e solidariedade, para em seguida, atuar de forma educativa e política buscando meios para o acesso da substância por pessoa, seja por meio da ANVISA ou por meio da ABRACE. Neste sentido, afirma o entrevistado:

[...] ainda não temos uma autorização, então o nosso trabalho é no sentido de mostrar aos pacientes, quem chega para a gente, a primeira coisa que fazemos é acolher o paciente, saber da sua dor, e a partir da realidade que esse paciente nos coloca, nós vemos quais possibilidades temos de promover o acesso para essa pessoa, então, por exemplo, as formas de acesso hoje são, através de uma autorização especial para importação na ANVISA, através do contato com a ABRACE (Entrevistado Júlio Américo).

A Liga como meio de informação e como coletivo cidadão é composta não só por pessoas que necessitam fazer uso terapêutico da *cannabis*, mas também por pessoas que abraçaram a causa, como explana o entrevistado que “existem os pacientes, que são aqueles que necessitam fazer uso terapêutico da *cannabis*, e aqueles que chamamos de impacientes, que são aqueles que querem de todo modo garantir o acesso dos pacientes”.

Todavia, atualmente, nem todas as pessoas que necessitam tem acesso ao tratamento terapêutico por meio da *cannabis*. O trabalho da Liga gira em torno garantir o acesso de todas as pessoas que são portadoras de condições clínicas que precisam da intervenção da *cannabis* para que elas tenham acesso.

A demanda tende a se ampliar na medida em que o tema se socializa, “as pessoas estão com a gente a demanda é enorme, é muita gente que procura, a questão é: temos como atender essas pessoas? Não, tem gente que tá na fila de espera, aguardando como a gente consegue”, aduz Júlio Américo.

3.3.2 Ampliação da Demanda do Uso Terapêutico da *Cannabis*

A Liga foi fundada diante da luta de famílias que tinham seus filhos e entes acometidos por patologias neurológicas com crises epiléticas, contudo, atualmente a instituição atende pessoas com diversas patologias, como afirma o entrevistado:

Os nossos pacientes não são mais só crianças com epilepsia, hoje é muito equilibrado. Tem menos pacientes com epilepsia e mais pacientes com diversas outras patologias, câncer, Alzheimer, esclerose múltipla, artrite reumatoide, fibromialgia, depressão, ansiedade e tantas outras patologias que hoje são tratadas. Esse número aumentou muito, não só crianças, hoje não são só crianças e adolescentes com autismo e epilepsia, hoje tem toda essa gama de pacientes que nos procuram (Entrevistado Júlio Américo).

Este fato corrobora com o aumento das pessoas que aguardam pelo acesso ao tratamento por meio da *cannabis*, pois o procedimento para adquirir é moroso, burocrático e de custo elevado, o que dificulta ainda mais àquelas pessoas que não podem pagar. Segundo o entrevistado, a atual legislação que regulamenta o tema dificulta, ainda mais, o acesso. Segundo ele, “a legislação não dá conta da necessidade dos pacientes, a legislação não favorece a esses pacientes, então está muito aquém daquilo que gostaríamos de ter.” Continua relatando que:

Algumas resoluções da ANVISA no sentido de facilitar o processo de importação, também, depois a *cannabis* foi incluída também na lista das denominações comuns brasileiras, que é uma lista que serve de referência para a indústria quando ela vai produzir uma medicação, se utiliza daquela lista de substâncias ou vegetais. A *cannabis* incluída facilita a burocracia, os tramites, se ela já está incluída na lista das denominações comuns brasileiras para a produção de insumos a nível industrial. São avanços que são colocados, mas são avanços muito tímidos que não chegam muito na ponta, esses avanços até chegam, mas chegam de forma tímida, é uma ajuda pequena para aquilo que os pacientes querem, para a urgência em relação a *cannabis* (Entrevistado Júlio Américo).

A entrevistada por Macedo (2018, p. 156-56), afirma:

[...] 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.

Júlio Américo enfatiza que a necessidade das pessoas faz com que estas estejam sempre à frente da legislação, como se percebe de sua afirmação: “enquanto eles estavam facilitando a importação, nós estávamos vendo que não tínhamos condições de pagar a importação e até agora essa questão não foi resolvida”. Continua:

[...] quando eles falam em trazer para as farmácias, nós com experiência podemos dizer que o tratamento com a *cannabis* é um tratamento muito individualizado, então não pode ser um tratamento colocado nesse patamar da farmácia colocada apenas com a faixa terapêutica (Entrevistado Júlio Américo).

O tratamento com *cannabis* deve ser realizado a base do acompanhamento, “você tem que fazer um acompanhamento e ver que composição de canabinoides melhor se adequa a realidade de cada paciente, então nós nos colocamos sempre a frente e o Estado não caminha em nossa direção”, aponta Júlio Américo. O entrevistado ainda aponta outra dificuldade:

Outra coisa é que a legislação não caminhou, por exemplo, para facilitar para que os médicos pudessem prescrever e acompanhar pacientes, como é uma legislação muito proibitiva,

está ali o Conselho Federal de Medicina, com a legislação em vigor, uma resolução que impede que outros profissionais, a não ser psiquiatras, neurologistas e neurocirurgiões, podem prescrever. Quando você chega naquelas comunidades distantes que não possuem esses especialistas, que é o médico generalista quem atende, a pessoa vai ter que sair da comunidade para vir para um grande centro, para tentar se alguém prescreve, é uma coisa sofrida para a população, principalmente essa população que mora mais distante, que é mais pobre (Entrevistado Júlio Américo).

Neste sentido, a legislação que regulamente o tema se apresenta como uma barreira para o acesso ao uso terapêutico da maconha. Esta legislação torna o procedimento para o acesso a *cannabis* demasiadamente moroso e burocrático para aqueles que possuem condições financeiras para comprar e impossível para as pessoas pobres, que não dispõem de capacidade financeira para adquirir os derivados da maconha para uso terapêutico. Por esta razão, segundo o entrevistado, a Liga Canábica busca uma legislação que: “queremos que as associações possam cultivar e produzir os óleos, porque as associações já têm *know how* para isso, adquiriram uma experiência de anos acompanhando pacientes, então sabe o que é melhor para os pacientes, sabe como produzir o óleo a partir da planta”. Afirma, portanto, que:

Defendemos que o paciente tenha o direito de escolha dele, ora, se estou doente, eu sei o que é melhor para mim, então eu preciso ter as condições para que eu possa fazer essa escolha, então como eu proíbo você de cultivar a *cannabis*?! Não, eu sou paciente, eu tenho um acompanhamento médico, mas eu quero usar a *cannabis* e eu quero cultivar meu remédio, eu quero cultivar a planta, quero extrair, porque eu sei fazer isso. Por que o Estado está me proibindo se eu não estou fazendo mal a ninguém? São questões que são muito serias, que é o direito à saúde (Entrevistado Júlio Américo).

