

NEM POLÍCIA NEM DELÍRIOS: O USO MEDICINAL DA CANNABIS SATIVA

 <https://doi.org/10.56238/arev7n4-134>

Data de submissão: 13/03/2025

Data de publicação: 13/04/2025

Alexandre Ribeiro Neto

Doutor em Educação

Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Faculdade de Educação da Baixada Fluminense

aleribeironeto@gmail.com

0000-0001-5133-6610

<http://lattes.cnpq.br/2464630034663568>

RESUMO

Nosso trabalho de pesquisa busca problematizar o uso da Cannabis sativa como medicamento. Ao longo do tempo e devido à região geográfica, ela recebeu vários nomes, tais como: maconha, maria joana, pito de pango, diamba entre outros. Os nomes podem ser diferentes; contudo, os discursos médicos e jurídicos foram se apropriando da sua manipulação, uso e exposição, até chegarmos à primeira lei de drogas no Brasil, em 1921, como registra Silva (2010). Iniciava-se não somente uma guerra no campo do discurso sobre a alteração da consciência por substâncias psicoativas; iniciava-se um processo de polícia de costumes (Silva, 2010; 2015) que colateralmente criminalizou a substância e os indivíduos que dela faziam uso em diferentes circunstâncias. Realizamos uma revisão bibliográfica de artigos publicados por médicos para conhecer o debate atual sobre o uso da Cannabis sativa como medicamento. Nossa principal fonte de pesquisa foi o Relatório para Recomendações de Medicamentos e Tecnologias, lançado em fevereiro de 2021, elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) no SUS. Essa comissão do Ministério de Saúde reúne diversos setores do ministério, as secretarias municipais de saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Embora o Relatório não vetasse o uso em crianças e adolescentes refratários a outros medicamentos antiepiléticos, um dos indicadores indicava a redução de crises em indivíduos portadores de outras síndromes. Como a classe trabalhadora pagaria a consulta médica e o medicamento? Para conhecer o longo percurso da história das drogas, dialogamos com Caneiro (2018), que discute o proibicionismo; Bensimon (2017), que mostra a luta dos indivíduos, que pacientemente precisavam fazer uso medicinal, não conseguiam e foram criminalizados; Hari (2018), que apresenta um horizonte mais amplo da guerra às drogas, a dificuldade de realizar pesquisa e o corte racial; Torcato (2014), que fala dos esforços norte-americanos para conter o consumo do álcool e do movimento da Temperança; Zaccone D'Elia Filho (2008), que mostra a criminalização do fármaco e o combate às drogas, sobretudo nas classes populares. Terminamos nosso trabalho apresentando a política de redução de danos, com base no texto de Alarcon (2012). Como resultados, nosso trabalho informa a possibilidade de uso medicinal do canabidiol; todavia, nem todos os indivíduos podem fazer uso da mesma forma, mais uma vez apresentando a desigualdade social endêmica no Brasil.

Palavras-chave: Cannabis Sativa. Canabidiol. Psicoativos. Guerra às drogas.

1 INTRODUÇÃO

As drogas fazem parte de nossa vida desde a infância. Isso não quer dizer que sejamos estimulados a fazer uso delas. Os desenhos animados ajudaram a construir em nosso imaginário que algumas substâncias conferem superpoderes. O marinheiro Popeye poderia ser um exemplo. Ele namora a chamada Olívia, que, ao mesmo tempo, sente algum encanto por outro marinheiro, Brutus.

No decorrer do desenho, Olivia e Popeye brigavam. Brutus passa a investir em Olivia, que acaba cedendo, embora sinta falta da delicadeza do seu antigo namorado. Quando a rudeza chega ao seu ponto máximo, Olivia tenta se livrar de Brutus e reatar com seu antigo namorado, Popeye. Eles brigam, diante da agressividade de Brutus, Popeye leva a pior. Até comer uma substância verde que ele guarda em uma lata.

Essa substância aumentava sua força, lhe dava mais coragem. Por fim, fazia-o lutar. Popeye vencia as lutas. Sua namorada ficou orgulhosa, pois ele foi capaz de livrá-la das garras do malvado Brutus. No desenho animado, a substância é espinafre. Mas será mesmo? Por que ele precisa fazer uso dela somente no momento da briga com Brutus?

Longe dos desenhos animados de nossa infância, existe um debate pela legalização das drogas. No Brasil, existe ampla venda ilegal e consumo de maconha, indicando que ela é droga mais consumida. Com a chegada do crack, houve alteração na paisagem urbana, sobretudo nos grandes centros, como São Paulo e Rio de Janeiro. Dessa forma, “mulas e aviões”, “esticas, endoladores e soldados, fogueteiros”, consumidores, traficantes e forças de segurança do Estado passaram a agir em diferentes áreas das cidades, dentro de uma nova lógica, na qual a criminalização é seletiva.

2 DROGAS: PROPOSTA DE EDUCAÇÃO, HISTÓRIA E USOS EM DIFERENTES CIVILIZAÇÕES

Poderíamos falar de drogas como se todos soubessem o que estamos discutindo. Contudo, para eliminar a polifonia da palavra, recorremos a um conceito que pode ser ampliado e até mesmo questionado. Caneiro (2018) diz que:

Drogas são objetos subjetivos, que produzem subjetividades, são técnicas de si, moduladores humorais, cognitivos ou sensoriais, são plasmadores de estados mentais e corporais, servindo assim, na história das civilizações, como alguns dos mais eficientes instrumentos de criação de vivências e de experiências, cujos conteúdos, longe de serem apenas uma determinação farmacológica objetiva, são veículos para sentidos profundos, significados simbólicos e imaginários – além dos efeitos “puros” do fármaco, há um conjunto de efeitos culturalmente significativos (CARNEIRO, 2018, p. 38-39).

A Maconha é formada por dois compostos: o THC – tetrahidrocannabinol e o CBD; vejamos a definição:

O tetrahidrocannabinol é responsável pelos efeitos psicoativos e neurotóxicos e o outro princípio possui diversas possibilidades terapêuticas e até efeitos protetores contra os danos do próprio THC, incluindo efeitos antipsicóticos. O problema é que os efeitos benéficos do CBD não compensam os maléficos do THC quando a maconha é fumada. O modo pelo qual o CBD protege os neurônios da degeneração induzida por THC permanece incerto, mas esse potencial tem despertado interesse em estudar o CBD para tratamento de várias doenças (SILVA; CHEVARRIA, 2016, s/p).

O pesquisador judeu Raphael Mechoulam, que sobreviveu ao Holocausto, abriu caminho para as pesquisas dos princípios bioquímicos da maconha, o CBD e o THC. Esse pesquisador israelense, que morreu recentemente, pôde desenvolver suas pesquisas porque contava com amigos na polícia de seu país. Os policiais sabiam que seu interesse era clínico e base de suas pesquisas científicas. A grande quantidade manipulada por ele não era para consumo próprio ou para a venda, o que a legislação tipificaria como tráfico de drogas. Mas a guerra às drogas estava longe de ser vencida.

A descoberta do CBD, que pode auxiliar no tratamento de várias doenças, é o primeiro capítulo de uma história inconclusa. Para tornar a discussão mais densa, recorremos a Bensimon (2017), que também apresenta a definição de THC. O canabidiol é uma substância química à qual se atribuem muitas probidades medicinais (BENSIMON, 2017, p. 157).

