

Data da aprovação: ____/____/____

O DIREITO AO USO DE MEDICAMENTOS À BASE DE CANNABIS E SUA COMPATIBILIZAÇÃO COM O DIREITO À SAÚDE

João Victor Oliveira de Santana¹

Sandresson de Menezes Lopes²

RESUMO

O presente trabalho possui o objetivo de estudar o direito ao uso de medicamentos à base de substâncias canábicas e sua relação com postulados da Carta Magna de 88, mais precisamente, os princípios da saúde e da dignidade da pessoa humana. Atualmente, grande parte do mundo possui uma visão preconceituosa sobre a maconha. Tal posicionamento é resultado de políticas públicas contra a droga iniciadas a partir 1920. Este proibicionismo, no Brasil, embora justificado como controle da criminalidade, foi originado exclusivamente com o intuito de erradicar práticas da cultura africana dos inúmeros negros que, em período pós-abolição, permaneceram no país. Entretanto, a ciência evidencia que a planta urge efeitos eficazes no tratamento de inúmeras doenças cerebrais, sendo a principal matéria-prima que pode vir a tratar certos enfermos. Com isso, percebe-se a tamanha importância que o uso do medicamento com base canábica representa à sociedade num todo, sendo de obrigação do Estado em mecanismos que facilitem o acesso da sociedade a tal produto. Por fim, conclui-se que o direito ao acesso facilitado ao uso da cannabis medicinal não só é compatível com o direito à saúde e a dignidade humana, como deles também é oriundo. Para tanto, a pesquisa adotou a metodologia bibliográfica, de caráter indutivo.

Palavras-chave: Cannabis. Uso Medicinal. Descriminalização. Proibicionismo.

¹ Acadêmico do Curso de Direito do Centro Universitário do Rio Grande do Norte

² Professor Orientador do Curso de Direito do Centro Universitário do Rio Grande do Norte

THE RIGHT TO USE CANNABIS-BASED MEDICINES AND THEIR COMPATIBILITY WITH THE RIGHT TO HEALTH

ABSTRACT

The present work has the objective of studying the right to use cannabis-based medicines and its relationship with postulates of the Magna Carta of 88, more precisely, the principles of health and dignity of the human person. Currently, much of the world has a prejudiced view of marijuana. This position is the result of public policies against drugs that began in 1920. This prohibitionism, in Brazil, although justified as crime control, was originated exclusively with the aim of eradicating African cultural practices of countless blacks who, in the post-abolition period, remained in the country. However, science shows that the plant urges effective effects in the treatment of numerous brain diseases, being the main raw material that may come to treat certain patients. With this, one can see the such importance that the use of cannabis-based medicine represents society as a whole, being the State's obligation to implement mechanisms that facilitate society's access to such a product. Finally, it is concluded that the right to facilitated access to the use of medicinal cannabis is not only compatible with the right to health and human dignity, but also comes from them. For that, the research adopted the bibliographic methodology, of inductive character.

Keywords: Cannabis. Medicinal use. Discrimination. Prohibitionism.

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde, em sentido amplo, compreende o objeto central do presente trabalho, sendo consagrado pela Carta Magna de 1988 sob a égide de direito social, o mesmo constitui-se no dever do Estado em implementar e efetivar políticas públicas que versem sobre o tema. O texto constitucional garante, em seu artigo 196, o acesso

isonômico e universal às medidas que viabilizem ações, serviços e proteção para a efetividade do direito à saúde.

Nessa ótica, sob as diretrizes de que a saúde é um “direito de todos, e dever do Estado”, o Texto Constitucional passou a garantir a atuação estatal na elaboração de medidas sociais e econômicas que atuam na redução de riscos de doenças e outros agravos, tudo isso sob o crivo do acesso universal e igualitário por toda a sociedade (BRASIL, 1988).

Indubitável é que o direito à saúde é um postulado corolário ao princípio da dignidade humana, instituto central de qualquer ente federativo sob às premissas de um Estado Democrático de Direito, sendo assim, fomentar a saúde, conseqüentemente, fortalece o amparo à dignidade da pessoa humana. Não obstante, enquanto de um lado, o amparo legal tenta promover tais ideias de maneira universal, de outro, percebe-se atitudes estatais que evidenciam totalmente o contrário, o descaso com tais institutos.

Estudos apontam que princípios ativos oriundos da cannabis logram efeitos positivos no tratamento de várias doenças, como Alzheimer, Parkinson, transtorno de ansiedade, transtorno de espectro autista; além de aliviar sintomas de doenças cerebrais graves, como epilepsia e espasmos crônicos. Ademais, além de seu uso na medicina, a cannabis ainda é uma ótima matéria-prima para confecção de inúmeros objetos, como cordas, roupas e caravelas. Com isso, desde o ano de 2015, os números de interessados no uso das propriedades canábicas triplicou.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, autarquia ligada ao Ministério da Saúde, através da Resolução da Diretoria Colegiada n.º 17/2015, se posicionou sobre a possibilidade do uso de medicamentos canábicos no território nacional, não obstante, além do procedimento ser burocrático e moroso, condicionou seu uso exclusivamente para medicamentos importados, ou seja, para utilizar-se da matéria-prima da cannabis, o usuário terá que encomendar o medicamento pelo exterior, o que também tornou a possibilidade onerosa. Destaca-se que inúmeros países hoje, em suas respectivas legislações, permitem o plantio da cannabis para o uso medicinal, como Alemanha, Argentina, Canadá, Chile, Croácia, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Israel, Jamaica, Itália, Luxemburgo, Macedônia, Noruega, Países Baixos, Peru, Polônia, Portugal, República Tcheca, Romênia, San Marino, Turquia e Zimbábwe.

Isto posto, sabendo dos inúmeros benefícios proporcionados pela cannabis, chega-se à problemática que o trabalho pretende responder: tendo em vista o vínculo do uso de princípios ativos da cannabis com o direito à vida, sua proibição para plantio com fins medicinais, a alta burocratização e custo no procedimento de importação, representam ofensa aos postulados da saúde e da dignidade humana? Seria possível a legalização para uso medicinal no Brasil?

Para responder à pergunta, o trabalho adotou, como objetivo geral, um estudo sobre a cannabis e sua compatibilidade com postulados constitucionais. Como objetivos específicos, o trabalho logrou um estudo histórico sobre a cannabis no mundo e no Brasil; analisou o conceito dado ao termo “droga” e sua assimilação com a cannabis; averiguou o tratamento dado à cannabis na legislação internacional e nacional; expôs a relação entre o princípio da saúde e dignidade humana com a possibilidade de plantio de cannabis com o intuito medicinal.

Com o intuito de fundamentar o trabalho, utilizar-se-á algumas coletas de informações através da técnica de pesquisas bibliográficas. Assim, a base do trabalho terá fundamento em materiais como doutrinas, livros, revistas jurídicas, pesquisas científicas e demais materiais que tratam da matéria. O método de abordagem a ser empregado será o indutivo, em que o investigador irá explorar um sistema contemporâneo delimitado da vida real (casos concretos), por meio da análise jurisprudencial.

2. UM ESTUDO HISTÓRICO SOBRE A CANNABIS

A relação do ser humano com a cannabis é um fato datado de milhares de anos atrás. É estimado que a planta em referência foi uma das primeiras ervas domesticadas pelo homem. De lá para cá, indubitável é o fato que tal laço apenas se fortaleceu. Percebe-se que a maioria das civilizações antigas da história tem relatados uso medicinal e recreativo da maconha.

“Entender a história dessa relação é muito importante para conseguir interpretar a cannabis como algo extremamente útil para civilização humana” alega Luciana Saddi e Maria Zemel (2021, p. 11). Assim, nesse primeiro capítulo, o trabalho

irá demonstrar um estudo histórico da cannabis, sua proliferação pelo mundo e seu vínculo com a saúde humana.

Primeiramente, a maconha, cujo nome científico é cannabis, é um gênero vegetal angiosperma que abrange três espécies diferentes, quais sejam, a cannabis indica, sativa e ruderalis, cada uma com efeitos psicoativos diferentes (CARNEIRO, 2019). O berço do termo “maconha” é em Angola. A palavra é uma flexão de outro termo, *ma'kaña*, cuja fonética é *maanha*, que significa “erva santa” (MEDEIROS, 2020). Seus benefícios, desde seu surgimento, vêm sido explorados para fins terapêuticos, medicinais e recreativos, e conforme dita Maria da Penha Medeiros (2020, p. 39):

Através de estudos científicos foi-se evidenciado que maconha é a droga ilícita mais consumida do mundo e, de modo geral, é consumida pelas pessoas por várias razões, motivos e contextos diferentes. Entretanto, um ponto em comum ao uso de diferentes usuários são os efeitos psíquicos produzidos pela maconha: alteração das percepções de tempo, das cores, dos sons, euforia, sedação; prejuízo de julgamento; risadas constantes (hilaridade). Os efeitos físicos mais diretos são: vermelhidão nos olhos, aumento das pupilas, boca seca, fome, relaxamento, taquicardia (aumento de batimentos cardíacos), prejuízo temporário na memória de curto prazo.