3.3.3 A Pesquisa e as Parcerias Institucionais da Liga Canábica Paraibana

O entrevistado defende o cultivo associativo, o cultivo em universidades para a fomentação de pesquisas, o que é proibido pela legislação atual, o que impossibilita, segundo o mesmo, avanços em relação ao uso da maconha:

Ora, eles proíbem a universidade de plantar para pesquisar, tem que pegar o insumo já. Como é que uma universidade vai fazer, por exemplo, estudos agrônômicos para entender como a planta funciona em certos climas, em certos solos e a partir dessas pesquisas, por exemplo, desenvolver pesquisas para encontrar plantas que produzam mais canabinoides, para aquela patologia ou plantas que sejam mais resistentes a pragas e aí você possa ter uma estabilidade no cultivo, ou mesmo você ter plantas, por exemplo, que produzam mais um canabinoide que outros, fazer você cruzamento de espécies para chegar numa melhor composição de canabinoides para dar para as pessoas, como as plantas são mais adaptadas ao clima do nordeste, do sul, por exemplo, do norte do país, do centro-oeste que é uma região mais seca, então precisa de estudos agrônômicos para isso. Como é que eu vou desenvolver, a partir do fitoterápico, se eu não tenho as partes da planta. Como é que eu sei, por exemplo, das possibilidades de formas de uso terapêutico, a traves de um suco, como eu posso estudar isso, como entra no organismo, como o organismo metaboliza, se eu não faço pesquisas sobre isso com partes da planta? Como eu posso pesquisar a semente da planta para que eu veja o potencial nutricional dessa semente para que possa entrar como um poderoso coadjuvante, partir disso eu possa fazer um óleo da semente de cannabis para diluir no óleo de cannabis, entende? (Entrevistado Júlio Américo).

Além da legislação como uma das principais barreiras, a entrevistada por Macedo (2018, p. 156), aduz ainda, que existem dificuldades internas e externas enfrentadas pela Liga, segundo ela a dificuldade interna é: “a dificuldade financeira, pois ainda não detêm muitos recursos e nem muitos parceiros que ajudem financeiramente”. Para ela, “a maior dificuldade externa é a ‘proibição’ do uso da maconha no Brasil”. Aponta, ainda, como uma barreira a “relação de poder que a indústria farmacêutica exerce” e critica um movimento que visa favorecer o capital/dinheiro dizendo que: “reconhecemos que maconha é medicamento se for feito pela indústria farmacêutica”.

Em relação a criminalização maconha pela política de drogas brasileira, Júlio Américo se posiciona pela reclassificação: “isso é uma coisa que a gente apoia, precisa reclassificar realmente essa planta porque hoje ela não tá mais no rol dessas substancias como o crack e a cocaína”.

É consenso entre o entrevistado por meio deste trabalho e a entrevistada por Macedo (2018) o entendimento de que a legislação busca favorecer as grandes corporações farmacêuticas, neste quesito, Júlio Américo indaga: Por que as farmácias de manipulação não podem? Por que que não

podem pegar o vegetal, a matéria vegetal e usarem para fazer, por exemplo, homeopatia *cannabica*?

O entrevistado afirma com convicção que a institucionalização da *cannabis* para fins terapêuticos na política de saúde do Brasil, sendo incluída, por exemplo, no SUS, colaboraria para um crescimento do acesso ao direito à saúde no país: “isso é inquestionável”. Afirma que:

(...) eu arrisco a dizer que se a *cannabis* fosse institucionalizada como política pública, com incentivo a pesquisa, trabalhos e estudos clínicos, acompanhamento de pacientes, de associações, o direito ao cultivo doméstico, o direito ao cultivo associativo, o direito ao cultivo cooperativo, o direito ao cultivo e manipulação por farmácias magistrais, farmácias de manipulação, se tivesse uma formação da classe médica, cursos, trabalhos, eventos incentivados pelo governo, você teria uma revolução da saúde no país e lhe digo mais, não só uma revolução no sentido de acesso à saúde, mas nos gastos públicos, você teria menos gente nas filas de hospitais, menos gente nas emergências dos hospitais públicos, você teria menos medicamentos tendo que ser fornecidos pelo SUS, porque muitos, por exemplo, meu filho, tomava 5 medicamentos e hoje não toma nenhum (Entrevistado Júlio Américo).

Neste sentido, atualmente a luta pelo acesso ao uso terapêutico da *cannabis* no estado da Paraíba encontra inúmeras barreiras, o que faz com que nem todas aquelas pessoas que necessitam fazer tratamento com *cannabis* possam ter acesso. Nota-se que no âmbito interno da Liga o maior empecilho é a escassez financeira e falta de apoio, enquanto externamente, as dificuldades são inúmeras impostas por interesses das corporações farmacêuticas, pela criminalização da maconha, que acabam por desaguar numa legislação totalmente desfavorável ao direito à saúde, à vida e a dignidade humana.

4 CONSIDERAÇÕES GERAIS DA PESQUISA: O USO TERAPÊUTICO DA MACONHA É UM DIREITO HUMANO

O Iluminismo muda o olhar do homem consigo, com o poder, a ciência, os direitos e a saúde. Ao mesmo tempo com o surgimento do Iluminismo aflora na Inglaterra a revolução industrial, evidenciando a preocupação com as condições de trabalho e com as doenças associadas a certas ocupações, considerados os riscos a que estavam expostos os trabalhadores nas grandes fábricas.

Com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, fruto da Revolução Francesa, documento que consubstancia liberdades individuais, nasce a medicina moderna, que, devido ao contexto vivido na época, deveria ser voltada para o individualismo, baseada na relação médico-paciente, muito tecnológica, conhecendo unicamente a relação de mercado, seja público, seja privado; do médico com o doente, ignorando a dimensão global, coletiva da sociedade.