Ainda faltavam alguns elementos em nosso texto sobre o canabidiol, pois a citação feita anteriormente não explicita as propriedades químicas do THC para que o leitor pudesse compreender o uso da maconha medicinal e seus compostos. Na citação a seguir, apresentamos a outra substância química, o CBD.

Ao contrário do THC, o CBD não tem efeitos intoxicantes. Os cientistas acreditam que os canabinoides protegem a planta de cannabis contra insetos, bactérias, fungos e fatores ambientais estressantes. O CBD parece prevenir a decomposição de uma substância química no cérebro que ajuda a controlar a dor, o humor e a função mental. O CBD está disponível na forma de cápsulas gelatinosas, comprimidos, cápsulas, óleos, goma de mascar, extratos líquidos e líquidos para vaper. O único uso de CBD que, de modo geral, é reconhecido como sendo seguro e eficaz é no tratamento de determinados distúrbios convulsivos. No entanto, algumas pessoas usam o CBD para tratar muitos outros problemas de saúde, como, por exemplo: transtorno bipolar; dor; ansiedade; doença de Crohn; diabetes; problemas de sono, esclerose múltipla, sintomas de abstinência de heroína, morfina e outros entorpecentes opioides (McWHORTER, 2024, p8).

Tomando o conceito como caminho e não como verdade absoluta, vamos pensar que, ao longo da história das civilizações, a venda e o consumo de drogas fizeram parte de práticas mágicas, de sociabilidade, de recreação, modulando o comportamento. Algumas faziam parte dos receituários de boticários e benzedeiras, que, em meio a rezas para espantar o mal, indicavam o fumo ou banho de determinadas ervas. Posteriormente, proibidas por uma polícia de costumes (SILVA, 2010), esse saber popular foi sequestrado, tornando-se alvo de discursos jurídicos e médicos que o transformaram numa

panaceia, controlando a posse, a quantidade e o uso dessas substâncias. Tudo para manter o ordenamento social.

Bensimon (2017) afirma que nos Estados Unidos, um dos países que fomenta a guerra contra as drogas, havia grande influência nos acordos internacionais de combate aos entorpecentes, sobretudo nos governos de Richard Nixon e Ronald Reagan. Entretanto, no governo de Thomas Jefferson (1801-1809) a maconha era plantada em pequenas propriedades.

Tá bem essa cara, Ray Rapheal, um historiador. Acreditou que os cultivadores de maconha do norte da Califórnia seguem o estilo de vida de Thomas Jefferson. Eles cultivaram em pequenas propriedades. As propriedades precisavam ser pequenas porque, quanto maiores elas forem, mais elas chamariam a atenção e isso não é interessante pra quem tá, enfim, agindo em uma zona nebulosa da lei. O que é completamente diferente da lógica da agricultura capitalista de hoje, na qual você tem propriedades cada vez maiores que se constituem absorvendo as pequenas, acabando sem nenhum remorso com a ideia de agricultura milenar (BENSIMON, 2017, p. 12).

Nos Estados Unidos, a primeira lei votada no Congresso proibindo o uso de maconha/marijuana foi o *Tax Act*, em 1937. Segundo Silva (2010), a criminalização das drogas no Brasil ocorreu antes, em 1921. Segundo Silva (2010), em 1932 no Brasil foi publicada uma nova lei que estabelecia o monopólio médico sobre a maconha, que a partir desse momento só poderia ser adquirida com receita médica. Encontramos um paradoxo: em 1960 foi aprovado o uso da maconha no Estado da California, para uso medicinal, o que faz pensar que não havia consenso. Em 37 anos houve repressão ao uso e esteve também em pauta a discussão sobre seu uso terapêutico.

A criminalização das drogas no Brasil tem início com o Dec. 4.294, de julho de 1921. Trata-se de uma lei muito geral que, no seu primeiro artigo, determinou ser proibido de então “Art. 1º Vender, expor à venda ou ministrar substâncias venenosas, sem legítima autorização e sem as formalidades prescritas nos regulamentos sanitários”. O caráter indeterminado com relação às substâncias alvo da ação dessa lei foi em parte corrigido pelo Dec. 14.969 de 03 de setembro desse mesmo ano, que regulamentava a lei anterior qualificando como “substâncias venenosas ou entorpecentes [...] o ópio e seus derivados a cocaína e seus congêneres”. Os decretos em questão visam controlar a venda e os usos não prescritos pelos médicos (SILVA, 2010, p. 12).

Os Estados Unidos, na década de 1930, tentaram, através do Movimento da Temperança, que contava com o apoio de instituições religiosas e donas de casa, diminuir o consumo do álcool. Na década de 1970, Richard Nixon tentava conter as manifestações contra a Guerra do Vietnã e a cultura hippie, que promovia vários protestos; entre eles começavam a formular os civilrights e começou a guerra às drogas. Só que dessa vez sua luta era contra os psicoativos.

Segundo Hari (2018), as campanhas de Nixon, na década de 1970, e de Reagan na de 1980, com o slogan - Just say no (apenas diga não), reativaram a guerra às drogas. Eles elegeram outro inimigo, que não era o álcool, e sim os derivados do ópio, da cocaína e da Cannabis.

Hari (2018) apresenta nuances da sociedade norte-americana, na qual existe um corte étnico-racial no tange às políticas de uso de substâncias psicoativas. Essas nuances estariam relacionadas ao processo histórico de ocupação e formação da sociedade norte-americana?

O racismo nos Estados Unidos é elemento estruturante da sociedade. A guerra às drogas não era simplesmente uma tentativa de livrar o país de substâncias psicoativas, que pudessem gerar dependência. Era também uma maneira de segregação social, pois negros e brancos adictos não eram tratados da mesma forma. A cantora Billie Holliday foi espionada por agentes do Departamento de Narcóticos e teve sua vida e carreira destruídas devido à sua dependência de heroína e uso de cocaína. Uma das mais belas vozes do jazz, foi presa e teve sua licença para cantar suspensa, enquanto Judy Garland, que era tão viciada em heroína quanto Billie Holiday, não recebeu o mesmo tratamento dos agentes do Departamento de Narcóticos.

Segundo Hari (2018, p. 41-42), um dia Anslinger, em que também havia mulheres brancas, tão famosas quanto Billie envolvidas com drogas – mas as tratou de maneira um pouco diferente. Harry chamou Judy Garland, também dependente de heroína, para um encontro. Tiveram uma conversa amigável na qual ele a aconselhou a tirar férias mais longas entre os filmes, e depois escreveu para os estúdios nos quais ela trabalhava garantindo que a atriz não tinha nenhum problema com drogas. Quando descobriu que uma moça de alta sociedade de Washington que ele conhecia – uma mulher “linda e graciosa”, como contou – era dependente de drogas, explicou que não poderia prendê-la porque isso “destruiria a reputação de uma das melhores famílias do país”. Ele a ajudou a superar a dependência devagar, sem constrangimentos legais.