Os primeiros contatos do ser humano com a cannabis são, provavelmente, pré-históricos. Isso ocorreu há tanto tempo que se torna difícil estimar o local e a época do acontecimento, haja vista ter ocorrido anterior à civilização humana ter desenvolvido a capacidade de registrar a sua história (DIEHL; PILLON, 2020). Sobre o tema, Milton Mussini (2012, p. 57) alude:

Crescemos ouvindo diversas mentiras sobre a maconha. Propagadas por décadas, se tornaram tão enraizadas que ainda é difícil convidar alguém a se questionar sobre o assunto. A maconha ou cannabis, ao longo da maior parte da história da humanidade foi considerada de grande valia. Sua importância durou até o último século, quando se tornou alvo de leis racistas e higienistas que visavam limitar a liberdade de minorias étnicas. Os primeiros registros do consumo das sementes de maconha e seu óleo datam de cerca de 6.000 anos antes de Cristo, na China. [...] Também na China e na região do Turcomenistão foram encontrados tecidos feitos de cânhamo datando de 4.000 anos antes de Cristo.

Alguns especialistas chegam a levantar a possibilidade da cannabis figurar entre as primeiras culturas domesticadas pelo homem. Portanto, o cultivo e consumo da cannabis teriam nascido junto com a própria invenção da agricultura (SADDI;

ZEMEL, 2021). E já naquela época, a planta era utilizada para diversos fins tais como na confecção de materiais têxteis, papéis e materiais de construção; também era bastante utilizada para cultos e rituais religiosos e, principalmente, para remédios (CARNEIRO, 2019).

O primeiro registro que se tem do uso medicinal da cannabis data em 2.700 antes de Cristo, na China, e foi elaborada pelo Imperador Shen Nong, conhecido como pai da medicina chinesa. Também criador da acupuntura, o imperador também era estudioso de fitoterápicos e da farmacologia e, à época, utilizava a cannabis para o tratamento de constipação, gota e reumatismo.

Nesse sentido, Zeca de Medeiros alega (2020, p. 108):

A maconha (palavra de origem angolana) é uma das drogas extraídas de planta há mais tempo conhecidas pela humanidade. Os registros são remotos: em 4000 a.C; resquícios da planta foram encontrados no norte da China. Em 2723 a.C. o uso terapêutico foi mencionado em registros farmacêuticos no mesmo país. Na Antiguidade, os romanos valorizavam a planta principalmente por causa das resistentes cordas e velas para navio produzidas com sua fibra. Chegou à Europa somente no final do século XVIII e foi difundida na África e nas Américas. Até então, era utilizada principalmente por suas propriedades têxteis e medicinais.

Na Índia, são relatados o uso medicinal da planta para inúmeras doenças. Lá, o uso terapêutico transcendeu para a utilização da erva para fins religiosos, com o objetivo de “libertar a mente das coisas mundanas e concentrá-la no Ente Supremo” (GRAEFF, 1989, p.123).

Na Europa, especificamente na Holanda, vestígios de pólen de cannabis em covas de um cemitério datando de 2.200 AC indicam os primeiros usos medicinais no continente (SADDI; ZEMEL, 2021). Assim, com a migração humana para regiões ainda mais distantes, a maconha foi espalhada ao redor do mundo, estando presente na maioria das civilizações ao longo da história.

O uso foi inicialmente disseminado por partes da Ásia e Europa, passando então para as civilizações mediterrâneas, espalhando-se por toda a África e pelos países Árabes. Por fim, até o século XVI o uso medicinal e industrial da maconha encontrava-se espalhado por todo o mundo. O avanço tecnológico e da navegação marítima propiciou a chegada da maconha no outro lado do atlântico. Nas palavras de Henrique Carneiro (2019, p. 66): “cordas, velas, roupas, dentre outros materiais feitos

a partir da cannabis, a chegada dos colonizadores também representa a chegada da planta no continente”.

Nesse sentido, a espécie começou a ser utilizada pelo mundo, principalmente pelas suas fibras. O uso terapêutico, ritualístico e recreativo viera da cultura Africana decorrente do processo de escravidão. Os milhões de escravos trazidos ao longo de mais de 300 anos para todo o continente, principalmente para o Brasil, foram os principais responsáveis pela chegada do hábito e das variedades psicoativas da cannabis.

O consumo medicinal foi absorvido pelos indígenas nativos o que propiciou a disseminação mais rápida do hábito pela América Central. Após alguns séculos a maconha já se tornara uma espécie nativa e uma tradição de toda a América. Alguns autores indicam o país da Índia como precursor nos estudos medicinais da cannabis, todavia, os primeiros registros são da Irlanda, através de William Brooke O’Shaughnessy em 1842, um médico que trabalhou durante muito tempo na Índia e adotou o costume local do uso da cannabis. John Clendinning, outro médico irlandês, em 1845 demonstrou que a cannabis era eficiente no tratamento de tosse, tuberculose, coqueluche, enxaquecas, dores nas juntas, gota e contra síndrome de abstinência de morfina através de estudos em humanos e em animais. Nessa ótica, destaca-se que na segunda metade do século XIX, já existiam mais de 100 artigos científicos sobre as propriedades medicinais da planta (MOSKOWITZ, 2018).

O avanço tecnológico no século XIX possibilitou o isolamento e sintetização de vários princípios ativos para a formulação de medicamentos, *ad exemplum* da morfina, da qual retira-se o princípio ativo para a aspirina. Os fitoterápicos, com isso, passaram a ser vistos como tratamento secundário, sendo os remédios comercializados priorizados. Pelo fato da dificuldade do isolamento dos princípios ativos da cannabis nesse período, a medicina daquela época passou a ignorar seu uso terapêutico (CARNEIRO, 2019).

Diante do que é ensinado por Milton Mussini (2012, p. 64):

Diversas limitações ao uso e estudo da cannabis medicinal começaram a ser impostas. Foram criadas limitações ao uso terapêutico ainda no final do século XIX na Europa. A chegada do século XX e o surgimento dos primeiros acordos internacionais contra o uso de drogas possibilitou a globalização dessas limitações, e centenas de países se comprometeram a seguir as recomendações desses acordos

Sendo assim, os avanços nos estudos da planta na medicina passaram a ser barrados. Por inúmeros fatores distintos, a maconha passara a ser vista como uma droga. Racismo, interesses políticos e negócios milionários entre parlamentares e farmacêuticas fizeram com que o mundo todo passasse a enxergar a utilização da maconha, para qualquer fim, como algo marginalizado, o que fez nascer grande preconceito contra seus usuários.

3. O SURGIMENTO DA CANNABIS NO BRASIL

Como visto, foi-se evidenciado que o ser humano tem feito experiências com a cannabis há milhares de anos para com a saúde e subsistência. Com a popularização do uso para equipamentos de navios, a maconha chega no Brasil juntamente com o descobrimento do país, antes mesmo da federação ter sido nomeada oficialmente. As caravelas portuguesas tinham velas, cordas e trapos feitos com fibra de cannabis, o óleo das suas sementes era usado de vários modos, de sua fibra faziam-se as vestimentas, além de papel e outras utilizações (SADDI; ZEMEL, 2021).

Quanto ao consumo ritualístico, terapêutico e recreativo é trazido por escravos, principalmente angolanos, que sequestrados de suas terras natais, traziam sementes escondidas consigo (geralmente em bonecas de pano, amarradas nas pontas das tangas). Ademais, navegadores portugueses que adquiriram o hábito em contato com a cultura das índias orientais contribuíram para a disseminação do costume (CARNEIRO, 2019).

Conhecida como diamba ou pito de Angola, a maconha, até as primeiras décadas do século XX, era fumada principalmente em rituais religiosos da cultura negra (MEDEIROS, 2020). Inicialmente o hábito não era visto como problema, pois a escravidão mantinha o uso restrito aos círculos sociais dos escravos.

Sobre o tema, Alessandra Diehl e Sandra Pillon (2020, p. 37) elencam:

A cannabis era um recurso extremamente importante, especialmente como fonte de fibras para confecção de cordas e velas para navios. Para se ter noção, em 1785, o vice-rei do Brasil, Luiz de Vasconellos e Sousa enviou um ofício à Capitania de São Paulo pedindo encarecidamente que os agricultores

plantassem maconha. Até 1880, pelo menos mais seis ofícios recomendaram o plantio.

Isto posto, antes de possuir a fama que atualmente detivera, a cannabis era bastante popular para a elaboração de materiais para a cultura europeia, assim como nas ceitas religiosas para a cultura africana no Brasil, no final século XIX. “Entre 1500 e 1822, enquanto vieram um milhão de portugueses, vieram três milhões de africanos”, expõem André Barros e Marta Peres (BARROS; PERES, 2017, p. 11).

Assim com a crescente população negra e o início do processo de abolição da escravatura, a disseminação desses costumes africanos para a população geral ocorreu de forma natural. Tal fato ensejou no viés político certa preocupação com o risco de miscigenação das culturas. Assim, para manter o controle social, as classes dominantes do país criaram leis e outras formas de restringir os principais aspectos da cultura africana.

Saddi e Zemel (2021, p. 48) lecionam que:

Não obstante, Câmaras Municipais do Rio de Janeiro, em 1830, de Santos, em 1870, e de Campinas, em 1876, emitiram documentos visando à proibição do uso da maconha, buscando a restrição desse africanismo inconveniente para a classe dominante. Nessa época, cigarros de maconha ainda eram vendidos comumente, principalmente nas periferias das cidades. Seu uso crescia entre os brancos pobres, trazendo preocupação ainda maior à elite.