A medicina moderna é uma medicina social, que tem como tecnologia o corpo social. Com a ascensão do capitalismo, o corpo humano passou a ser social e não individual, sendo o corpo uma realidade bio-política e a medicina é uma estratégia bio-política (FOUCAULT, 1984). O surgimento da medicina moderna passou por três etapas de formação até se tornar uma medicina social. A medicina de Estado se desenvolveu na Alemanha centrada na melhoria do nível de saúde da população pelo fortalecimento do papel social do Estado. A medicina urbana criada na França ressalta uma medicina voltada no saneamento dos espaços urbanos, diante da necessidade de unificação dos poderes nos centros urbanos em face de uma razão econômica, pois o desenvolvimento do mercado e da indústria exigia um corpo urbano unificado de modo coerente, homogêneo e bem regulamentado. Neste sentido, a medicina urbana contribui para o surgimento da preocupação acerca dos efeitos do ambiente urbano na saúde da população.

A medicina social na Inglaterra surgiu com o intuito de ofertar assistência médica aos pobres e operários, com o intuito de diminuir os riscos

de vida e os custos sociais. A socialização da medicina aumentou o raio de alcance da assistência médica à população. Todavia, a saúde se consolida como um direito social apenas após a II Guerra Mundial, com o surgimento do modelo de Estado consubstanciado no bem-estar social, o qual promove a saúde a uma prestação positiva obrigatória do Estado, e não uma mera faculdade, devendo ser prestado à todos os seres humanos, de forma universal e igualitária, sem distinção alguma por mais evidentes que sejam suas diferenças de raça, cor, sexo, crença ou opinião política.

O direito à saúde, deste modo, é previsto como um direito humano social no Sistema Global e no Sistema Regional (Americano) de Proteção dos Direitos Humanos. Em âmbito interno, o Brasil elenca a saúde como um direito social no texto da Constituição Federal de 1988, devendo ser garantida 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.

No Brasil a Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, determina que a política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção sejam atendidos no âmbito do Sistema Único de Saúde. A política de medicamentos instituída pela Portaria GM/MS nº 3.916/98 restringe o acesso de substâncias terapêuticas de elevado custo pela sociedade mais pobre, fato que gera a judicialização do tema, promovendo um debate entre a reserva do possível e o mínimo existencial.

A atual política de saúde brasileira deixa de promover o acesso universal e igualitário ao direito humano à saúde, na medida em que não garante ao ser humano a obtenção de tratamento que se demonstre demasiadamente efetivo em relação a sua eventual patologia, pelo simples fato de não constar na RENAME, aliado a rigidez e burocracia excessiva da ANVISA em relação ao registro e classificação das substâncias.

Pesquisas têm demonstrado a base científica para o uso terapêutico da *cannabis*, abrindo espaço para as discussões e lutas pelo acesso ao direito humano à saúde na medida em que garante tanto para o usuário, como para os seus familiares e demais pessoas de seu convívio, um estado de bem-estar bio-

psíquico-social, nos moldes da conceituação do direito à saúde elaborado pela OMS. As substâncias encontradas na *cannabis*, chamadas de canabinóides, como o THC ou CBD, ao entrarem em contato com o organismo humano possuem a capacidade de proporcionar equilíbrio ao sistema nervoso, como também a sistemas periféricos, auxiliando na modulação das funções corporais para a homeostase.

O próprio ser humano possui um sistema em seu organismo denominado Sistema Endocanabinóide que produz canabinóides endógenos, como a anandamida e o 2-AG, o qual se constitui por receptores CB1, localizados no sistema nervoso, e receptores CB2, encontrados principalmente no sistema imunológico. Desta forma, a *cannabis* pode ser efetiva no tratamento de diversas patologias, uma vez que age não combatendo os agressores, mas auxiliando o corpo a se defender por si mesmo.

Todavia, o uso terapêutico da *cannabis* como integrante da política de saúde do Brasil enfrenta barreiras em várias frentes, tendo como maior responsável a atual política de drogas, que trata de criminalizar a planta, encarcerando quem faz uso, tendo em vista que não estabelece critérios objetivos para distinguir um usuário de um traficante, ficando a critério da autoridade policial na hora da autuação a distinção, o que gera prisões em massa. Estudos, como o realizado pela Agência de Jornalismo Investigativo “Pública” e o feito por Lucas Lopes Oliveira, demonstram que cada vez mais pessoas, mais notadamente pessoas negras e pobres, são presas portando menor quantidade de maconha. Isto é um reflexo na atual política de drogas que criminaliza as questões relacionadas ao uso de drogas, seja ele controlado, problemático ou crônico.

A política penal adotada pelo Brasil tem reforçado preconceitos e violência, suplantado o uso terapêutico e o uso tradicional gerando e alimentando a cultura de verdadeira guerra. Com a abordagem científica do uso da *cannabis* e seus efeitos nos distúrbios neurológicos e no bem-estar físico e psíquico da pessoa e dos familiares, a pesquisa pretendeu apresentar o tema no campo dos direitos humanos como forma de acesso e educação para o direito humano à saúde.

Contudo, a política de drogas acaba gerando um endurecimento das normas de políticas de saúde em relação à esta planta, mesmo diante dos estudos que demonstram a eficácia do seu uso como substância terapêutica. Constata-se esta realidade a partir das Resoluções da Diretoria Colegiada da ANVISA que se encontram em vigor, na medida em que, em resumo, permitem apenas a *cannabis* para tratamentos paliativos ou nos casos em que todos os medicamentos convencionais se demonstrem ineficazes.

A ANVISA promove com isto o uso terapêutico da *cannabis* para uma política de morte saudável ao invés de permitir às pessoas que ainda tenham uma chance de viver e, o melhor, viver com qualidade de vida, acessem o direito humano à saúde por meio da maconha. Desta maneira, atualmente não é permitido cultivar e tratar a *cannabis* para a produção artesanal do óleo em solo brasileiro, sendo liberado apenas a importação do óleo já feito de países no exterior, por meio de uma autorização especial da ANVISA.

O cultivo da maconha, segundo a ANVISA, atualmente não é permitido sequer pelas empresas, apesar de ser liberado no ano de 2019 a produção dos óleos em território brasileiro pela indústria farmacêutica, entretanto, a matéria prima continua tendo que ser importada. Apenas uma instituição conquistou o direito de cultivar a planta e produzir o óleo de *cannabis* no Brasil, por meio do Poder Judiciário, que é a Associação Brasileira de Apoio a Cannabis Esperança – ABRACE, que fica localizada no estado da Paraíba.