Nos Estados Unidos os negros são minoria, ao contrário do Brasil. Todavia, ambas as sociedades desenvolveram práticas racistas cujas raízes se assentam em seu passado colonial. Se a guerra às drogas que se travava na sociedade americana era um projeto que buscava afastar os jovens das drogas, no Brasil ela ganhou outro matiz, de limpeza étnica, na qual se buscava estabelecer uma hierarquia social. Após a Abolição da Escravidão, a legislação da Primeira República proibiu a entrada de imigrantes, sobretudo chineses e africanos.

Conforme expresso na documentação oficial do governo canadense, não se trata de nada comparável às mudanças bruscas registradas em Oregon. A Colúmbia Britânica conta com décadas de um contingente expressivo de usuários de diversas substâncias com forte concentração geográfica e em determinados estratos sociais/étnicos.

Segundo Torcato (2014), enquanto os EUA direcionavam seus esforços para combater o avanço do consumo do álcool, nosso país caminhava na direção da adoção de políticas eugênicas. O que esse movimento preconizava não era somente a melhoria das raças para elevar o Brasil à condição de

modernidade e desenvolvimento, impedindo a entrada de imigrantes chineses e africanos. O que se dizia era que havia necessidade de fomentar a imigração de europeus, aproximando o Brasil da Europa em termos de fenótipos internacionais. O que não era dito era que nesse conjunto de ideias estava embutido o pensamento proibicionista da entrada de opiáceos e da Cannabis.

Duas teses, apresentadas nos últimos anos, trouxeram novos elementos que nos ajudam a repensar o proibicionismo em relação às dinâmicas internas. Silva (2009), trabalhando com diversos tipos de fontes e tendo como foco a cidade do Rio de Janeiro, procurou chamar a atenção para o papel de alguns membros da elite na efetivação da proibição às drogas, justificando-a a partir dos princípios da Medicina Social e, particularmente, do eugenismo. Adiala (2011), por sua vez, focou a produção científica médica, também na cidade do Rio de Janeiro, defendendo que a construção de uma noção patologizante do uso de drogas esteve ligada à ascensão de um grupo de intelectuais que foi responsável pela afirmação da Psiquiatria enquanto ciência médica (TORCATO, 2014, p. 142).

Zaccone D'Elia Filho (2008) adota como título do seu livro – Acionista do Nada – a frase de um criminologista norueguês Nils Christie para expressar que a quantidade comercializada nos subúrbios cariocas é tão pequena que equivale a nada se comparada ao lucro dos grandes narcotraficantes. Estes últimos não sobem morros, não pegam em armas. Longe da guerra às drogas. Eles usam as instituições bancárias para ter o rendimento do seu negócio assegurado. Seus nomes e famílias, moralmente reconhecidos, vivem longe da sombra do comércio de substâncias ilícitas.

O banqueiro saudita Gatih Pharaon, à época um dos quinze homens mais ricos do mundo, declarou, em Buenos Aires, que todos os grandes bancos lavam dinheiro do narcotráfico, incluindo instituições como First Bank of Boston e o Credit Suisse. Pharaon se ressentia do fato de que apenas o seu Bank of Credit and Commerce International, estopim de um grande escândalo financeiro em 1992, fosse citado com frequência por suas vinculações com o narcotráfico. [...] Tudo isso faz com que suas declarações adquiram uma importância especial e permite que se vislumbre um pouco de hipocrisia dos capitalistas que se comportam, publicamente, como donzelas indignadas contra o crime organizado e as drogas (ZACCONE D'ELIA FILHO, 2008, p. 14).

A discussão sobre as drogas volta à cena social. O aumento do número de mortos, a criminalidade crescente, os confrontos entre as facções criminosas que desafiam as forças de segurança do Estado trouxeram novamente o debate à baila. Juristas, médicos, especialistas no tema buscam uma solução para o problema da guerra às drogas. Durante o debate, alguns fizeram a opção pelo alinhamento aos acordos internacionais de proibição do consumo e a criminalização da venda; outros preferiram separar em categorias: drogas recreativas, de uso religioso e por fim as de uso medicinal.

A discussão se estendeu até as mais altas cortes do país, buscando modificar artigos e até mesmo a legislação; o que pouco se ouviu falar foi no orçamento e no planejamento para uma política de redução de danos e de educação para as drogas, envolvendo essa instituição de caráter formativo,

trazendo-a como aliada não com um discurso moralizador, mas informações que poderiam auxiliar nas escolhas que cada indivíduo poderá fazer com consciência.

Uma fração de pesquisadores procura apresentar os efeitos da Cannabis sativa de uso medicinal à comunidade científica e à sociedade civil. Desconfiamos que a mudança do uso da palavra maconha para o nome científico possui algumas implicações. O primeiro seria diferenciar adictos e pacientes.

3 O USO MEDICINAL DA CANNABIS SATIVA

Encontramos em alguns grupos sociais com maior poder econômico uma variação linguística colocando um novo acento agudo na palavra Cannabis. Pode ser implicância de pesquisador. Mais uma vez desconfiamos que os indivíduos dos bairros nobres, sobretudo do Rio de Janeiro, adotaram essa estratégia para estabelecer a diferença existente entre eles, as “mulas” os “esticas” e os “fogueteiros” oriundos da população negra e pobre que, segundo os relatórios das forças de segurança pública, inundam os presídios presas como traficantes de drogas.

Essa guerra às drogas possui muitas facetas: de um lado, os que lutam pela legalização, que usam diferentes meios para tornar legal o uso da substância, escapando assim dos olhos do Código Criminal e Penal; de outro, os proibicionistas, que tentam por meio de pesquisas ou simples retórica dizer que outras substâncias poderiam ser usadas e obter o mesmo efeito que a Cannabis sativa em diferentes tratamentos médicos.

3.1 O USO DA CANNABIS MEDICINAL

Para vencer a Síndrome de Dravet, que afeta crianças logo nos primeiros anos, a síndrome de Lennox-Gastaut e a esclerose tuberosa, que provocam epilepsia nos pacientes, entre outros efeitos, o SUS de São Paulo aprovou a distribuição de medicamentos. Os demais entes da federação permanecerão em silêncio?

Não podemos esquecer que a indústria farmacêutica, que possui um braço internacional muito forte, influenciando os mercados internos de diferentes países, inclusive do Brasil, tenta vender a flor de Cannabis como produto medicinal para os médicos, que receitam aos seus pacientes, que conseguem comprar o medicamento ou em alguns casos precisam importar para prosseguir seu tratamento. Sobre as prescrições médicas recorremos a Bensimon (2018):

Então pergunta para Arthur se ele consegue uma dessas receitas. Não vinham falando sobre isso até agora e ela sente que podia ter dado algumas voltas antes de chegar àquele ponto. Ele toma um gole de café enquanto Zanzibar precisava ser expulso de cima da mesa. Parece que aquela pode ser uma história sincopada pelo constrangimento, mas Arthur fica muito à vontade quando começa a falar em Venice e na sua forma ostensiva como os marijanans doctors se apresentam contratando [...] um cara da idade de Arthur usando uma camiseta preta sem nada

escrito, disse que o doutor poderia vê-lo por cento e cinquenta dólares. Eles ficaram um tempo discutindo até que chegaram a oitenta. Parecia um lugar errado para barganhar uma consulta médica. Arthur deixou que fizessem uma cópia do seu passaporte, depois preencheu uma ficha com seus dados e as razões pelas quais gostaria de usar Cannabis. Cannabis. Esse era o novo nome da planta que estava a milhares de anos da Terra, sendo demonizada ou santificada de acordo com os interesses econômicos das nações (BENSIMON, 2017, p. 138-139).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabeleceu no Brasil procedimentos diferentes para pessoa física e pessoa jurídica. Para que façam solicitação, ambas precisam apresentar provas consistentes da necessidade do uso do produto. Para as empresas, a Anvisa estabeleceu a necessidade de que os produtos passem por testes das fases 1, 2 e 3. Não podemos esquecer a longa lista de documentos formando um processo, que pode demorar muito tempo e ceifar vidas.