Ao longo do século XIX, a opressão e a violência se tornaram o principal meio de tentativa de controle social contra o uso da planta de modo recreativo. Todavia, tais práticas não erradicaram o costume de consumir a cannabis, pelo contrário, foi-se cada vez mais sendo disseminado o uso, tornando-se não mais restrito à comunidade africana, mas também comum aos indígenas, pescadores e, principalmente, nas classes pobres das periferias das cidades.

Com a disseminação do hábito do uso recreativo da maconha em 1900, vários grupos para o uso da planta foram sendo instalados pelo Brasil, conhecidos como diambistas. Ademais, várias músicas passaram a montar todo um folclore ao redor da maconha, o que a fez ainda mais popular (CARNEIRO, 2019). Com isso, movimentos conservadores passaram a recriminar o uso, haja vista sua associação com a cultura africana. Com o tempo, antes mesmo de uma definição científica para o termo droga, a cannabis passou a ser considerada como uma.

4. O CONCEITO DE “DROGA”

Ao longo do tempo, o conceito do termo droga vem sido analisado e debatido entre membros da rede jurista, científica e medicinal. A definição de tal termo surgiu em 1993, apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que teve como base a comunidade médica internacional e, inclusive, tal conceito se mantém na atualidade. A OMS, em sua definição, avalia o aspecto biológico e farmacológico das substâncias e, segundo o órgão, droga seria toda substância que, uma vez administrada, altera o funcionamento biológico dos organismos vivos, causando mudanças fisiológicas ou de comportamento, devido à sua estrutura e ação química (FONTE, 2006).

Quando a substância tem efeitos benéficos que superam os efeitos adversos, esta é considerada um fármaco, já quando tal substância possui mais malefícios do que benefícios, é considerada um agente tóxico (OMS, 2004). De acordo com a OMS, drogas psicotrópicas podem ser definidas como substâncias que “agem no sistema nervoso central” produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora, sendo, portanto, passíveis de auto administração (OMS, 2004, p. 253).

Tal conceito foi adotado pela atual lei brasileira de drogas, Lei n.º 11.343, para a determinação do que seria droga, a qual é descrita como substância ou produto capaz de causar dependência, conforme pode ser observado em seu Art. 1º, parágrafo único (BRASIL, 2006):

Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes. Parágrafo único. Para fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União.

Sob a ótica atual, encontra-se uma certa divergência entre estes termos arrolados pela biologia e pela lei, haja vista que para os cientistas há a compreensão de medicamentos como substâncias prescritas com recomendação terapêutica, de

uso da medicina, já anteriormente estudadas e estabelecidas pela ciência (OMS, 2004). Alguns autores alegam tal divergência como resquícios do intento proibicionista em que a cannabis veio passando no lastro do tempo (MOSKOWITZ, 2018). Sendo assim, sugerem que drogas poderiam ser compreendidas como aquelas substâncias capazes de provocar dependência e que via de regra são comercializadas de forma ilegal e estão intimamente ligadas a algo danoso, ruim e perigoso (SADDI, 2021).

Dessarte, diante do pressuposto que a definição dada ao termo droga advém de um viés da Biologia, faz-se necessária uma pesquisa acerca do tema no âmbito Jurídico, de modo que conceituá-la e definir o seu termo é de suma importância para uma discussão política, jurídica, social e econômica, tanto quando para a biologia.

De uma visão legal, as drogas podem ser classificadas como lícitas e ilícitas, sendo lícitas aquelas que tem a sua produção e seu uso permitidos por lei, sendo liberadas para comercialização, como por exemplo, álcool, tabaco e medicamentos prescritos de forma legal. Frisa-se que o fato de ser liberado não significa que possa ser utilizado sem os devidos cuidados e controles fiscais, pois fato é que isso pode acarretar sérios prejuízos de saúde. Já as drogas ilícitas são as que tem a sua produção, comercialização e uso proibidas por lei, podemos exemplificar a cocaína, maconha e heroína (MASSON, 2018).

Uma vez trazida essa definição da ciência e da Lei n.º 11.343/2006, salienta-se a portaria Nº 344/98, da Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, que traz algumas definições também (BRASIL, 1998):

Medicamento - Produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.
Notificação de Receita - Documento padronizado destinado à notificação da prescrição de medicamentos: a) entorpecentes (cor amarela), b) psicotrópicos (cor azul) e c) retinóides de uso sistêmico e imunossuppressores (cor branca). A Notificação concernente aos dois primeiros grupos (a e b) deverá ser firmada por profissional devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina, no Conselho Regional de Medicina Veterinária ou no Conselho Regional de Odontologia; a concernente ao terceiro grupo (c), exclusivamente por profissional devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina. Precursores - Substâncias utilizadas para a obtenção de entorpecentes ou psicotrópicos e constantes das listas aprovadas pela Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas, reproduzidas nos anexos deste Regulamento Técnico. Preparação Magistral - Medicamento preparado mediante manipulação em farmácia, a partir de fórmula constante de prescrição médica. Psicotrópico - Substância que pode determinar dependência física ou psíquica e relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção sobre

Substâncias Psicotrópicas, reproduzidas nos anexos deste Regulamento Técnico. Receita - Prescrição escrita de medicamento, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado, quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado. Substância Proscrita - Substância cujo uso está proibido no Brasil.

Esta portaria é de extrema importância para a complementação da Lei de drogas 11.343/98, pois tal lei não cita quais substâncias que acarretariam a responsabilização penal (MASSON, 2018). Enquanto isso, a portaria traz toda uma listagem especificando cada substância abrangida pela lei de drogas, assim como a diferenciação do que seriam drogas, entorpecentes e psicotrópicos. Sucintamente, somente será considerado droga para os efeitos da lei o que não estiver nas listas F1 (entorpecentes) e F2 (psicotrópicos) da portaria da Avisa de n.º 344/1998.

5. A EVOLUÇÃO DA CANNABIS NO ÂMBITO JURÍDICO

No campo jurídico, houveram três convenções realizadas pelas Nações Unidas, com intuito de regulamentar o controle sobre as drogas, inclusive a cannabis. Em 1961 aconteceu a primeira convenção, intitulada Convenção Única de Entorpecentes (*Single Convention o Narcotic Drugs*), emendada por um protocolo em 1972. Seu texto traz o foco no mal que a toxicomania e o toxicômano possam acarretar a sociedade e a economia, mas sempre reconhecendo o uso medicinal das substâncias. Apesar de o artigo 21-15 consentir que os assinantes declararem suas reservas quanto ao texto proposto, o tratado foi adotado no Brasil através do Decreto n.º 54.216/1964, *ipsis litteris* (BRASIL, 1964):

O uso médico dos entorpecentes continua indispensável para o alívio da dor e do sofrimento e que medidas adequadas devem ser tomadas para garantir a disponibilidade de entorpecentes para tais fins, [...] Desejando concluir uma convenção internacional que tenha aceitação geral e venha substituir os trabalhos existentes sobre entorpecentes, limitando-se nela o uso dessas substâncias para fins médicos e científicos estabelecendo uma cooperação a fiscalizações internacionais permanentes para a consecução de tais finalidades e objetivos.

A primeira vantagem extraída desta convenção foi um sistema de listas que vieram a classificar as drogas quanto a sua periculosidade e formas de controle. As duas primeiras listas classificam os entorpecentes, os naturais ou sintéticos,

verificando rigorosamente e determinando suas proibições, restringindo e controlando o assunto quanto ao plantio, distribuição, produção, prescrição e uso. A *“List of Drugs Included in Schedule I”* (Lista de medicamentos incluídos no Anexo I, em tradução livre) inclui a *“Cannabis”* e *“Cannabis resin” (and extracts and tictures of cannabis)* (a cannabis, sua resina e seu extrato) no mesmo tópico que se encontra a substância como a cocaína, heroína e ópio, que são “potenciais causadores de dependência”. A Cannabis integra a lista IV da mesma convenção como *particularly dangerous drug* (droga particularmente perigosa). Todas estas listas compõem a *Yellow List* (Lista Amarela), e passam a classificar quanto à periculosidade e tipo de controle das substâncias elencadas (UN, 1961).

Considerou-se em 1971 a necessidade de um endurecimento nas medidas em busca da restrição do uso de psicotrópicos, através do Decreto 79.388, também conhecido por *Convention on psychotropic substances*. Mais uma vez não se exclui o uso das substancias psicotrópicas para fins médicos e científicos. Nesta convenção determinou-se e exigiu-se uma licença rigorosa do país que desejasse fabricar, comercializar e distribuir com finalidade medicinal, descrito pelo Art. 2º, I, devendo também cumprir obrigações de seu Art. 13, e medidas referentes a proibições e restrições sobre exportação e importação em seu Art. 2º - 7, D (UN, 1976).