Ocorre que o uso terapêutico da *cannabis* pode servir como alento para incontáveis pessoas que travam diariamente uma luta não só pela sobrevivência, mas pela vida com qualidade. Isto fez com que surgisse movimentos de resistência em defesa da *cannabis*, questionando e desconstruindo os discursos proibicionistas das políticas de drogas e de saúde no Brasil. Isto porque, a *cannabis*, popularmente chamada de maconha, é uma planta de uso milenar, que esteve presente no cotidiano da humanidade desde os primórdios, servindo como substância terapêutica, como matéria prima para a produção agrícola, como insumo para rituais míticos e religiosos, tendo a sua história de proibição e criminalização íntima relação com a discriminação de povos considerados inferiores, como o povo africano, por exemplo. Deste modo, o discurso proibicionista que sedimentou a criminalização da maconha

inegavelmente tem suas bases sedimentadas no preconceito e em uma pseudociência etnocêntrica.

Para as famílias que tem filhos com comprometimentos de saúde, o uso terapêutico tem urgência. Se para alguns, a *cannabis* pode ser usada para salvar, devolver vidas e promover a dignidade em função do uso terapêutico, para outros, a *cannabis* e suas variações têm sido usados para obtenção de renda em face do desemprego estrutural, de enriquecimento ilícito, de monopólio de organização criminosa e da violência e do controle político de territórios.

Após o caso de Anny Fischer, no Brasil, inspirado no sucesso de Charlotte Figi, nos EUA, houve uma enorme propagação de ações judiciais coletivas em solo brasileiro em busca da autorização para a importação de substâncias derivadas da *cannabis*.

É na Paraíba que surge um movimento coletivo, no ano de 2014, de 15 famílias comportando de 16 pacientes, liderados por Júlio Américo, que buscavam o acesso ao direito humano à saúde por meio do uso terapêutico da *cannabis*. Obtiveram sucesso por meio da Ação Civil Pública de número 0802543-14.2014.4.05.8200, patrocinada pelo Ministério Público Federal na Paraíba, e atualmente possuem o direito de importar o óleo de *cannabis* sem interferência alguma da ANVISA.

Todavia, a Ação Civil Pública nº 0802543-14.2014.4.05.8200, no ano de 2014, merece destaque, pois foi a primeira ação coletiva em âmbito nacional cujo objetivo era a autorização para importação da *cannabis*, evidenciando o caráter coletivo do movimento que se iniciou na Paraíba.

As 15 famílias paraibanas, com 16 pacientes crianças e jovens acometidos por diversas patologias que afetam o sistema nervoso, se valeram do patrocínio do MPF/PB para o ajuizamento da ação que contou com a União Federal e a ANVISA no polo passivo. Foi decidido que as famílias representadas pelo MPF/PB poderiam importar o óleo à base de *cannabis* sem a interferência da ANVISA, portanto, atualmente, basta que essas pessoas apresentem cópia da decisão judicial e da receita médica para importarem o óleo derivado da maconha, sem correr riscos de confisco da ANVISA.

Ato contínuo, a luta das famílias não cessou após o êxito conquistado pela ação judicial, muito pelo contrário, a luta se expandiu e se institucionalizou

promovendo a fundação da Liga Paraibana em Defesa da Cannabis Medicinal, chamada de Liga Canábica, no ano de 2015, inicialmente pelas famílias envolvidas na ACP nº 0802543-14.2014.4.05.8200 e posteriormente ganhando associação de pacientes e não pacientes, que acolheram a causa. Deste modo, o que no início contava com um número reduzido de pessoas e de patologias em grande parte agressoras do sistema nervoso, passou a contar com adição de muitas outras pessoas e a assistir diversas patologias.

A Liga Canábica luta atualmente pelo acesso ao direito humano à saúde por meio do uso terapêutico da *cannabis* como política pública de saúde e não apenas a possibilidade de importação do óleo da *cannabis*, tendo em vista que a importação demanda elevado custo e nem todos aqueles necessitam podem pagar. O trabalho da organização é acompanhar de perto a necessidade das pessoas acometidas por patologias que são tratáveis por meio do uso terapêutico da *cannabis*. Deste modo, uma das suas pautas é a luta pela liberação do cultivo associativo, onde as associações que possuem experiência sobre o tema possam plantar e produzir o óleo da *cannabis* para os seus associados, bem como que as farmácias de manipulação possam produzir os fármacos à base de *cannabis* também e não fique toda produção monopolizada pelas indústrias farmacêuticas.

A Liga paraibana atua de modo a desenvolver ações estratégicas, com forte penetração nas esferas de poder, tanto nos poderes legislativo e executivo, que são os responsáveis pela criação de políticas públicas, com uma forte articulação nacional com outras associações e movimentos que defendem a descriminalização da *cannabis*, com presença na academia, seja no âmbito da UFPB, da UEPB e demais faculdades privadas da Paraíba, bem como em debates públicos e instituições de saúde pública, saúde mental, saúde coletiva e individual.

Esta organização social nasce da dor, da angústia, da aflição, do medo da morte dos pacientes, que afeta seus pais e demais familiares e amigos. Este trabalho demonstra que pessoas sem qualidade de vida alguma devido aos efeitos de suas patologias, que sofriam os efeitos colaterais das dezenas de medicamentos convencionais ingeridos, após o uso terapêutico da *cannabis* passaram a ter não só alívio de dores, mas sim qualidade de vida, acessaram

propriamente falando o seu direito à saúde, fazendo com que os seus pais, familiares e amigos também passassem a ter mais qualidade de vida.

A inclusão da *cannabis* como substância terapêutica na política de saúde brasileira e na Política Nacional de Medicamento – PNM, através do SUS poderá representar um avanço significativo na promoção do acesso ao direito à saúde pela população brasileira. Todavia, diante do atual momento que o país atravessa, esta realidade parece distante. Apesar de toda luta da Liga Canábica no estado da Paraíba, percebe resultados tímidos, entretanto, merecedores de destaques, como a instituição do dia de visibilidade da maconha medicinal tanto no calendário oficial do Município de João Pessoa, como no do estado da Paraíba, a criação na UFPB de projeto de pesquisa e extensão em *cannabis* medicinal denominado PEXCANNABIS coordenado pela professora Dr^a Katy Lisias Gondim Dias de Albuquerque, ligado ao Centro de Ciências da Saúde - CCS/Departamento de Fisiologia e Patologia – DFP, a criação de uma disciplina, também na UFPB, que se chama Sistema Endocanabinoide e Perspectivas Terapêuticas da Cannabis Sativa e Seus Derivados.