Considerando o juízo moral inerente à nossa sociedade, os pesquisadores que adotam a Cannabis como objeto de pesquisa podem ficar rotulados de maconheiros ou ser vulgarmente tratados como defensores do uso de drogas indiscriminadamente. Sem buscar informações da pesquisa sobre as drogas, se o emprego é recreativo, medicinal ou mesmo religioso.

Em que pesem os parágrafos acima, há pessoas que precisam da Cannabis como medicamento, porém não podem esperar o tempo da instituição para testar e assegurar o uso da substância como médico para os males que sofrem. Bensimon (2017) apresenta a luta individual de um filho para conseguir que a mãe com câncer conseguisse se alimentar melhor para suportar os medicamentos que usava enquanto realizava o tratamento. A solução encontrada pelo jovem foi o plantio em casa.

Pensa com frequência na mãe. No útero dela. Faz ligações simbólicas, pequenas narrativas perigosas. Em um raciocínio simples, se não houvesse útero, não teria havido câncer.

[...] De maneira que Arthur não sabe quando teve a ideia de plantar maconha para ela agindo movido por um amor legítimo, se apenas tentasse livrar sua consciência. E ele queria fazer algo diferente (BENSIMON, 2017, p. 126).

Devido aos meandros da legislação e dos órgãos de controle, que possuem suas regras que normatizam o funcionamento tanto da sua atividade como internamente, não podemos esquecer as excepcionalidades, pois há indivíduos que precisam do medicamento considerando o estágio de evolução da sua doença.

Estávamos longe de pensar o uso medicinal da Cannabis e a sua produção industrial para o tratamento de doenças como a síndrome de Lennox-Gastaut e a esclerose tuberosa ou mesmo incentivar os laboratórios a desenvolver pesquisas que pudessem indicar o tratamento com a Cannabis em outras doenças convulsivas, que afetassem as sinapses neurais. Bensimon (2017) traz à tona a relação existente entre o interesse da indústria farmacêutica, o Estado e seu arcabouço legal e na última

ponta os indivíduos que precisam dos medicamentos. O autor apresenta o caso do primeiro indivíduo a usar maconha para o tratamento de Glaucoma.

Foi só no momento de preparar a sua defesa do caso que Robert Randall descobriu que ele não era o único a se beneficiar dos efeitos da maconha no tratamento do glaucoma; em uma visita à *National Organization for the Reform of Marijuana Laws*, uma ONG cuja sede ocupava três andares interiores de um prédio de Washington, foi informado de que um estudo conduzido em 1971 havia demonstrado que fumar maconha causa alteração da pressão do globo intraocular. O estudo fora conduzido em Los Angeles, nos laboratórios da Universidade da Califórnia. Há outros artigos científicos mais antigos que versavam sobre o mesmo tema e chegaram à mesmíssima conclusão. O mais importante, no entanto, era que o próprio governo estava ciente dessas descobertas (BENSIMON, 2017, p. 230).

Em 1976, Robert Randhal se tornou a primeira pessoa legalmente autorizada a fazer uso de maconha medicinal, após provar sua necessidade. Ficamos nos perguntando: quantas pessoas, com a mesma necessidade que ele, tiveram o processo negado, obrigando-as aos tratamentos convencionais que Randhal já havia provado com pouca eficácia?

O processo apresentado mostra como não existe neutralidade nas pesquisas científicas e que os grandes laboratórios pressionam o governo para que suas patentes sejam protegidas pelo arcabouço geral do Estado.

Nossa sociedade vive a banalização da fome e o estímulo ao consumismo. Há indivíduos que dispõem de aparelhos que podem regular a temperatura ambiente, alterando a sensação de quente e frio, trazendo maior bem-estar e conforto. Esquecemos que o excesso do uso contínuo desses aparelhos pode promover alteração no sistema imunológico, anunciando gripes e resfriados. Para resolver o problema, compramos nas drogarias, sem nenhum constrangimento, as drogas líticas: xaropes para gripes, uma infinidade de comprimidos, suplementos alimentares, antialérgicos e antiflamatórios, com ou sem receita médica, em busca da cura.

4 PROBLEMATIZANDO OS ARTIGOS PRODUZIDOS PELOS MÉDICOS

Os artigos que selecionamos foram escritos por médicos; em sua maioria, são de revisão bibliográfica. Segundo Garcia e Barbosa Neto (2023):

os cannabinoides constituem um grupo heterógeno de compostos naturais, endógenos ou sintéticos, que são capazes de ativar receptores que fazem parte do sistema endocanabinoides. Os primeiros compostos capazes de produzir efeitos clínicos foram obtidos da maconha (*Cannabis sativa*), planta a partir da qual se produz cerca de 60 substâncias classificadas como cannabinoides, dentre os quais o de maior relevância é o tetrahidrocannabinol (THC), mas podem ser encontrados o canabidiol (CBD), entre outros (GARCIA; BARBOSA NETO, 2023, p. 38).

Não podemos esquecer que o uso dessas substâncias que alteram o estado de consciência são uma questão que não envolve somente o indivíduo, mas também o coletivo, sobretudo o Sistema

Público de Saúde. Segundo Garcia e Santos (2023), o uso dessas substâncias pode provocar intoxicação aguda, euforia e ataques de pânico e afetar a memória. Um ponto que os médicos levantaram foi sobre a intoxicação de trabalhadores que entram em contato com a planta, ainda que seja para uso industrial.

Um aspecto de intoxicação pouco conhecido é o que envolve trabalhadores que manipulam as plantas ou que são expostos a elas, como em indústrias, policiais ou técnicos forenses. Sintomas respiratórios imediatos, resposta direta à exposição são mais comuns e são marcados por congestão, rinoconjuntivite e/ou sintomas torácicos como tosse, sibilos, aperto no peito ou falta de ar, relacionados à hiper-respiratose brônquica. Também são observados sintomas cutâneos como urticaria (de contato), angioderma e, raramente, sintomas tardios semelhantes à dermatite. Até 20% dos indivíduos afetados também podem apresentar reações do tipo anafilático. Apesar de raras, reações anafiláticas foram relatadas em indivíduos sensibilizados, associadas à ingestão de sementes de cânhamo, que são comercializadas como um alimento proteico saudável (GARCIA; BARBOSA NETO, 2023, p. 39).

Há também os efeitos psiquiátricos; dentre eles os médicos citaram: maior possibilidade de desenvolver psicose e esquizofrenia, ansiedade e ideação suicida. Os mesmos pesquisadores disseram ainda que são necessários maiores estudos sobre a incidência de câncer em indivíduos que fumam maconha em comparação com os que fumam tabaco.