Logo na Terceira convenção originou se à *red list* (Lista vermelha), a qual viria a tratar sobre as medidas a serem tomadas contra o tráfico de drogas, intitulada *Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and psychotropic Substances* (Convenção Contra Tráfico de Ilícitos de Drogas Narcóticas e Substâncias Psicotrópicas), a qual também veio a ser adotada pelo Brasil. A discussão da vez foi sobre extraditar traficantes, controlar precursores químicos, o transporte e transferências das drogas (MEDEIROS, 2020). Propugnava-se eliminar o cultivo ilícito de plantas de cannabis em seu Art. 14, pois na Convenção Única de 1961 já havia determinações sobre o interesse de partes para cultivar a cannabis e a produção da resina, deveria o seu processo ser todo fiscalizado por um órgão oficial, como menciona o Art. 28 e 23-1 (UN, 1976).

Através da Lei nº 6.360, de 1976, o Brasil enunciou que as drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e afins ficariam submetidos as normas que a Vigilância Sanitária estabelecesse (BRASIL, 1976). Diante disso a Lei nº 9.782, de

1999 deu origem a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), providenciando a proteção à saúde através de seu controle. Tratando-se de uma autarquia sobre regime especial, a Anvisa edita portarias que trazem as classificações do tipo de controle sobre cada substância. Como já anteriormente mencionado, sua Portaria SVS/MS 344, de 12 de maio de 1998 dispõe acerca das Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial. A Lei Federal nº 11.343, de 2006, alterada Lei 13.840, de 2019, é complementada por estas listas, utilizando-as como uma de suas bases e, assim, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Público sobre Drogas (SISNAD) (MEDEIROS, 2020).

Em seu primeiro artigo e parágrafo único, é preconizado a consideração do que são as drogas, substâncias capazes de causar dependência, e que estas estão especificadas em lei, classificadas pela portaria da Anvisa como já mencionada, e relacionadas em listas. Estas listas por sua vez devem ser atualizadas de forma periódica, sua responsabilidade está sob o Poder Executivo da União. Em seu segundo artigo traz as proibições sobre o plantio, as drogas, cultura, colheita em todo território nacional, onde também cita as convenções internacionais já referidas, observando sempre a sua liberação para uso com fins medicinais e científicos, desde que em local e prazos determinados (BRASIL, 2006).

Já outra regulamentação da lei é trazida pelo Decreto 5.912/2006, no qual passa a competência para o Ministério da Saúde autorizar o plantio (BRASIL, 2006). A Anvisa classificou primeiramente a Cannabis e CDB (Canabidiol) em sua lista “F2”, como substâncias de uso proscrito, que são as cujo uso está proibido no país. Embora constante na lista o plantio e a possibilidade de uso para fins medicinais, a mesma lei utiliza de vários critérios burocráticos, mesmo que diversos estudos demonstrem grande êxito em seu uso no meio medicinal (CARNEIRO, 2019).

5.1 LEIS INCRIMINADORAS

Oficialmente, a criminalização dos entorpecentes em geral veio no ano de 1920, ano em que começa a década da “Grande Proibição” (DE CARVALHO, 2012, p. 05). A lei visava punir usuários de forma muito mais ampla e severa do que aqueles que a produziam, o que demonstra indícios de que a criminalização sempre se voltou

aos hábitos sociais do uso, o que deu base para criação da Delegacia de Costumes, Tóxicos e Mistificações (DCTM) no ano de 1934.

Durante o período da ditadura de Vargas, foi adotada uma posição governamental em relação ao combate da maconha, emitindo decretos em 1944 que levaram o combate a um nível nacional, atribuindo a esta delegacia não somente assuntos como a apuração de crimes relacionados as drogas e saúde pública, mas também de práticas religiosas, julgamentos sobre moralidade pública, decoro familiar e afins. Insta frisar que tais leis, já desde tal época, eram focadas contra a ideologia africana num todo, haja vista que, através da delegacia, o Estado erradicava qualquer tipo de costume afrodescendente, como a prática da umbanda, capoeira e, claro, diambistas (BARROS; PERES, 2017).

Com o passar do tempo, liberou-se a prática da capoeira, da umbanda e diversas outras da cultura africana, mas a maconha continuava perseguida e, por consequência, criminalizada. Zeca de Medeiros (2020, p. 41) demonstra que “ao longo do século XX, o combate às drogas foi se intensificando mundialmente, interesses econômicos e sociais levaram à criação da Guerra às Drogas”. Várias convenções foram realizadas através da ONU sobre o tema, apresentando medidas rigorosas contra o consumo. Vários países adotaram suas recomendações e o Brasil também absorveu estes princípios. Com isso, ainda no período da ditadura, o código penal sofreu alterações e equiparou usuários com a mesma pena para traficantes, com medidas repressivas, além de que apresentavam-se denúncias sem mesmo contatadas as provas materiais, por mera perseguição (racial, ideológica, política, entre outras espécies).

Destaca-se que, enquanto de um lado as agências mundiais de repressão internacional eram vistas como ferramentas de sucesso, de outro lado o crime organizado cresceu bastante durante esse tempo, suprindo cada vez mais consumidores (WERB, 2013), e, como resultado, hoje há mais pessoas usando drogas “do que em qualquer outro ponto da história do controle de drogas”, alega Michael Moskowitz (2018).

Como afirma a *Global Commission on Drugs* (2014), a comunidade internacional “está mais longe do que nunca de realizar um ‘mundo livre de drogas’” (2014, p. 114), um fracasso em seus próprios termos. A ineficácia, contudo, é apenas

um aspecto. A proibição tem consumido bilhões e enriquecido criminosos. A ONU estima em 230 bilhões de dólares o valor anual do mercado ilícito de drogas. Imensuráveis danos têm sido causados à saúde e à segurança, assim como à atividade judicial, à ordem legal e ao desenvolvimento econômico em todo o mundo. Enquanto isso, países que experimentaram alguma espécie de descriminalização não economizam somente os custos com a repressão, mas também salvam vidas (DIEHL; PILLON, 2020).

Posto isso, só em meados do século XXI que o debate acerca do tema deixa de ser rejeitado totalmente, e em 1976, a Lei 6368 de 21 de outubro distanciou usuário de traficante no tipo penal, trazendo-lhes penas diferentes, todavia, com poucas mudanças (BRASIL, 1976). Não obstante, o grande impacto ocorreu com a aprovação da Lei 11.343/2006, que extinguiu a pena de reclusão para usuários e para quem planta a maconha para consumo próprio. A referida lei traz em seu texto o que considera crime relativo às drogas em seu Art. 33, tipificando (BRASIL, 2006):

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.

Extrai-se que a tipificação da lei penal busca coibir condutas de forma clara, no âmbito de contato com as drogas, na qual pode se classificar três categorias de ações: as vinculadas ao consumo ou atos de demanda (consumo, aquisição para si, porte, porém a ação de compra e entrega não é a ação em si que seria levada em consideração, mas a quantidade portada em questão); as ações vinculadas ao tráfico ou atos de oferta (produção, cultivo, entrega, importação, exportação, trânsito, venda, realização de tráfico, comercialização); e por derradeira, a colaboração nos atos anteriores (colaboração financeira, colaboração para consumo ou oferta, garantia de meios para prática de fabricação, como laboratórios) (MASSON; MARÇAL, 2019).

Sob esta ótica, a lei em comento traz em seu Artigo 28 § 1º e § 2º (BRASIL, 2006):

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo

com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento à programa ou curso educativo. § 1º Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica. § 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

O delito em tela classifica-se como crime de mera conduta e de perigo abstrato. É de mera conduta porque o legislador descreve somente o comportamento do agente, sem se preocupar com o resultado, satisfazendo-se com a simples ocorrência da descrição típica (GONÇALVES; BALTAZAR JÚNIOR, 2019). Classifica-se também como crime de perigo abstrato porque o perigo é presumido *iute et de iure*, sem a necessidade de ser provado, pois a lei contenta-se com a simples prática da ação que pressupõe perigosa (MASSON; MARÇAL, 2019).

Não obstante, percebe-se que o Direito Penal limita o indivíduo em sua liberdade de agir, mas não se pode proibir além do necessário para que se alcance uma coexistência livre e pacífica (ROXIN, 2008). De modo que, qualquer intervenção nessa área deve ser proporcional, obediente à dignidade humana e à igualdade, condições essenciais da liberdade individual (MACHADO, 2018). Por isso, em suma, não se poderia admitir a tal criminalização, já que a conduta proibida não gera perigo e nem dano.

Já como elemento subjetivo do tipo exige-se o dolo, não havendo “porte de drogas” na forma culposa. O sujeito ativo do crime pode ser qualquer pessoa, seja usuário novíço, recreacional (eventual), dependente ou inveterado. Quanto à sujeição passiva, absurdamente se prevê como sendo a coletividade – o conjunto indiscriminado de cidadãos – os destinatários da proteção ensejada pela lei penal (SADDI; ZEMEL, 2021). Tem-se, portanto, um dispositivo legal que tenta proteger um “conjunto indiscriminado de cidadãos” de uma conduta inofensiva, isto é, protege-se não se sabe quem, de nada.

Tal crítica torna-se ainda mais evidente no que tange à consumação do delito, que ocorre com a prática de qualquer dos núcleos do tipo já destacados, de modo que não caracteriza o crime de “porte de entorpecente” a conduta do agente que, recebendo de terceiro a droga, para uso próprio, a consome *incontinenti*, pois a

incriminação do porte de tóxico só se pode explicar como delito contra a “saúde pública”, possibilitando uma situação de perigo contra indeterminado número de pessoas (MARCÃO, 2008).