A entrada de parlamentares, de Instituições de Ensino Superior e órgãos de defesa da cidadania na luta pela legalização da *cannabis* para fins terapêuticos tem reforçado a necessidade de estudos e pesquisas na área, assim como, criado a necessidade de luta organizada em defesa da vida. Do acolhimento e do apoio as famílias, a informação e divulgação, a difusão do conhecimento científico, o acesso à informação, a organização de um movimento social e a busca por uma política de acesso à todos os cidadãos que necessitam do uso terapêutico tem sido o protagonismo de todos que fazem a Liga Canábica da Paraíba.

Nos dias de hoje, nem todo associado da Liga consegue ter acesso ao tratamento por meio da *cannabis* terapêutica, isto porque, não é permitido o cultivo e a produção do óleo à base de *cannabis* pelas associações. A Liga atua, portanto, na orientação do processo de autorização para importação perante a ANVISA para aquelas pessoas que possuem condições financeiras para a aquisição, enquanto buscam outras alternativas para aquelas pessoas que não podem pagar. Por isso a autorização do cultivo associativo da *cannabis* possui

significativa importância para a Liga, pois isto faria com o que o acesso fosse ampliado para todos os associados.

Conclui-se este trabalho, portanto, deixando-se claro que não se buscou exaurir a discussão, mas sim contribuir para esta, expondo o processo de luta para o acesso ao direito humano à saúde por meio do uso terapêutico da *cannabis*, planta que é tratada com tamanha injustiça pelos poderes dominantes. Não pode se olvidar que o uso crônico e abusivo não só da maconha, mas de toda substância psicotrópica deve receber uma atenção das políticas públicas, mas não da maneira que ocorre atualmente, sendo alvo de política criminal e de uma política sobre drogas consubstanciada no tratamento à base da abstinência forçada. O uso problemático da maconha deve ser alvo da política de saúde e de educação, onde segundo especialistas sobre o tema deve ser baseada na redução de danos, no acolhimento e na informação.

O consumo de maconha é comprovadamente menos prejudicial que o consumo do álcool, mas esta última substância é regulamentada por lei e não é alvo da política criminal. A descriminalização e regulamentação da maconha tal como ocorre com o álcool e o tabaco no cenário brasileiro possibilitaria uma redução na população carcerária, uma redução no número de mortes, como aconteceu com João Pedro, de 14 anos que morreu ao ser baleado em operação policial, em São Gonçalo-RJ, onde a casa em que estava foi alvejada com mais de 70 tiros, mais uma vítima da política de segurança genocida contra pobres e negros. Além de ampliar o acesso ao direito humano à saúde, por meio da inclusão da *cannabis* no protocolo do SUS e na RENAME.

A defesa da vida tem constituído a razão maior de familiares enfrentarem inicialmente o medo e o preconceito da sociedade, dos profissionais da saúde, de parlamentares e até do mundo da justiça. Da dor surge a consciência da necessidade de superação do desconhecimento e do preconceito, da solidariedade e do apoio amplia-se a descoberta dos direitos e os meios de acessar a cidadania, pela capacidade de indignação e luta dos familiares de enfrentarem todo tipo de violência, preconceito e estigma. Uma luta no horizonte, difícil, mas não impossível.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de Assis. Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil. In: Brasil. **Programa Multiplica SUS: curso básico sobre o SUS:** (ré)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

ALVES, J.A. Lindgren. **Os direitos humanos como tema global** / J.A. Lindgren Alves. - São Paulo: Perspectiva ;Brasília, DF : Fundação Alexandre de Gusmão, 1994.

ALVES, J.A. Lindgren. **Os direitos humanos na pós-modernidade.** São Paulo: Perspectiva, 2005.

AMAME. Conheça a História da Cannabis Medicinal, 2019. Disponível em: <https://amame.org.br/historia-da-cannabis-medicinal/> ; acesso em 13/04/2020

AMAME. OMS propõe mudanças na reclassificação da cannabis junto à ONU, 2019. Disponível em: <https://amame.org.br/oms-propoe-mudancas-na-reclassificacao-da-cannabis-junto-a-onu/> . acesso em 18/04/2020

AMAME. Quem somos, 2015. Disponível em: <https://amame.org.br/quem-somos/> ; acesso em 12/05/2020

ANVISA. Ministério da Saúde - MS. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, 2019. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/5533192/RDC_327_2019_.pdf/db3ae185-6443-453d-805d-7fc174654edb . Acesso em: 18/04/2020

ANVISA. Ministério da Saúde - MS. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, 2020. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2867344/RDC_335_2020_.pdf/e4ca7e95-f5af-4212-9360-d662c50018e2 . Acesso em: 18/04/2020

BARDIN, Lawrence **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2016.

BARROS, A.; PERES. M. Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas. In: **Revista Periferia**, v.III, n. 2. 2011. Anais eletrônico. Rio de Janeiro: UERJ, 2011. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/issue/view/285> . Acesso em: 08 abril. 2020.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

BRASIL. **Política Nacional sobre Drogas**. (2019) Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm#anexo. Acessado em: 18/04/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos 2001**. Brasília : Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf ; Acesso em 22/05/2018.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Políticas sobre drogas 2019. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/politicas-sobre-drogas> ; acesso em 16/04/2020

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm ; Acesso em 15/04/2020

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 1964. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos/decretos/1964/D54216.html ; Acesso em 15/04/2020

BRASIL. Senado Federal. Brasília, 2014. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/116101> ; acesso em 11/05/2020

BRASIL. Advocacia-Geral da União, Brasília, 2019. Disponível em: http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/789618 ; Acesso em 22/05/2020

BRASIL. **Política Nacional sobre Drogas**. (2019) Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm#anexo. Acessado em: 18/04/2020.

BRASIL. Comissão de Direitos Humanos e Minorias – CDHM da Câmara dos Deputados Audiência Pública para discutir a Política Nacional sobre Drogas, 21 de maio de 2019 Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=vjg_Yd1xAB0&t=2529s ; acesso em 30/05/2020.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. — 7ª Reimpressão.

BONTEMPO, Alessandra Gotti. **Direitos Sociais**: eficácia e racionalidade à luz da Constituição de 1988. Curitiba: Juruá, 2005.