Considerando os efeitos cerebrais da maconha – resultado dos estudos de neuroimagem –, o conjunto de médicos formado por Grippa, Lacerda, Busatto Filho, Zunardi e Bressan produziu um texto que ajuda a aprofundar a discussão.

O grupo analisou pesquisas com indivíduos que utilizaram o THC (tetrahidrocannabinol) e o CBD, por meio de ressonâncias magnéticas e tomografias computadorizadas, usando as metodologias PET e Spect. Na primeira parte do estudo, eles apresentam o conceito de Cannabis sobre o qual vão se debruçar. Em 1960 foi a primeira vez que as substâncias que compõem o fármaco D9-THC foram isoladas, permitindo o estudo e as reações dos indivíduos a cada um deles.

A Cannabis pode produzir vários efeitos subjetivos em humanos: euforia, disforia, sedação, alteração de percepção do tempo, aumento da interferência na atenção seletiva e no tempo de reação, alteração nas funções sensoriais, prejuízo do controle motor, do aprendizado e prejuízo transitório na memória de curto prazo, além de efeitos neurovegetativos como boca seca, taquicardia e hipertensão postural. Efeitos adversos incluem crises de ansiedade, ataques de pânico e exacerbação de sintomas psicóticos [...]. Sua influência no cérebro é complexa, dose-dependente, e parece ser o componente responsável pela indução de sintomas psicóticos em sujeitos vulneráveis, o que é compatível com o efeito de aumentar o efluxo pré-sináptico de dopamina no córtex pré-frontal medial (GRIPPA; LACERDA; BUSATTO FILHO; ZUNARDI; BRESSAN, 2005, p. 2).

A dopamina é um neurotransmissor que atua em áreas específicas do cérebro; é um dos responsáveis pela sensação de bem-estar. A serotonina também é um neurotransmissor importante, que atua regulando o humor, o sono e a memória. O mercado farmacêutico tem investido em pesquisas que

possam ajudar a produzir compostos cujas fórmulas apresentem a dosagem adequada para os que, entre outras queixas, apresentam falta de sono e depressão.

Lembke (2022) escreveu um livro – Nação dopamina: por que o excesso de prazer está nos deixando infelizes e o que podemos fazer para mudar – que foi por algumas semanas um dos mais vendidos no Brasil. Ele destaca a importância dos neurotransmissores:

Nossa economia de dopamina, o que o historiador David Courtwright chamou de “capitalismo límbico”, está conduzindo essa mudança, auxiliada pela tecnologia transformadora que aumentou não apenas o acesso, como também o número, a variedade e a potência das drogas [...]. A questão de como moderar está se tornando cada vez mais importante na vida de hoje, por causa da absoluta onipresença de bens de alta dopamina, tornando-nos todos mais vulneráveis a um hiperconsumo compulsivo, mesmo quando não correspondemos aos critérios clínicos para dependência (LEMBKE, 2022, p. 87).

Lembke (2022) chamou nossa atenção para a relação existente entre os neurotransmissores, sobretudo, a dopamina, demonstrando que a sua atuação em nosso cérebro está relacionada aos níveis de prazer, que são liberados até mesmo quando consumimos objetos que não são necessários no momento. Diante dos estímulos de diferentes meios, nosso cérebro vai pedir à saciedade do desejo, que será encontrada na liberação de doses cada vez mais altas de dopamina.

Sobre a serotonina, a autora foi mais concisa ao relacionar seu emprego no tratamento de indivíduos com déficit de atenção (TDA) e transtorno generalizado (TAG). David procurou um psiquiatra, que prescreveu paroxetina, um inibidor seletivo de reelação de serotonina para o tratamento de depressão e ansiedade, e um medicamento à base de anfetaminas, um estimulante para o tratamento do transtorno de déficit de atenção. – Então como foi para você? Estou me referindo aos remédios. – No começo, a paroxetina ajudou um pouco com a ansiedade. Diminuiu alguns dos piores suadouros, mas não curou (LEMBKE, 2022, p. 38).

Voltemos ao grupo de médicos que através dos estudos de neuroimagem analisam os efeitos da maconha. Vamos conhecer a atuação da Cannabis sativa no cérebro e alguns estudos clínicos:

O D9-THC atua no sistema canabinoide que parece ser modulado por “canabionoides endógenos”. Os endocanabinoides atuam por meio de dois receptores recentemente descobertos: CB1 – com distribuição no sistema nervoso central – e CB2 – com distribuição periférica

[...]. A descoberta de receptores e de seus ligantes endógenos tornou possível a existência de um sistema canabinoide neromodulatório (GRIPPA; LACERDA; BUSATTO FILHO; ZUNARDI; BRESSAN, 2005, p. 2).

Os autores apresentavam vários casos clínicos relacionados ao uso em “pacientes pesados”, como eles chamam os que fizeram uso prolongando de D9-THC. Para não sermos enfadonhos, apresentaremos um caso e depois vamos apresentar o uso de CBD na produção de medicamentos, pois ainda queremos ouvir outros médicos.

Neuroimagem estrutural

Em 1971, Campbell et al. detectaram atrofia cortical em exames de pneumocefalografia, com base em medidas de ventrículos laterais e do terceiro ventrículo em 19 usuários crônicos da Cannabis. Entretanto, as conclusões desse estudo foram criticadas, uma vez que os pacientes incluídos apresentavam histórias de abuso de várias outras drogas, trauma craniano e epilepsia, e pelo fato de a técnica da mensuração ventricular não ter sido considerada confiável. Além disso, estes achados não puderam ser reproduzidos em estudos posteriores por meio de técnica de tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética estrutural (RMe) (GRIPPA; LACERDA; BUSATTO FILHO; ZUNARDI; BRESSAN, 2005, p. 2).

Segundo a citação feita, podemos compreender que, devido ao fato de apresentar outros problemas neurológicos nos usuários, não foi possível atribuir às mudanças nas medidas dos ventrículos laterais. O estudo sofreu forte crítica também pela impossibilidade de repetição com outros indivíduos utilizando as técnicas da tomografia computadorizada e ressonância magnética.

Sobre canabidiol e Spect:

cada voluntário foi estudado em duas ocasiões, separadas em uma semana. Na primeira sessão, os sujeitos receberam uma dose oral de CBD (400mg) ou placebo, em procedimento duplo-cego. Imagens de Spect foram adquiridas 90 minutos após a ingestão usando a substância que não foi administrada na sessão anterior. O CBD reduziu significativamente a ansiedade subjetiva e aumentou a sedação mental. Enquanto o placebo não produziu mudanças significativas (GRIPPA; LACERDA; BUSATTO FILHO; ZUNARDI; BRESSAN, 2005, p. 5).

Considerando a citação feita, a experiência com CBD em indivíduos produziu efeitos satisfatórios, reduzindo significativamente a ansiedade e a sedação. Todavia, Bueno (2022) adverte que os medicamentos à base de CBD não existem no Sistema Público de Saúde. Os indivíduos que precisam fazer uso após diagnóstico e receita fornecida por médicos, em alguns casos, precisam entrar na Justiça para comprar o medicamento no mercado nacional ou internacional. Isso reduz a possibilidade de tratamento da classe trabalhadora com as inovações da Medicina.