Sob este pensamento, Alessandra Diehl e Sandra Pillon demonstram (2020, p. 77):

Restando a dúvida: o que se protege? Do que? Trata-se, portanto de crime de perigo abstrato que se utiliza da ratio legis para justificar a incriminação, ou seja, vale-se da finalidade da lei e não do bem jurídico penal, o qual inexistente aqui. Vejamos então a objetividade jurídica do delito: (a) Adquirir: significa alcançar a propriedade ou a posse, pouco importando a forma ou o meio: troca, doação, venda etc.; (b) Guardar: compreende a ocultação pura e simples, permanente ou precária; (c) Ter em depósito: é manter a droga sob seu domínio, sob condições de pronto alcance; (d) Transportar: significa levar de um local a outro.

Da mesma forma, porém no que tange à consumação do delito previsto no § 1.º do art. 28 da Lei 11.343/2006, basta semear, cultivar ou colher. Já quanto à tentativa, admitir-se-á apenas na modalidade adquirir (GONÇALVES; BALTAZAR JÚNIOR, 2019). Há, porém entendimentos em sentido contrário, dispendo que o simples fato de tencionar alguém adquirir substância entorpecente e pôr-se os aprestos, sem, contudo, dar início à transação delituosa, não ultrapassa a zona cinzenta dos atos preparatórios, indiferentes sob o ponto de vista repressivo penal. Já quanto à hipótese do § 1.º, é possível a tentativa quando, por exemplo, o agente apenas preparou o local e foi surpreendido com as sementes (sem princípio ativo), antes de lançá-las ao destino pretendido (semear).

Importante mencionar, por fim, a previsão legal do § 6.º do dispositivo em comento, segundo o qual, caso o agente se recuse injustificadamente a cumprir uma das penas previstas pelo caput, quando da condenação, poderá o magistrado submetê-lo sucessivamente à: I – admoestação verbal; II – multa (BRASIL, 2006).

5.2 A CANNABIS PARA FINS MEDICINAIS NA JURISPRUDÊNCIA

O primeiro caso judicial de grande repercussão que objetivava a importação da substância, foi o caso da garota brasileira Anny Fischer, de 5 anos, que fora diagnosticada com síndrome CDKL5, uma degenerativa na qual causava cerca de 80

convulsões por semana na criança. Inclusive, esta é a principal característica do enfermo, na qual resulta em graves alterações cerebrais de seu portador, além da impossibilidade de locomoção, comunicação, e restrição na resposta psicomotora nervosa (NUNES, 2018).

Sua mãe ao fazer pesquisas sobre o uso da cannabis para tratamentos de doenças cerebrais nos Estados Unidos (local onde o extrato seguro pelo órgão regulador competente), passou a utilizar o composto canábico (Tetrahydrocannabinol, ou THC, que possuía 20% de canabidiol) na garota. Com resultados satisfatórios, as convulsões da Anny reduziram em 89% em um mês de uso, e, em a partir do segundo, passou a ter duas crises a cada trimestre (NUNES, 2018).

Os primeiros acessos da criança ao extrato eram realizados por meio de amigos que viajavam para os Estados Unidos ilegalmente e traziam o composto, entretanto, na falta do produto e sem contatos para trazê-lo, fez uma solicitação para importar o óleo a base de canabinoides, que foi preso na alfandega, com a justificativa do ato acarretar importação clandestina, crime tipificado no art. 33, Lei nº 11.342/06.

Na tentativa de regularizar o uso para sua filha, primeiramente, a mãe ingressou no judiciário em 2013 um Mandado de Segurança, no qual foi negado. No ano de 2014, em abril, um laudo médico de um professor de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, foi conseguido pela família, assim, após a instauração de um segundo processo com este laudo, todavia de natureza diversa, um *habeas corpus* de n.º 24632-22.2014.4.01.3400 JTDF, a ação teve seu pedido liminar deferido, como resultado, Anny se tornou a primeira brasileira a importar legalmente o óleo de THC. Segue um recorte da decisão do caso (BRASIL, 2014):

A experiência tem demonstrado que os procedimentos no seio da ANVISA são demorados, muito em razão da complexidade de sua missão e das averiguações que realiza sobre os produtos postos ao seu crivo para fins de registro e liberação de uso.(...) Decerto que a ANVISA iniciará longo processo para estudo da substância para fins de certificação de sua segurança e da eficácia, para que, só então, eventualmente autorize sua inserção no mercado para amplo consumo. Entretanto, não há como fazer a autora esperar indefinidamente até a conclusão desses estudos sem que isso lhe traga prejuízos irreversíveis. É necessário adotar uma solução intermediária, que contemple os interesses de todas as partes envolvidas. De um lado, a ANVISA deve, em razão das atribuições legais que lhe foram confiadas, dar seguimento às pesquisas para a possível liberação do uso do Canabidiol em larga escala no Brasil, fazendo uso do tempo estritamente necessário à conclusão das análises sobre a segurança e a eficácia da substância. De outro lado, no entanto, deve-se tutelar a vida e a saúde da autora, permitindo-

lhe que continue a importar e consumir a substância em nosso país até que haja um pronunciamento definitivo da ANVISA sobre o tema. (...) Postos em confronto a prerrogativa da administração pública de reter o medicamento visado pela autora para fins de controle e averiguação de sua segurança e eficácia, e, noutro polo, os direitos fundamentais à vida e à saúde, bens estes somente tuteláveis no momento pelo uso contínuo do Canabidiol, há que se dar prevalência ao interesse jurídico da demandante o estatal sobre ela, pelos danos irreversíveis que pode provocar, suplanta e contraria o fim visado pela vigilância sanitária, que é o de proteger a saúde pública. (Habeas Corpus n.º 0024632-22-2014-4-01-3400, TRF 1ª Região, rel. des. Jirair Aram Meguerian, julgado em 12, abr. 2014).

Movimentos a favor do acesso à medicamos derivados do Canabidiol (CDB) foram fortalecidos por meio de pedidos judiciais e administrativos a partir de então, um grande marco foi a posição do Conselho Federal de Medicina, que autorizou a prescrição de medicamentos com canabidiol por médicos e psiquiatras aos seus pacientes por meio da Resolução nº 2113/2014, ainda que a cannabis integrasse a lista de substancias proibidas (BRASIL, 2014).

Deste modo, a Anvisa anunciou a transferência do canabidiol para sua lista “C1”, medicamentos de uso controlado, permitindo o uso canábico através de importação para fins medicinais. Após este ocorrido, em menos de três meses já existiam 374 pedidos para importação e 366 já haviam sido autorizados. No mesmo ano em 06 de maio, publicou Resolução Diretoria Colegiada 17/2015, trazendo os critérios e procedimentos para essas importações, de caráter excepcional, dos produtos à base de canabidiol associados a outros canabinoides.

Sobre o tema, Valentina Nunes (2018, p. 48) alega:

Para os cientistas, a proibição era um dos obstáculos às pesquisas. Primeiro brasileiro a estudar o canabidiol no tratamento da epilepsia, em 1970, o médico Elisaldo Carlini chegou a contrabandear o produto para testes laboratoriais e aplicação em adultos. A reclassificação da substância para a lista de “controladas”, segundo Antonio Zuardi, professor de psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP) em Ribeirão Preto, passou a facilitar a pesquisa e o monitoramento de pacientes com quadros graves, “por não ser mais uma droga proibida”. O canabidiol foi a única substância extraída da maconha liberada pela ANVISA, na sessão de 14 de janeiro de 2015, para uso medicinal, passo considerado importante para as pesquisas na Faculdade de Medicina da USP.

Em concórdia, maria da Penha Medeiros (2018, p. 48) sugere:

A data entrou para a história da medicina brasileira. Polêmica, a liberação do uso medicinal do canabidiol, ou CBD, foi aprovada pela Agência Nacional de

Vigilância Sanitária (ANVISA), por unanimidade dos quatro diretores com direito a voto. Um dos oitenta princípios ativos derivados da *Cannabis sativa*, nome científico da maconha, a substância saiu da lista das “proibidas” e passou a ser mais uma das relacionadas como “controladas” pelo Ministério da Saúde. Mesmo assim, os critérios preliminares para registro, venda e aplicação de medicamentos produzidos à base de compostos da erva só foram aprovados pelo governo quase dois anos depois, em novembro de 2016.

Evidencia-se que a judicialização vem sendo cada vez mais intensificada, inúmeras decisões foram proferidas no ano de 2015, concedendo o fornecimento de medicamentos à base do CDB para tratar convulsões, fundamentando essas decisões na reclassificação do medicamento como de uso controlado, sob prescrição médica, e risco de dano irreparável ou difícil reparação a vida.

Ainda em 2015, em 09 de novembro, aconteceu a primeira Ação Civil Pública pelo Ministério Público Federal – 0090670-16.2014.4.01.3400 16ª Vara Federal – em face da União e da Anvisa, resultando na determinação para que modificasse o Tetrahydrocannabinol da lista “F2” (Substâncias psicotrópicas de uso proscrito no Brasil, ou seja proibidas) para a lista de prescrições médicas, liberando a importação de quaisquer produtos que contenham este princípio ativo, uma vez que seu uso seja para tratamentos, garantindo também a pesquisa científica da planta.