CAMPOS, Marcelo da Silveira. O Novo Nem Sempre Vem: Lei de Drogas e encarceramento no Brasil. *In*: Boletim de Análise Político-Institucional / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. n.18 (2018). Brasília : Ipea, 2018. P. 31-38.

CAMPOS, Natália de. Militância, organização e mobilização antiproibicionista da maconha: coletivos, eventos e marchas em Natal (RN)/Natália de Campos. 2013.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2003.

Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017. Brasília DF: CFP, 2018.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália. **Democracia Participativa e Controle em Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
FIORILLO, Celso Antônio Pacheco. **Curso de direito ambiental brasileiro**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

DEPEN. Levantamento nacional de informações penitenciárias, atualização junho de 2017 / organização, Marcos Vinícius Moura Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Departamento Penitenciário Nacional, 2019.

DEPEN. Levantamento nacional de informações penitenciárias, atualização dezembro 2019. Ministério da Justiça e Segurança Pública, Departamento Penitenciário Nacional, 2019. Disponível em:
<http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen> ; acesso em 16/04/2020

DOMENICI, Thiago. BARCELOS, Iuri. *In*: PUBLICA. Negros são mais condenados por tráfico e com menos drogas em São Paulo, 2019. Disponível em: <https://apublica.org/2019/05/negros-sao-mais-condenados-por-trafico-e-com-menos-drogas-em-sao-paulo/> ; acesso em: 16/04/2020

EL PAÍS. A maconha para fins medicinais ganha a primeira batalha na Flórida, 02 de maio de 2014. Disponível em:
https://brasil.elpais.com/brasil/2014/05/03/sociedad/1399072949_777548.html ; acesso em: 13/04/2020

ELIAS, G.S.; MARONNA, Cristiano. Por que Descriminalizar o Uso, a Produção e a Comercialização das Drogas?. In: **Boletim de Análise Político-Institucional**. Brasília : Ipea, 2018. n.18, p. 09-18.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Carta aberta da Fiocruz aos deputados do Rio de Janeiro. 13/03/2018. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/carta-aberta-da-fiocruz-aos-deputados-do-rio-de-janeiro>. Acessado em: 18/04/2020.

FONSECA, Cristina M.O. A história da política de saúde no Brasil (1889-1945): interpretação e trajetórias. In: TEIXEIRA, Luiz Antônio, PIMENTA, Tânia Salgado E HOCHMAN, Gilberto. **História da Saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018, p.403-429.

GOTTSCHALL, Carlos Antonio Mascia. **Medicina hipocrática: antes, durante e depois**. Porto Alegre: Stampa, 2007.

GRAEFF, F.G. **Drogas psicotrópicas e seu modo de ação**. São Paulo: E.P.U. (1989).

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

GONTIÉS, Bernard; ARAÚJO, L.F. Maconha: uma perspectiva histórica, farmacológica e antropológica. In: **Mneme - Revista de Humanidades**, v.4, n. 7. 2003, Publicação do Departamento de História e Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte Centro de Ensino Superior do Seridó – Campus de Caicó. Anais eletrônico. Caicó: UFRN, 2003. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/mneme/issue/view/26> . Acesso em: 08 abril. 2020.

GRECO, Rogério. **Curso de direito penal**. 3. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2003.

JELSMA, Martin. O estado atual do debate sobre políticas de drogas: tendências da última década na União Europeia e nas Nações Unidas. Disponível em: https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/b1e6107c-1884-4109-b00b-22d3492eb871/jelsma-current-state-policy-debate-portuguese-20100630_0.pdf . Acesso em: 16 abr. 2020.

KAUCHAKJE, Samira. Movimentos sociais no século XXI. Matriz pedagógica da participação sociopolítica. In: ALMEIDA, Maria de Lourdes Pino de e JEZINE Edineide (ORGs.) Educação e movimentos sociais: novos olhares. Campinas: Aliena, 2007. P. 75-92.

LANÇAS, Vinicius. *Marcha da Maconha: Transgressão e Identidade em um Movimento Social Contemporâneo* / Vinicius Lanças ; orientadora, Ligia Luchman - Florianópolis, SC, 2013.

LEAL, Marcos Leandro Chaves. - *História da saúde – Da idade antiga à DA IDADE ANTIGA À MODERNA*. Araguaína/TO: Clube de Autores, 2017.

LEAL, Ana Beatriz; PEREIRA, Íbis Silva e MUNTEAL Filho, Oswaldo. *Sonho de uma polícia cidadã: Coronel Carlos Magno Nazareth Cerqueira*. Rio de Janeiro: NIBRAHC, 2010. Disponível em: https://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/liv_2010_O_sonho_policia.pdf. Acessado em: 18/04/2020.

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.

MACIEL, Álvaro dos Santos; SOUZA, Natasha Brasileiro de. A reserva do possível e a dignidade da pessoa humana como fonte de não retrocesso social. In: **Revista Direitos Fundamentais e Democracia**. Curitiba, v. 3, 2008. Disponível em <<http://www.revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br>>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

MALCHER-LOPES, Renato. RIBEIRO, Sidarta. **Maconha, cérebro e saúde**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent. 2007.

MARQUES, Eduardo Cesar. Da higiene à construção da cidade: O estado e o saneamento no Rio de Janeiro. In: **História. Ciências, Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro July/Oct. 1995, vol.2 nº.2 .p, 51-67.

MELO, Patricia Cruz Furtado de. *Avaliação da percepção de profissionais de saúde sobre maconha* / Patricia Cruz Furtado de Melo. - São Paulo, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3.ed. São Paulo: Hucitec.1995.

NOVELINO, Marcelo. **Direito Constitucional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Método, 2009.

OLIVEIRA, L.L.; SILVA, L.N. Deslegitimação da Criminalização da Maconha a Partir da Criminologia Cultural: Alguns Apontamentos Criminológicos em Defesa de Uma Regulamentação dos Usos Culturais da Cannabis no Brasil. In: VICENTE, K.B. *Humanidades e Inovação*, Palmas, v.7, n.4, UNITINS, 2020/ ISSN 2358-8322

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 / Lucas Lopes Oliveira.- João Pessoa, 2016.

OEA. *Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem*. Disponível em:
<https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/b.Declaracao_Americana.htm>. Acesso em 02/12/2019.

OEA. *Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica)*. Disponível em:
<https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_america.htm> . Acesso em 02/12/2019.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Acesso em 02/12/2019.