O enfrentamento de alguns desafios para uso do Cannabis aflige também os pacientes, uma vez que alguns deles desconhecem o potencial terapêutico da droga e outros detêm conhecimento que podem ser alcançados, porém decidem não optar pelo seu uso advindo da concomitante possibilidade que essa droga propicia de mau uso ou de hábito vicioso e prejudicial à saúde. No mais, o tratamento com emprego de CBD é custoso, dado o elevado valor que tem que ser desprendido para aquisição dos medicamentos (BUENO, 2022, p. 4).

Compreendemos a pesquisa de Bueno (2022), de revisão bibliográfica, em revistas da área, sobretudo, de artigos da revista PubMEd. Entretanto, encontramos um ponto questionável quanto à admissão do fármaco.

O autor, na citação, afirma que alguns pacientes temem o hábito vicioso e prejudicial à saúde. Há outros medicamentos que podem fazer o mesmo efeito e sobre os quais não encontramos, grosso

modo, o temor do vício, e, mesmo lendo as condições adversas, ainda assim os pacientes fazem uso deles. A maneira como está escrito, na citação anterior, nos leva a pensar que o indivíduo escolheu sozinho essa terapia. Parece que não houve consulta a um especialista que receitou o fármaco e forneceu a receita, após análise da condição clínica do indivíduo.

Antes de o fármaco chegar ao paciente existe a Comissão Nacional de Incorporação Nacional de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). O relatório elaborado por essa comissão, em fevereiro de 2021, registra:

A Lei n.º 8.080/1990, em seu art. 19-Q, estabelece que a incorporação, exclusão de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica são atribuições do Ministério da Saúde (MS). Para cumprir essas atribuições, o MS é assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) (BRASIL, 2021, p. 1).

A comissão redige tanto relatórios técnicos como de recomendação de medicamentos e tecnologias. Em nosso texto, vamos usar o primeiro, de 2021, que, entre os medicamentos, discute o uso de Canabidiol 200 mg/ml para o tratamento de crianças e adolescentes com epilepsia refratária a medicamentos antiepilepticos. Como é formada a Conitec?

A estrutura do funcionamento da Conitec é composta por Plenário e Secretaria-Executiva, definida pelo Decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2021, que regulamentou, também, suas competências científicas, seu funcionamento e seu processo administrativo. A gestão e a coordenação das atividades da Conitec, bem como a emissão do relatório de recomendação sobre tecnologias analisadas, são responsabilidade da Secretaria-Executiva, exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde (DGTI/SCTI/MS). O Plenário é composto por 13 (treze) membros: representantes de cada uma das 07 (sete) Secretarias do Ministério da Saúde (SCTIE) – e 01 (um) representante das seguintes instituições: Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa; Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; Conselho Nacional de Saúde – Conass; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems; e o Conselho Federal de Medicina – CFM (BRASIL, 2021, p. 1).

Com essa citação, conseguimos compreender a estrutura da comissão e a sua capilaridade, atingindo as secretarias municipais de saúde dos municípios, que integram o Plenário. Gostaríamos de ressaltar a presença da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por sua natureza e sua atuação na sociedade. Durante a pandemia da Covid-19, esteve muito em evidência devido aos testes e à liberação das vacinas para combater o vírus e suas mutações. Considerando a apresentação da estrutura, vale ressaltar a atuação da Conitec.

A análise da Comissão deve ser baseada em evidências científicas, publicadas na literatura, sobre a eficácia, acurácia, efetividade e segurança da tecnologia, bem como a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas. É imprescindível que a tecnologia em saúde possua registro na Agência Nacional de Vigilância

Sanitária (Anvisa) e, no caso de medicamentos, preço fixado pela Câmara de Regulação de Medicamentos (CMED) (BRASIL, 2021, p. 1).

Nessa citação, encontramos a atuação da Anvisa, pois os medicamentos devem possuir registro no órgão, mas também preço fixado na Câmara de Regulação de Medicamentos (CMED). Entre outros fatores, em função do seu preço fixado pela CMED, o medicamento pode ou não ser incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela Conitec, que possui não somente o preço como critério, mas outros critérios que integram a citação.

Vamos continuar a discussão do relatório, a partir dos critérios fixados pela Conitec: eficácia e avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas. A comissão menciona, no relatório sobre o primeiro critério, a eficácia:

A evidência disponível de eficácia, efetividade e segurança do canabidiol em crianças e adolescentes com epilepsia refratária a medicamentos antiepiléticos é baseada em três ensaios clínicos randomizados (ECR), com controle por placebo, e suas extensões abertas, que incluíram pacientes com síndromes específicas de epilepsia refratárias: síndrome de Lennox-Gastaut (SLG) e síndrome de Dravet (SD). Também foram incluídos seis estudos observacionais sem grupo controle e uma revisão sistemática com meta-análise dos resultados dos ECR. Ao todo foram incluídos 1.487 pacientes, e acompanhamento entre 12 e 144 semanas. Observaram-se benefícios estatísticos em qualidade de vida (QOFCE) após três meses de tratamento com canabidiol (diferença média = 8,12; desvio padrão = 9,85 p<0/001, n=48) e redução de cerca de 50% na frequência de crises epiléticas totais por até 2 anos (BRASIL, 2021, p. 7).

Na citação feita anteriormente, entre os critérios que orientam a atuação da Conitec, a eficácia não foi escolhida de forma aleatória. Ela foi escolhida porque reúne outros critérios: acurácia, evidências científicas, efetividade e segurança da tecnologia. Considerando a citação, o canabidiol, após a realização de testes em dois grupos e incluindo indivíduos com outras síndromes, refratárias a medicamentos antiepiléticos, apresentou resultados satisfatórios, diminuindo as crises dos participantes que o receberam. Dessa maneira, podemos pensar que, para o tratamento de indivíduos refratários a outros medicamentos antiepiléticos, o canabidiol receberá parecer positivo, recomendando a incorporação do medicamento ao Sistema Único de Saúde.

Avaliação econômica: o uso do canabidiol como terapia adjuvante nas síndromes de Lennox-Gastaut e Dravet resulta em benefício clínico aos pacientes, mediante incremento de gastos considerados parâmetros médios, resultando em RCEI por crise evitada e QALY ganho de, respectivamente, R\$ 1,6 mil e R\$ 3,6 milhões, valores bastante altos considerando o baixo custo estimado para tratamento da crise ou ainda valores de limiar usualmente adotados para QALY (0,7 a 3% PIB per capita). Além disso, considerada a incerteza, o benefício clínico não é confirmado tanto para crises evitadas quanto para QALY ganho (BRASIL, 2021, p. 7).

Tomando como ponto de partida essa citação, o relatório da Conitec considera que, mesmo depois de o medicamento ter passado pelos testes de acurácia, ele não será incorporado ao SUS. Para

compreendermos com maior densidade as razões que permitem a inclusão, a chave da nossa compreensão está no termo QALY - QualityAdjusted Life for Years para medir a qualidade de vida ajustada ao longo dos anos. É necessário fazer outro cálculo para propor a inclusão supressão do medicamento no SUS.