No ano seguinte, 2016, a autorização da prescrição e manipulação de medicamentos à base de *Cannabis* veio através da Anvisa, em 2017, a Resolução da Diretoria Colegiada nº 156, que inclui a *Cannabis Sativa* na lista das denominações comuns brasileiras, como planta medicinal, possibilitando o registro de novos medicamentos à base de CBD e THC. No mesmo ano foi registrado o primeiro remédio brasileiro à base de cannabis, o Mevatyl, indicado para adultos com espasmos moderados ou graves (MEDEIROS, 2020).

Em 2018, a Anvisa passa a reconhecer o uso de diversos remédios canabinoides através da sua Resolução DC 128/18, como o *Hemp Oil*, (óleo canábico), Purodiol CDB e *Hemp Blend Real Scientific*. Nessa ótica, importante dizer que o uso medicinal é legal em vários países como Portugal, Jamaica, Austrália, Argentina, Canadá, Espanha.

Percebe-se que a Anvisa se esforçou para ir contra as recomendações estratégicas do Governo da época (que é ainda mais rigoroso no atual), e aprovou liberação para a venda em farmácia dos produtos à base da *Cannabis* para uso

medicinal brasileiro. Todavia, este medicamento deve ser proveniente de importação, pois o sistema de saúde brasileiro, embora autorize o uso, não o utiliza (DIEHL; PILLON, 2020). Ademais, o cultivo continua proibido em terras brasileiras, assim como plantio e produção caseira do medicamento, isso significa que ainda que o movimento exista, a única beneficiária econômica tem sido a indústria farmacêutica, visto que tais medicamentos possuem um custo altíssimo no mercado (PINHEIRO; MORAES; FATTORI, 2021).

Outro caso favorável, que vai além do uso e importação da substância CBD, ocorreu em novembro de 2017, no Rio de Janeiro, concedido pelo 1º Juizado Criminal. Um casal, Marcos e Margarete obtiveram um habeas corpus preventivo concedido para o plantio, logo em seguida buscaram um salvo-conduto para o cultivo da planta, por temerem um enquadramento como tráfico de drogas. Esta foi a primeira decisão sobre o tema, e na mesma época outras duas famílias conseguiram resultados semelhantes diante do judiciário (MEDEIROS, 2020).

O pedido de *Habeas Corpus Preventivo*, fora impetrado por Vanildo José da Costa Junior, em favor de Margarete Santos de Brito e Marcos Lins Langenbach, contra o Chefe da Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro, na pessoa do delegado Carlos Augusto Leba e/ou a Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, na pessoa do CMT Geral, Wolney Dias Ferreira, a decisão em recorte traz (BRASIL, 2016):

Desta forma concedo o SALVO-CONDUTO em favor de Margarete Santos de Brito e Marcos Lins Langenbach, a fim de que as autoridades encarregadas, Polícia Civil e/ou Polícia Militar, sejam impedidas de proceder a prisão em flagrante dos pacientes pela produção artesanal Cannabis Sativa para fins medicinais, bem como fique impedidas de apreenderem os vegetais mencionados até decisão definitiva que tramita no processo número 0085473-23.2016.4.02.5101 da 14ª Vara Federal do Rio de Janeiro. Dê-se ciência ao Ministério Público da presente decisão. (Processo nº 2016.51.01.085473-8, TRF 2ª Região, Maurício da Costa Souza, julgado em 02, set. 2016).

Margarete é percussora no cultivo e manipulação caseira da Cannabis para fins medicinais, e atualmente preside a Associação de Apoio a Pesquisa e Pacientes da Cannabis Medicinal - APEPI, foi desta forma que ela encontrou meios de tratar sua filha, uma vez que a importação além de altíssimo custo também é um processo lento e burocrático. Segundo entrevista ao Jornal Folha de São Paulo em 2017, Margarete declarou que (2019, p. 01): “se o Estado não pode cumprir com o papel de zelar pela

para tratamentos de doenças raras e graves, a observância da lei de drogas, contra o plantio, cultivo, porte, e até mesmo importação da substância se mostra duro.

Mais uma vez, deve-se ter em mente que, atualmente, o posicionamento dos tribunais é que o uso do extrato canábico é utilizado apenas por importação. Isto é, ainda é proibido o plantio residencial ou compra clandestina em solo brasileiro. Nesse sentido, a 1ª Turma Criminal do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios manteve a decisão do juízo de primeira instância em um processo no qual a autora pugnava, em sede de *habeas corpus preventivo*, a permissão judicial para o plantio da cannabis para uso medicinal. “não existe previsão legal para o cultivo da própria planta por pessoas físicas e usuários em território nacional. Em outras palavras, não há regulamentação que respalde a pretensão da recorrente para o cultivo da maconha” (BRASIL, 2021) alega o relator Roberval Casemiro Belinati, ao julgar o processo em 15 de julho de 2021.

O mesmo aconteceu com o salvo-conduto requerido por Ângela, mãe, que fazia o plantio ilegal para o tratamento da filha com autismo, que foi indeferido pela 5ª Vara Criminal de Campinas (SP), em 2015, sob argumento de que *writ* não era via adequada, porque seria necessário extensa dilação probatória da eficácia do medicamento artesanal e que a fiscalização seria impossível (BRASIL, 2018):

HABEAS -CORPUS – Tráfico de drogas – SALVO CONDUTO – PLANTAR E CULTIVAR CANNABIS SATIVA L – MACONHA – Filha da paciente possuidora de doença grave – Transtorno do Espectro Autista – Canabidiol – Efeitos medicinais eficazes no tratamento da criança – Medicamento de alto custo. Burocracia na importação – Efeito do remédio industrializado inferior ao produzido artesanalmente – Efeito entourage – Matéria que demanda dilação probatória. Não comprovação da ineficácia do medicamento industrializado. Burocracia e alto custo que podem ser resolvidos por meio de pedido perante uma das varas da fazenda pública. Temeridade da concessão do pleito – Impossibilidade de fiscalização do cultivo/plantação na residência da paciente, seja em relação à quantidade, seja em relação ao teor da substância produzida — LIMINAR INDEFERIDA. (HC 2211066-32.2018.8.26.0000 SP 2211066-32.2018.8.26.0000, TJSP, 10ª Câmara de Direito Criminal, rel. Rachid Vaz de Almeida, julgado em 19, out. 2018).

Igualmente ocorreu no caso de Frederico Batistella Yasuda: HC 0011944-38.2019.8.26.0000 SP 0011944-38.2019.8.26.0000 da 10ª Câmara de Direito Criminal, julgado em 23 de maio de 2019, pelo relator Nelson Fonseca Júnior (BRASIL, 2019).

Pode-se dizer que toda a Constituição busca predominantemente a expansão da liberdade da sociedade (MACHADO, 2018), exceto em suas leis proibicionistas que geram mais consequências prejudiciais do que argumentos para criação de uma lei. Tem-se como fato que a proibição do uso da Cannabis tem transformado cidadãos de bem em infratores da lei. Em uma sociedade em que exista uma garantia de liberdade pautada na responsabilidade, não parece plausível que o governo deva ditar qual o comportamento correto; todavia, pelo fato do tema se tratar de saúde pública, fica vinculado ao Estado seu fomento e distribuição.

6. A LEGALIZAÇÃO DO PLANTIO CANNÁBICO PARA FINS MEDICINAIS COMO MECANISMO COROLÁRIO AO DIREITO À SAÚDE E À DIGNIDADE HUMANA: SERIA A LEGALIZAÇÃO POSSÍVEL NO BRASIL?

Pesquisas médicas indicam que os medicamentos produzidos com CBD são muito eficazes no tratamento dos sintomas de diversas doenças neurológicas, como, por exemplo, epilepsia refratária (de controle difícil ou pouca resposta à tratamentos comuns), Alzheimer, autismo, fibromialgia, Parkinson, Síndrome de Tourette, esquizofrenia e quadros de ansiedade (GRAEFF, 1989). A importância deste composto como medicamento é reconhecida no Brasil tanto pelo setor médico, quanto pela agência reguladora sanitária brasileira. Já no âmbito internacional, observa-se que cerca de 40 (quarenta) países têm legislações que permitem o uso de cannabis medicinal (MOSKOWITZ, 2018). Ou seja, infere a relação direta entre uso da cannabis com o direito à saúde.

O direito à saúde consta na Constituição Federal de 1988 no título que se refere à ordem social, onde o objetivo é o bem-estar e a justiça social. Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988, no seu Art. 6º, estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância (BRASIL, 1989). Ou seja, o direito à saúde é indissociável do direito à vida, que tem fundamento no valor de igualdade entre as pessoas.

Nesse sentido, a tutela do direito à saúde apresentaria duas faces: 1) de preservação e 2) de proteção. Por um lado, a preservação da saúde se relacionaria

às políticas de redução de risco de uma determinada doença e, por outro lado, a proteção à saúde se caracterizaria como um direito individual, de tratamento e recuperação de uma determinada pessoa.