ONU, Declaração de Alma-Ata, Rússia, 6 a 12 de setembro de 1978. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/DeclaracaodeAlmaAta.pdf>. Acesso em 02/12/2019.

ONU. Declaração universal dos direitos humanos [1948]. In: BITTAR, E. C. B.; ALMEIDA, G.A. de (Orgs.). **Mini-código de direitos humanos**. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2008, p.223.

ONU, 5 razões pelas quais o mundo precisa da OMS para combater a pandemia da COVID-19. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/5-razoes-pelas-quais-o-mundo-precisa-da-oms-para-combater-a-pandemia-da-covid-19/>. Acesso em 05/08/2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PAIVA, L.G.M. Panorama Internacional das Políticas sobre Drogas. In: Boletim de Análise Político-Institucional / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. n.18 (2018). Brasília : Ipea, 2018. P. 99-106.

PESSOA, Mariana Carvalho. Representações sociais no debate sobre a descriminalização da maconha/Mariana Carvalho Pessoa. – 2017.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. **Política Social**: vinte anos da constituição federal de 1988. Brasília: Ipea, dez. 2009.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. 2006.Disponível em:

<http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2018.

RAEFFRAY, Ana Paula Oríola de. **Direito da Saúde** - De acordo com a Constituição Federal. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

ROSEN. George. **Uma História da Saúde Pública**. Tradução Marcos Fernando da Silva Moreira com a colaboração de José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: UNESP, HUCITEC e ABRASCO, 1994.

SAAD, Luísa Gonçalves. “Fumo de negro”: a criminalização da maconha no Brasil (c. 1890- 1932) / Luísa Gonçalves Saad . – Salvador, 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang. TIMM, Luciano Bennete. **Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SILVA, M. E de Assis. Direito à Saúde: Evolução Histórica, Atuação Estatal e Aplicação da Teoria de Karl Popper. **Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos**. Rio Grande do Norte, jun. 2017, v.9 n.2, p. 04-21.

TORRONTÉGUY, Marco A.A. O direito humano à saúde no direito internacional: efetivação por meio da cooperação sanitária. São Paulo. Tese de doutorado – Faculdade de Direito da USP, 2010. 374 ps.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 5ª REGIÃO. Seção Judiciária da Paraíba. Ação Civil Pública de número 0802543-14.2014.4.05.8200. Autor: Ministério Público Federal, Réus: União Federal e Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 31/07/2014

ZANCHI, Marco Túlio e ZUGNO, Paulo Luiz. **Sociologia da saúde**. 2ª ed. ver., e ampl. – Caxias do Sul, RS: Educs, 2010.

APENDICES

1. Termo de Livre Consentimento
2. Roteiros de Entrevistas
3. Carta de autorização

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/13 e 510/17 do CNS)

O(A) Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **A LUTA PELO ACESSO AO DIREITO À SAÚDE POR MEIO DO USO TERAPÊUTICO DA CANNABIS SATIVA NO ESTADO DA PARAÍBA**, desenvolvida por **Tadeu Coatti Neto**, aluno regularmente matriculado no **Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas** do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da professora Maria de Nazaré Tavares Zenaide.

O trabalho tem como objetivo geral analisar a luta pelo acesso ao direito humano à saúde através do uso terapêutico da *cannabis* no estado da Paraíba, por meio do movimento encabeçado pelas famílias paraibanas que culminou na fundação da Liga Canábica, em meio as suas conquistas e dificuldades. Para tanto, pretende-se como objetivos específicos: contextualizar o direito à saúde como direito humano no âmbito internacional e nacional de modo a situar as políticas de saúde e medicamentos identificando limites e impasses ao acesso dessas políticas pelo indivíduo; fundamentar historicamente o uso da *cannabis* como substância terapêutica, os impasses em face da perspectiva proibicionista da política de drogas convergindo para o surgimento de lutas e movimentos pela descriminalização das drogas; e reconstituir o processo de luta de familiares pelo direito dos filhos e parentes com patologias neurológicas de acessarem o direito humano à saúde através da *cannabis*, desde o ajuizamento da Ação Civil Pública nº 0802543-14.2014.4.05.8200, ajuizada em 31 de julho de 2014, até o momento de institucionalização deste movimento, fazendo com que surgisse a Liga Canábica na Paraíba, entidade que atua na promoção e proteção do direito humano à saúde.



Justifica-se o presente estudo por se tratar do acesso ao direito humano à saúde por pessoas que necessitam para a manutenção da própria vida. A literatura sobre o tema é escassa e pouco divulgada, fato que despertou real interesse em estudá-lo e divulgá-lo.

A participação do(a) sr.(a) na presente pesquisa é de fundamental importância, mas será voluntária, não lhe cabendo qualquer obrigação de fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores se não concordar com isso, bem como, participando ou não, nenhum valor lhe será cobrado, como também não lhe será devido qualquer valor.

Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento dele desistir, nenhum prejuízo lhe será atribuído, sendo importante o esclarecimento de que os riscos da sua participação são considerados mínimos, limitados à possibilidade de eventual desconforto psicológico ao responder as perguntas que lhe serão feitas, para que isso não venha a ocorrer, será escolhido um local privado sem a interferência de pessoas alheias ao estudo, enquanto que, em contrapartida, os benefícios obtidos com este trabalho serão importantíssimos e traduzidos em esclarecimentos para a população estudada.

Em todas as etapas da pesquisa serão fielmente obedecidos os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resoluções nºs. 466/2012 e 510/17, ambas do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Solicita-se, ainda, a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos ou divulgá-los em revistas científicas. Caso a participação de vossa senhoria implique em algum tipo de despesas, as mesmas serão ressarcidas pelo pesquisador responsável, o mesmo ocorrendo caso ocorra algum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, Júlio Américo Pinto Neto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa, e dou o meu consentimento para dela participar e para a publicação dos resultados, assim como o uso de minha imagem nos slides destinados à apresentação do trabalho final. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim e pelo pesquisador responsável, como trata-se de um documento em duas páginas, a

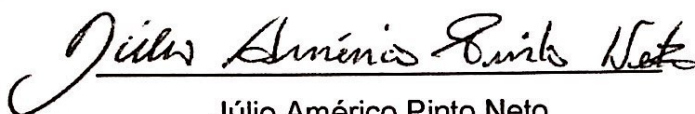


primeira deverá ser rubricada tanto pelo pesquisador responsável quanto por mim, assim como a última assinada por ambos.

João Pessoa-PB, 7 de junho de 2020.