Existem quatro tipos de análises econômicas em saúde: custo-benefício, custo-minimização, custo-efetividade e custo-utilidade. As abordagens mais utilizadas atualmente no setor de saúde são as duas últimas. A análise custo-efetividade (ACE) é uma forma de avaliação econômica completa na qual se examinam tanto os custos como as consequências (desfechos) de programas ou tratamentos de saúde. O resultado da ACE é expresso, por exemplo, em custo por ano de vida ganho. A análise custo-utilidade é centrada particularmente na qualidade do desfecho em saúde produzido ou evitado e introduz conceito de QALY – *Quality-Adjusted Life Years* (DRUMMOND et al., 1997).

Quando realizamos uma pesquisa, não podemos ficar presos a uma única fonte; devemos buscar informações que possam lançar luzes sobre ela. O Plenário da Conitec é qualificado quando faz a discussão sobre a incorporação de medicamentos e tecnologias ao Ministério de Saúde, que leva em consideração o acúmulo de conhecimento produzido na área. Para os que são de fora da área, a única avaliação que fazemos é que as pessoas que conseguiram usar esse medicamento tiveram redução das crises epiléticas e, com isso, ganho em qualidade de vida tanto para o indivíduo quanto para a família.

Não podemos esquecer o fator social: o canabidiol não foi proibido, ele apenas não foi incorporado ao Sistema Único de Saúde, o que nos leva a pensar que ele pode ser adquirido por médicos em consultas particulares. Considerando a desigualdade econômica existente no país, sabemos qual classe poderá fazer uso do medicamento.

5 O PROIBICIONISMO E A POLÍTICA REDUÇÃO DE DANOS

Se na seção anterior ouvimos os médicos e seus estudos sobre as drogas, agora trataremos principalmente sobre o proibicionismo e a política de redução de danos; dialogaremos com o historiador Felipe Carneiro, e com o médico psiquiatra Sergio Alarcon. Outros autores também serão convidados, na medida em que seus textos contribuam para a compreensão proposta.

Há brechas no proibicionismo. Mendocino, condado da Califórnia, era uma delas. Formado por lindas florestas de enormes sequoias, na cidade ainda pairava o clima da contracultura, dos hippies e de alguns soldados que voltaram com traumas da Guerra do Vietnã. Nas florestas de Mendocino cresciam outros vegetais, cujas sementes eram escolhidas e colhidas. Ninguém falava abertamente sobre a plantação de maconha; era um comércio rentável que envolvia vários moradores. Alguns estrangeiros vinham de longe, com a promessa de ganhar e vender a erva. Tudo isso acontecia bem embaixo dos olhos das forças de segurança do Estado.

A Cannabis, de uma planta terapêutica de uso amplo e diversificado, passou a ser outro vegetal proibido, com seus usos industriais e alimentícios igualmente suprimidos, e já mencionados desde os primeiros tratados, mas cuja proibição global se consolidou na segunda metade do século XX - entrando em declínio no novo século com a legalização conquistada por plebiscitos em número crescente de estados norte-americanos e países como o Uruguai (CARNEIRO, 2018, p. 43).

Em 1960, no Estado da California, nos Estados Unidos, houve aprovação para uso medicinal da Cannabis (SINMON, 2007, p. 170). Alarcon (2012) afirma que no Brasil a política proibicionista se apoia da mesma forma que em outros países; numa ponta, forças de segurança, que efetuam a repressão, e na outra o setor da saúde.

Por certo, são justamente as relações justamente as relações entre o setor da saúde e o de segurança (tecidas pela lógica proibicionista) que se mantêm como um segredo mais bem guardado que os mistérios eleusianos. Relações que confundem a formulação de novas políticas sanitárias que busquem reduzir a potência venenosa ou tóxica não apenas das moléculas farmacológicas, mas, em especial, das relações nas quais essas moléculas são inseridas (ALARCON, 2012, p. 47).

Pode parecer que existe um paradoxo: envolver as forças de segurança pública na formulação de políticas públicas de redução de danos quando elas não possuem em sua ação finalista questões sanitárias ou mesmo, médicas. O equívoco encontra-se na criminalização da substância e do usuário. Eles consideram de que essa substância também não pode ser usada no trato de doenças. Em sua formação inicial, não houve discussão que apresentasse esse fármaco do ponto de vista medicamentoso. Como consequência temos, na polícia de costumes, herança do início do século XX, com as leis que proibiam a venda, o uso e a exposição (SILVA, 2015).

Restringindo aos médicos o receituário dessas drogas, médicos que dificilmente se encontram no sistema público de saúde, torna o acesso para a população de baixa renda algo longe de seu horizonte devido à falta de conhecimento de seus direitos, e das substâncias que formam os fármacos e como eles podem ajudar a melhorar a saúde. Ainda temos pessoas que escrevem na caixa do remédio o horário que ele deve ser consumido; se elas precisam desse auxílio para tomá-lo, quanto mais saber sua composição.

Alarcon (2012) chama a atenção para um recorte racial na formulação das políticas de redução de danos e na repressão ao uso de drogas elegendo como alvo a população pobre e negra.

Em uma equação que conjuga o mito da ‘certeza da impunidade’ (na verdade, o Brasil possui a maior população carcerária do hemisfério Sul e a segunda maior do planeta), com uma distribuição racista da que nossa sociedade entende por direitos humanos (COIMBRA, 2003).

[...] De imediato poderíamos nos perguntar em primeira análise o que justifica a quantidade de homicídios no Brasil diretamente vinculada à guerra às drogas se não somos nem grandes produtores nem grandes consumidores (ALARCON, 2012, p. 52).

Não podemos esquecer duas questões centrais na política de redução de danos: a abstinência total e o medo de que pessoas usem de forma irresponsável substâncias psicoativas, tenham uma overdose e ocupem as poucas vagas do sistema de saúde pública, que poderiam ser destinadas a outros doentes acometidos de outros males.

Encontramos na Biblioteca Virtual em Saúde um panfleto que apresenta a definição de Redução de Danos:

É uma estratégia de saúde pública que busca controlar possíveis consequências adversas ao consumo de psicoativos – ilícitos ou lícitos – sem necessariamente interromper esse uso e buscando a inclusão social e cidadania para os usuários de drogas (BRASIL, s/d, p. 1).

Até onde foi possível seguir o debate, encontramos o Projeto de Lei nº 1.340/23, de autoria do Coronel Meira, deputado federal, Vice-líder do Partido Liberal, membro da Comissão Permanente de Segurança Pública e Combate ao Crime Organizado, tramitando na Câmara Nacional; nele a redução de danos encontra-se em discussão. Todavia, o que pudemos perceber é: não houve modificação substancial da definição apresentada.

Retomando o diálogo com Alarcon (2012), não somos os principais produtores, nem mesmo os consumidores de substâncias psicoativas no planeta. O que existe em nossa sociedade é um discurso moralizante forjado a tempos pretéritos sobre o uso dessas substâncias e a criminalização dos usuários.

Não há como não ver a guerra às drogas nas ruas, favelas, morros de áreas periféricas da cidade do Rio de Janeiro.

Uma das consequências dessa guerra é a necropolítica (MBEMBE, 2018) colocada em ação, ou seja, o direito de escolher quem pode e deve morrer: operações próximas aos horários de saída e entrada das escolas públicas interrompem as aulas. As secretarias de Educação Municipal e Estadual possuem os números de aulas suspensas devido a confrontos. Como pensar no que aprender e no que ensinar quando o confronto ocorre durante o período das aulas? Como sair para ir ao trabalho e encontrar as forças de segurança públicas prontas, para iniciar as operações?