Para complementar, a Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que objetivem a minimização do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1989). Isto é, o direito à saúde não se restringe apenas a poder ser atendido no hospital ou em unidades básicas. Assim, mesmo que o acesso à serviços tenha relevância, como direito fundamental, o direito à saúde abrange também a garantia ampla de qualidade de vida, em associação a outros direitos básicos, como educação, saneamento básico, atividades culturais e segurança.

Dentre os direitos fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988, o direito à saúde está entre os mais debatidos nos âmbitos acadêmico, doutrinário e judicial, estimulando dentro da sociedade brasileira um processo de conscientização de que, efetivamente, cabe ao Estado a proteção do cidadão, principalmente nesse cenário abordado. Trata-se então de um direito público subjetivo, uma prerrogativa jurídica indisponível, e que é garantida à generalidade das pessoas.

Todavia, mesmo com tantos avanços políticos e legais, a luta social pela efetivação do direito à saúde no Brasil não cessou, na medida em que o financiamento deste sistema permanece insuficiente em função do tamanho da demanda que deve ser alcançado pelo sistema, provocando a ocorrência de inúmeras omissões por parte do Estado, que tem o dever constitucional de garantir esse direito fundamental a todos os cidadãos.

Como comprovado, existem casos no Brasil em que o uso medicinal da cannabis urgem efeitos incontestavelmente positivos. Anny, Carol e muitos outros indivíduos no mundo atualmente estão utilizando do canabidiol como principal fonte para o tratamento de seus enfermos cerebrais. Para se ter uma noção, desde 2015, quando a regulamentação para a importação foi aprovada, até o ano de 2019, o número de pacientes interessados em adquirirem o produto quadruplicou, pulando de 902 cadastros para 3.613 (G1, 2019).

Seguindo essa máxima, constata-se a legalização do cultivo medicinal da cannabis como corolário da dignidade humana. Em prol de promover a uma vida digna e o bem estar social em todo o território nacional, a Constituição federal de 88, em seu artigo 1º, inciso III, apontou a dignidade da pessoa humana como princípio fundamental dos entes federados. Conforme aponta Costa Machado (2018, p. 38):

A dignidade da pessoa humana é o valor-fonte de todos os direitos fundamentais. Esse valor, que deve ser considerado fundamento e fim último de toda a ordem política, busca reconhecer não apenas que a pessoa é sujeito de direitos e créditos, mas que é um ser individual e social ao mesmo tempo. No espaço privado, reino da satisfação das necessidades, a pessoa humana é indivíduo, isto é, mostra-se voltada para a realização de suas necessidades biológicas. Já no espaço público, a pessoa é um ser social, ou, como preferiu Aristóteles, o homem é um animal político, pois vive e morre na polis- comunidade política.

Assim, o texto constitucional garante um valor essencial e fundamental às premissas da dignidade da pessoa humana, um parâmetro orientador que irradia efeitos sobre todo o ordenamento jurídico pátrio, devendo ser executada em todas as atividades privadas e estatais, principalmente pelos três poderes, atuando como um escudo protetivo essencial (DELGADO, 2019). Nesse prisma, Alexandre de Moraes (2018, p. 51) leciona:

Ressalte-se, contudo, que a supremacia absoluta das normas constitucionais e a prevalência do princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento basilar da República obrigam o intérprete, em especial o Poder Judiciário, no exercício de sua função interpretativa, aplicar não só a norma mais favorável à proteção aos Direitos Humanos, mas, também, eleger em seu processo hermenêutico, a interpretação que lhe garanta a maior e mais ampla proteção.

Nessa ótica, vê-se que a premissa da dignidade da pessoa humana é interligada com diversos outros mecanismos que garantem uma função mais humanizada aos indivíduos que convivem em algum núcleo social. A dignidade é, de maneira essencial, um atributo característico que a pessoa adquire pelo simples fato de estar viva, se tornando um indivíduo que merece ser tratado da melhor maneira possível, de maneira igual.

Por outro lado, apesar da demanda de medicamentos à base de *Cannabis* ter crescido nos últimos anos em razão da sua popularização dentre as mais diversas camadas da sociedade brasileira – pois são os únicos que, verdadeiramente,

solucionam o problema dos pacientes portadores de determinadas doenças -, o que se observa é que o acesso a tais medicamentos é extremamente caro e demorado, impedindo que os pacientes – em especial aqueles com epilepsia – tenham uma vida digna.

Conforme elucida Camila Azevedo (2020, p. 40):

Uma consulta rápida na internet informa a bula do medicamento e seu preço final. No site da farmácia 4BIO, o preço do Mevatyl era R\$3.149,66. Aplicados 10% de desconto, o preço final é de R\$2.833,74. O medicamento está esgotado, assim como em outras farmácias consultadas.

Em concórdia, Bruna Pinheiro, Francine Moraes e Nielse Fattori elencam (2021, p. 10):

A demanda de pacientes em tratamento contínuo com a Cannabis no Brasil é crescente e estes pacientes enfrentam muitas etapas e desafios burocráticos para conseguir a medicação, o que tem dado visibilidade para a urgência em regulamentar a produção nacional da maconha e seus derivados para comercialização com um valor mais acessível, já que os produtos comercializados no Brasil possuem valor proibitivo, inviável para a maioria da população e para a rede pública de saúde, onde a incorporação desta opção terapêutica se faz necessária, uma vez que o Estado é o responsável por garantir o direito à saúde da população brasileira. Neste sentido a produção e distribuição a medicamentos à base de Cannabis através das farmácias vivas pode ser uma alternativa viável, promovendo o acesso de forma irrestrita e desburocratizada para diversas doenças e para todos, em consonância com os princípios fundamentais do SUS.

Ainda, João Paulo Martins (2019, p. 18) afirma:

Quando alguém que necessita de medicamentos à base de canabidiol consegue a permissão para uso do medicamento, ainda encontra grandes dificuldades burocráticas para importação devido as exigências da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), além do custo altíssimo do produto, por ser um medicamento que ainda não possui fabricação no Brasil, a importação tem custos muito altos, que dificulta ainda mais a aquisição de pessoas com baixa renda

Sendo assim, resta nítido que, embora permitido o uso da importação de medicamento à base de canabidiol, a mesma se trata de um ato burocrático e muito oneroso. O acesso a todo o procedimento, por ter alto custo, deixa seu uso restrito àqueles que possuem condições financeiras elevadas. Ou seja, a saúde, nesse problema, não é universal. A dignidade humana, sob os efeitos do proibicionismo da

cannabis, não é promovida. Portanto, há o retrocesso, principalmente quando se tem o conhecimento de que, nas farmácias do Brasil eram vendidos medicamentos à base de cannabis livremente até o ano de 1917, e com receita até 1938 (CARNEIRO, 2019).

Nessa ótica, o que se observa, na realidade, é que o Estado não só deixa de regulamentar o plantio da cannabis para fins medicinais em território nacional, mas também estabelece diversos mecanismos que, ao fim, não passam de obstáculos aos pacientes que necessitam de medicamentos à base de *Cannabis*. Por se tratar de matéria-prima necessária para assegurar a milhares de brasileiros uma vida digna, não podem os administrados estarem reféns do Estado que, por questões ideológicas e tomadas de decisões sem embasamento técnico, se recusa a assegurar a estes o seu direito constitucional à saúde e à vida digna.

7. CONCLUSÃO

Diante todo o exposto no trabalho, constata-se que a cannabis faz parte da história da própria agricultura em si. Chamada de maconha através dos costumes angolanos, a planta, desde o ano de 2.700 antes de Cristo já era utilizada no tratamento de constipação, gota e traumatismo. Por ter sido consumida, principalmente, pelos descendentes africanos no Brasil, em período pós-abolição, conseqüentemente a cannabis fora associada com a marginalidade e a má reputação, por mero racismo e preconceito contra toda a cultura negra presente no país à época, tanto é que, no começo do proibicionismo, eram erradicados não somente os usuários de maconha, mas também os cultos de candomblé e as rodas de capoeira.

O estudo histórico da cannabis aponta que todo o proibicionismo nasceu e cresceu sobre intuítos antidemocráticos. Percebe-se que a opressão e a violência são os principais meios de combate ao uso da cannabis, seja para fins medicinais ou recreativos; enquanto outras drogas, que atualmente são lícitas, capazes de causar ainda mais dependência e prejuízos, seguem enraizados da cultura social.

Inquestionavelmente, o uso dos medicamentos provenientes da cannabis apresentam total compatibilidade com a saúde, a dignidade da pessoa humana e a vida, preceitos esses previstos na Constituição Federal como direito social e fundamentais; ou ainda maior, pelas convenções e tratados internacionais de Direitos

Humanos como bases fundamentais de uma Sociedade Democrática de Direito. Nessa ótica, é dever do Estado cumprir com a manutenção de tais premissas.

Mesmo demonstrado que a Anvisa, órgão competente contemporaneamente para o controle do uso medicinal legal no Brasil, permite a possibilidade da importação da cannabis medicinal, tal permissão é muito morosa e, principalmente, extremamente cara, no qual o principal remédio oriundo do extrato de canabidiol, *Mevatyl*, custa cerca de três salários mínimos.

Nessa ótica, importante é a garantia do acesso a tais medicamentos para todos aqueles que deles necessitarem. Para aqueles que possuem capacidade financeira, há-se a necessidade de fornecimento dos remédios nas redes farmacêuticas. Para aqueles que não possuem, devem-se ser instituídas políticas públicas sanitárias para a facilitação do acesso a esses medicamentos, ou, ainda, a possível legalização.