Tadeu Coatti Neto
Pesquisador responsável



Júlio Américo Pinto Neto
Participante da Pesquisa

Pesquisador Responsável: Tadeu Coatti Neto

Endereço do Pesquisador Responsável: Rua Poetisa Violeta (83) 99132-3542 - E-mail: tadeucoatti@gmail.com

E-mail do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba: eticaccs@ccs.ufpb.br – fone: (83) 3216-7791 – Fax: (83) 3216-7791

Endereço: Cidade Universitária – Campus I – Conj. Castelo Branco – CCS/UFPB – João Pessoa-PB - CEP 58.051-900

Apresentação

Saudações Iniciais

Gostaria de contar com o seu apoio para participar como sujeito da Pesquisa intitulada “**A LUTA PELO ACESSO AO DIREITO À SAÚDE POR MEIO DO USO TERAPÊUTICO DA CANNABIS SATIVA NO ESTADO DA PARAÍBA**” junto ao Curso de Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da UFPB.

Obrigado.

Nome: **TADEU COATTI NETO**

Mestrando em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas - PPGDH

Fone: (83) 991323542

E-mail – tadeucoatti@gmail.com

Roteiro de Entrevista

1. IDENTIDADE:

Nome do Entrevistado: Júlio Américo

Órgão: Fundador e primeiro Presidente da Liga Canábica da Paraíba

2. PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES E LUTAS PELO USO DA CANNABIS

Percorreremos o movimento inicial das famílias acerca da necessidade do uso da cannabis para fins de saúde, bem como o processo de institucionalização desse movimento que culminou na fundação da Liga Canábica.

Quando e como começou o processo de mobilização que resultou na criação da Liga Canábica no estado da Paraíba?

A institucionalização da Liga fez com o que uma luta individual passasse a se tornar coletiva?

Qual foi a real necessidade que levou a criação da Liga Canábica?

3. LIGA CANNABIS NA PARAIBA: LUTAS, RESISTENCIAS E RESULTADOS

Percorreremos aspectos da Liga Canábica em si, como suas ações, suas lutas, objetivos, resultados conquistados até aqui, tabus enfrentados e como se dá atualmente a luta em relação ao acesso a *cannabis* para fins terapêuticos.

Quais os objetivos da Liga Canábica?

Quais os valores defendidos pela Liga Canábica?

Nessa sua vivência de militância, na sua concepção quais os tabus que envolvem o uso terapêutico da *cannabis*?

Atualmente como vem se dando a luta do movimento para o acesso ao uso terapêutico da *cannabis*?

Como ocorre a atuação da Liga para o acesso das pessoas a *cannabis* para uso terapêutico?

Todas as pessoas que encontram-se associadas a Liga atualmente que necessitam fazer uso terapêutico da *cannabis*, encontram-se amparadas ou ainda existe pessoas que estão em busca de ter acesso a planta para fins terapêuticos?

Quais as estratégias adotadas pela Liga Canábica em busca do acesso ao uso terapêutico da *cannabis*.

Atualmente, como se dá a articulação da Liga Canábica no âmbito nacional, com outras associações?

Quais os resultados conquistados pela Liga até o momento?

4. A CANNABIS COMO SUBSTÂNCIA TERAPÊUTICA

Percorreremos neste momento da entrevista as considerações acerca da *cannabis* propriamente dita, no que diz respeito ao entendimento em relação aos seus efeitos terapêuticos.

O que pode ser entendido como uso terapêutico da *cannabis*?

O senhor teve acesso a estudos científicos acerca do uso terapêutico da *cannabis* e se pode citar algum desses estudos que garantam realmente a eficiência da *cannabis* como substância terapêutica?

Quais patologias realmente podem ser tratadas por meio do uso terapêutico da *cannabis*?

O que seria THC e Canabidiol?

Diante da experiência vivida na Liga Canábica e até mesmo como pai de uma criança usuária da *cannabis* terapêutica, o uso da *cannabis* para fins terapêuticos representa o acesso do direito à saúde para aquelas pessoas que necessitam?

Como era a saúde do seu filho e das pessoas que são acompanhadas pela Liga e dos seus familiares antes e depois do uso terapêutico da *cannabis*?

Qual o significado do acesso da *cannabis* para uso terapêutico?

5. A CANNABIS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE DROGAS NO BRASIL

Na ocasião iremos abordar os aspectos que envolvem o acesso ao direito humano à saúde por meio do uso terapêutico da *cannabis* em contraste com as políticas de saúde e de drogas implementadas no país.

Como funciona a política de saúde no Brasil hoje, levando em consideração o uso terapêutico da *cannabis*?

No atual cenário, a *cannabis* não encontra-se inserida na Política Nacional de Medicamentos do SUS?

Hoje qual o procedimento para adquirir a *cannabis* para uso terapêutico de acordo com a atual política de saúde do Brasil?

Qual o custo que se tem para importar o óleo hoje?

Quais as suas considerações sobre a RDC nº 327 da ANVISA.

A política de saúde no Brasil favorece mais a produção pela indústria do que o amplo acesso para os seres humanos da *cannabis* para uso terapêutico?

A institucionalização da *cannabis* para fins terapêuticos na política de saúde do Brasil, sendo incluída, por exemplo, no SUS, colaboraria para um crescimento do acesso ao direito à saúde no país?

Quais as suas considerações sobre a frase: a maconha é a porta de entrada para outras drogas”?

A maconha já deveria ter sido excluída da política de drogas ilícitas?

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

EU, JÚLIO AMÉRICO PINTO NETO, brasileiro, psicólogo, divorciado, inscrito no CPF sob nº 441.616.464-53, RG nº 932.122 – SSP/PB, com residência e domicílio à Rua Juiz Agrícola Montenegro, nº 105, apto 1202, Miramar, João Pessoa, Paraíba, autorizo **TADEU COATTI NETO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito no CPF sob nº 090.669.484-18, RG nº 3.559.072, residente e domiciliado à Rua Poetisa Violeta Formiga, nº 50, Aeroclube, João Pessoa-PB, a expor meu nome, como entrevistado, em sua dissertação de mestrado intitulada A LUTA PELO ACESSO AO DIREITO À SAÚDE POR MEIO DO USO TERAPÊUTICO DA CANNABIS SATIVA NO ESTADO DA PARAÍBA.

João Pessoa, 7 de junho de 2020.



JÚLIO AMÉRICO PINTO NETO