O excesso de ligações para o emprego causa demissões, num país em recuperação econômica claudicante. Os indivíduos não têm outra opção, a não ser tentar passar em meio ao confronto, colocando suas vidas em risco, nas estatísticas, muitos foram parar em outro lugar: no hospital, em busca de socorro médico, e nem sempre há tempo de salvar as vidas diante da letalidade que os atingiu.

Como falar em abstinência total na política de redução de danos, quando ela já se mostrou um verdadeiro fracasso em outros países que a adotaram? Precisamos de programas semelhantes aos que desejam parar de usar tabaco, que, com acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, vai acompanhando os efeitos da retirada da substância do organismo e buscando alternativas, como a ministração de outras que possam ser menos nocivas à saúde, promovendo o cuidado com o indivíduo e seu núcleo familiar. Mas quando criminalizamos os adictos praticamos um rito sumário em que ele e a substância são criminalizados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda há muito para estudar sobre a temática; eu me dediquei quase um ano à escrita deste artigo, lendo quem está produzindo dentro da área, refletindo sobre o que lia e finalmente buscando um caminho para pensar que a desigualdade do uso medicinal da Cannabis sativa reproduz a desigualdade espacial, pois fumar maconha no Leblon não é a mesma coisa que no Chapadão ou Complexo da Maré.

Outro dia, sentado num shopping da Zona Sul, um indivíduo viu o título do livro que eu estava lendo e sem nenhuma cerimônia, me abordou dizendo: “aqui na Zona Sul nossa discussão já avançou”. Eu pensei: “duas cidades dentro da mesma cidade, a desigualdade econômica de uma área faz um indivíduo dizer, sem nem nenhum constrangimento, que não teme as forças de segurança do Estado, ou seja, venda, consumo e exposição são possíveis”.

Essas substâncias são compradas; quem tem dinheiro compra, quem não tem fica devendo até acumular dívidas, que são pagas com a sua vida ou de um familiar. Ao mesmo tempo, a solidariedade com a família dos mortos tem que ser contida, pois ajudar no sepultamento e estar presente no velório, quando pode haver olheiros, coloca outras famílias em risco.

A indignação e as lágrimas estampadas nos rostos refletem a dor indizível. Morrison (2011) elaborou o conceito de *unspeakable* - coisas sobre as quais não se pode dizer. Contudo, é possível sentir. Fizemos uma opção por não apresentar as últimas discussões do Supremo Tribunal de Justiça; foram coletadas e lidas, mas fiquei pensando se não estaria percorrendo o mesmo caminho que outros pesquisadores já percorreram quando apresentaram suas dissertações, teses, artigos. Não que elas não sejam importantes. Elas são importantes quando pensam na inclusão do medicamento no SUS.

O Conitec elaborou relatório que usamos como fonte de pesquisa. Embora o relatório não proíba o uso do Canabidiol em crianças, adolescentes refratários a medicamentos antiepilepticos, ela não será incorporada ao Sistema Único de Saúde. Isso não quer dizer que ela não poderá ser consumida como remédio.

O caminho para adquirir o fármaco passa por interesses privados, médicos particulares com consultas com preços que não são populares; a própria medicação também não possui um preço de que a classe trabalhadora possa dispor mensalmente.

A discussão sobre a descriminalização envolvendo o indivíduo e a posse é transversal ao uso do Canabidiol como medicamento. Ela é de grande valia, mas estaremos assegurando a democracia, não somente com a descriminalização, e sim com a possibilidade de uso no Sistema Público de Saúde, que geralmente atende à população mais pobre, que não pode pagar consultas caras para obter receitas e assim continuar o seu tratamento.

REFERÊNCIAS

- ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- BENSIMON, C. Clube dos jardineiros da fumaça. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto limita liberação de recursos para "redução de danos" nas ações contra drogas. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/959294-projeto-limita-liberacao-de-recursos-para-reducao-de-danos-nas-acoes-contra>. Acesso em: 26 nov. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologia em Saúde. Relatório de recomendação medicamentos – Canabidiol 2000 mg/ml para o tratamento de crianças e adolescentes com epilepsia refratária a medicamentos epiléticos. Brasília, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Por que fazer redução de danos. Biblioteca Virtual em Saúde, [s. d.]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006003202.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2024.
- BUENO, R. S. O emprego da Cannabis medicinal no enfrentamento a doenças. 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/12/1410401/5398-texto-do-artigo-30174-29300-10-20221003.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2024.
- CANUTO, V. Avaliação econômica de tecnologias em saúde e limite de custo-efetividade. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, [s. d.]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/artigos_publicacoes/ave-limitecevaniacristinacanutosantos.pdf. Acesso em: 1 dez. 2024.
- CARNEIRO, H. Drogas: a história do proibicionismo. São Paulo: Autonomia, 2018.
- CRIPPA, J. A. et al. Efeitos cerebrais da maconha: resultados dos estudos de neuroimagem. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 27, n. 3, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/2005.v27n3>. Acesso em: 18 nov. 2024.
- GARCIA, J. B. S.; BARBOSA NETO, J. O. Efeitos adversos do uso dos cannabinoides: qual o paradigma de segurança? BrJP, São Paulo, v. 6, supl. 1, p. S38-43, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/R4TdHZ7fqGyWYvkHCtcj8rz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2024.
- HARI, J. Na fissura: uma história do fracasso no combate às drogas. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
- LEMBKE, A. Nação dopamina: por que o excesso de prazer está nos deixando infelizes e o que podemos fazer para mudar. Belo Horizonte: Vestígio, 2022.

MAFRAJI, M. A. Tomografia por emissão de pósitrons (PET). Manual MSD, 2023. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/recursos-multim%C3%ADdia/figura/tomografia-por-emiss%C3%A3o-de-p%C3%B3sitrons-pet>. Acesso em: 14 jul. 2024.

MBEMBE, A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: N-1, 2018.

McWHORTER, S. Canabidiol (CBD). Manual MSD, 2024. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/assuntos-especiais/suplementos-alimentares-e-vitaminas/canabidiol-cbd>. Acesso em: 18 nov. 2024.

MORRISON, T. Amada. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SILVA, C. J.; CHEVARRIA, M. A. N. Maconha, os dois lados da moeda: o THC e o CBD. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas, [s. d.]. Disponível em: <https://spdm.org.br/blogs/alcool-e-drogas-blogs/maconha-os-dois-lados-da-moeda-o-thc-e-o-cbd/>. Acesso em: 10 fev. 2024.

SILVA, M. L. Polícia de costumes, drogas e educação na capital federal nos anos 1920-30. Revista Teias, Rio de Janeiro, [s. v.], [s. n.], 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistateias/article/view/24127>. Acesso em: 10 fev. 2024.

SILVA, M. L. Drogas: da medicina à repressão policial: a cidade do Rio de Janeiro entre 1921 e 1945. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015.

TORCATO, C. E. M. Breve história da proibição das drogas no Brasil: uma revisão. Inter-Legere - Revista do PPGCS/UFRN, Natal, n. 15, jul./dez. 2014.

ZACCONE D'ELIA FILHO, O. Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas. Rio de Janeiro: Revan, 2008.