Nesse ponto, o trabalho aponta para a grande necessidade de legalização da planta para o intuito medicinal e pede uma abordagem diferente, que situe o problema das drogas não como uma ameaça à sociedade, mas como uma questão de saúde como outra qualquer, de forma universalizada. Fato é que uma alternativa à proibição é a regulamentação. A transição da proibição para a regulamentação é a legalização. Qualquer tipo de regulamentação quanto a esse tema enfrenta, entretanto, um grande número de obstáculos legais e políticos quase intransponíveis devido a um regime de proibição internacional extremamente rigoroso, já advindo de tempos atrás.

Portanto, conclui-se que o acesso ao uso de medicamentos à base de princípio ativo da cannabis é um direito individual e social do ser humano. As políticas atuais não cumprem com o propósito da Constituição, as quais devem ser alteradas para que haja uma plena compatibilização com os direitos de liberdade, saúde, dignidade humana e a vida e, assim, superar essa visão preconceituosa que grande parte do Brasil ainda possui.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Camila Feltrin. **O acesso à cannabis medicinal no Brasil: um direito fundamental.** 2020. Disponível em:
<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/218880/O%20Acesso%20Legal%20>

[%c3%a0%20Cannabis%20Medicinal%20vers%c3%a3o%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>](#). Acesso em 21, nov. 2021.

BARROS, André. PERES, Marta. **Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas**. 2017. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/pdf/5521/552156375006.pdf>>. Acesso em 15, nov. 2021.

BRASIL. **Decreto n.º 5.912, de 27 de setembro de 2006**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5912.htm>.

Acesso em 18, nov. 2021.

BRASIL. **Decreto n.º 54.216, de 27 de agosto de 1964**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos/decretos/1964/D54216.html>. Aceso em

11, nov. 2021.

BRASIL. **Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso

em 14, nov. 2021.

BRASIL. **Lei n.º 13.840, de 05 de junho de 2019**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm>. Acesso

em 21, nov. 2021.

BRASIL. **Lei n.º 6.360, de 23 de setembro de 1976**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6360.htm>. Acesso em 11, nov. 2021.

BRASIL. **Lei n.º 6.368, de 21 de outubro de 1976**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm>. Acesso em 18, nov. 2021.

BRASIL. **Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm>. Acesso em 17, nov. 2021.

BRASIL. TJDF. **Processo 0718755-43.2020.8.07.0007**. 2ª Turma Criminal, rel.

Roberval Casemiro Belinati, julgado em 15, jul. 2021. Disponível em: <[https://tj-](https://tj-df.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1253427938/7187554320208070007-segredo-de-justica-0718755-4320208070007)

[df.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1253427938/7187554320208070007-segredo-de-](https://tj-df.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1253427938/7187554320208070007-segredo-de-justica-0718755-4320208070007)

[justica-0718755-4320208070007](https://tj-df.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1253427938/7187554320208070007-segredo-de-justica-0718755-4320208070007)>. Acesso em 18, nov. 2021.

BRASIL. TJSP. **HC 2211066-32.2018.8.26.0000 SP 2211066-32.2018.8.26.0000**.

10ª Câmara de Direito Criminal, rel. Rachid Vaz de Almeida, julgado em 19, nov.

2018. Disponível em: <[https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/640258426/habeas-](https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/640258426/habeas-corporus-hc-22110663220188260000-sp-2211066-3220188260000)

[corpus-hc-22110663220188260000-sp-2211066-3220188260000](https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/640258426/habeas-corporus-hc-22110663220188260000-sp-2211066-3220188260000)>. Acesso em 19, nov.

2021.

BRASIL. TRF 1ª região. **Ação Civil Pública n.º 0090670-16.2014.4.01.3400**.

Julgado por Marcelo Rebelo Pinheiro, julgado em 09, dez. 2014. Disponível em:

<https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?trf1_captcha_id=d16ee2ddb

[b366afb113658768b05f71b&trf1_captcha=z64f&enviar=Pesquisar&proc=009067016201440](https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?trf1_captcha_id=d16ee2ddb)

[13400&secao=DF](https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?trf1_captcha_id=d16ee2ddb)>. Acesso em 21, nov. 2021.

BRASIL. TRF 1ª Região. **Habeas Corpus n.º 0024632-22-2014-4-01-3400**. Rel. des. Jirair Aram Meguerian, julgado em 12, abr. 2014. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/processos/116111020/processo-n-0085473-2320164025101-do-trf-2>>. Acesso em 18, nov. 2021.

BRASIL. TRF 2ª Região. **Processo nº 2016.51.01.085473-8**. Rel. min. Maurício da Costa Souza, julgado em 02, set. 2016. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/processos/116111020/processo-n-0085473-2320164025101-do-trf-2>>. Acesso em 17, nov. 2021.

BRASIL. Tribunal Regional Federal 1ª região. **Processo n.º 0024632-22-2014-4-01-3400**. Rel. des. Jirair Aram Meguerian, julgado em 12, abr. 2014. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/processos/142093152/processo-n-24632-2220144013400-do-trf-1>>. Acesso em 20, nov. 2021.

CARNEIRO, Henrique. **Drogas a história do proibicionismo**. Belo Horizonte: Autônoma Literaria. 2019.

CARVALHO, Jonatas Carlos de. **Uma história política da criminalização das drogas no Brasil; a construção de uma política nacional**. 2015. Disponível em: <https://neip.info/novo/wp-content/uploads/2015/04/carvalho_histria_politica_criminalizacao_drogas_brasil.pdf>. Acesso em 17, nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n.º 2.113/2014**. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2014/2113>>. Acesso em 18, nov. 2021.

DIEHL, Alessandra. PILLON, Sandra Cristina. **Maconha: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Rio de Janeiro: grupo A Educação. 2020.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Com diferentes legislações, cerca de 40 países autorizam a maconha medicinal**. 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2019/12/com-diferentes-legislacoes-cerca-de-40-paises-autorizam-maconha-medicinal.shtml>>. Acesso em 18, nov. 2021.

G1. **Tripluca o número de novos pacientes que buscam importação de canabidiol**. 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/06/06/tripluca-o-numero-de-novos-pacientes-que-buscam-importacao-de-canabidiol.ghtml>>. Acesso em 21, nov. 2021.

GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY. **Taking Control**. Geneva: Pathways to Drug Policies that Work. 2014.

GONÇALVES, Victor Eduardo Rios. BALTAZAR JÚNIOR, José Paulo. **Legislação penal especial esquematizado**. 5ª ed. São Paulo: Saraiva. 2019.

GRAEFF, F.G. **Drogas psicotrópicas e seu modo de ação**. São Paulo: E.P.U. 1989.

MARCÃO, Renato. **Tóxicos. Lei n. 11.343 de 23 de agosto de 2006 – Nova Lei de Drogas**. 5. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

MASSON, Cleber. MARÇAL, Vinícius. **Lei de drogas: aspectos penais e processuais**. Rio de Janeiro: Forense. 2019.

MEDEIROS, Maria da Penha. **As implicações penais e processuais penais concernentes a regulamentação do uso da cannabis sativa para fins medicinais**. Andradina: Editora Meraki. 2020.

MEDEIROS, Zeca de. **Legalização da Maconha – Fundamentos de um Novo Pensamento**. 1ª Ed. São Paulo. 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1988**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html>. Acesso em 15, nov. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução RDC n.º 156, de 5 de maio de 2017**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20198336/do1-2017-05-08-resolucao-rdc-n-156-de-5-de-maio-de-2017-20198229>. Acesso em 21, nov. 2021.

MOSKOWITZ, Dr. Michael h. **Cannabis medicinal: um guia para pacientes e profissionais de saúde**. São Paulo: Editora Lazlo. 2018.

NUNES, Valentida. **365 dias de mudaram o Brasil**. São Paulo: Planeta do Brasil 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas**. São Paulo: Roca. 2006.

PINHEIRO, Buna. MORAES, Francine. FATTORI, Nielse Cristina. **Importância da incorporação da cannabis sativa no sus**. 2021. Disponível em: <http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/8LmnPaDHrfIMdZe_2021-7-2-16-30-37.pdf>. Acesso em 21, nov. 2021.

ROXIN, Claus. **Estudos de direito penal**. 2. ed. Trad. Luís Greco. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

SADDI, Luciana. ZEMEL, Maria de Lurdes de Souza. **Maconha: os diversos aspectos da história ao uso**. São Paulo: Blucher. 2021.

UNITED NATIONS. **Convention on psychotropic substances – 1976**. Viena. Disponível em: <https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf>. Acesso em 14, nov. 2021.

UNITED NATIONS. **Single Convention on Narcotic drugs – 1961**. Nova York. Disponível em: <https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf>. Acesso em 16, nov. 2021.

WERB, D.; KERR, T.; NOSYK, B.; STRATHDEE, S.; MONTANER, J.; WOOD, E. **The temporal relationship between drug supply indicators: an audit of international government surveillance systems**. British Medical Journal Open, v. 3, issue 9, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medicines**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/medicines#tab=tab_1>. Acesso em 15, nov. 2021.