

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ITUVERAVA
FACULDADE DR. FRANCISCO MAEDA**

Thais Pereira Sampaio

**A LEGALIZAÇÃO DA MACONHA PARA USO MEDICINAL:
Canabidiol e seu alto custo**

**ITUVERAVA
2015**

THAIS PEREIRA SAMPAIO

**A LEGALIZAÇÃO DA MACONHA PARA USO MEDICINAL:
Canabidiol e seu alto custo**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade Dr. Francisco
Maeda. Fundação Educacional de
Ituverava para obtenção do título de
Bacharel em Direito.**

**Orientador: Prof. Dr. Clovis Alberto Volpe
Filho**

**ITUVERAVA
2015**

THAIS PEREIRA SAMPAIO

**A LEGALIZAÇÃO DA MACONHA PARA USO MEDICINAL:
Canabidiol e seu alto custo**

**Trabalho de Conclusão de Curso para
obtenção do título de Bacharel em Direito
apresentado à Fundação Educacional de
Ituverava, Faculdade Dr. Francisco Maeda.**

Ituverava, 26 de novembro de 2015.

**Orientador: _____
Prof. Dr. Clovis Alberto Volpe Filho**

**Examinador: _____
Prof. Dr. Roberto Inácio Barbosa Filho**

**Examinadora: _____
Prof.^a. Dra. Sofia Muniz Alves Gracioli**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus adoráveis pais, Alexandre Rodrigues Sampaio e Valéria de Freitas Pereira Sampaio, pelo apoio e compreensão para a conclusão desse trabalho e por serem exemplos de vida, honestidade, trabalho e dedicação. Sempre me incentivaram nos momentos de desespero, me confortando com palavras de amor.

A Matheus, querido irmão, sempre muito compreensivo.

A Juliano, meu querido companheiro, que sempre, nos dias mais difíceis dizia-me palavras de conforto e amor.

Aos meus eternos amigos, com que Deus generosamente me presenteou e que, pacientemente, ouviram minhas aflições, sempre me apoiando. E, em especial, a minhas amigas Aylana e Giovana, as quais sempre me apoiaram para concluir o curso, dando-me sempre os melhores conselhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pois sem ele, nada poderia fazer. Ao Dr. Clovis Alberto Volpe Filho, agradeço pelos ensinamentos e orientação, generosamente, partilhados para a conclusão desse trabalho.

Agradeço a meus companheiros de trabalho pela compreensão e pelo apoio que sempre me deram nos dias de angústia.

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para essa importante etapa de minha vida.

RESUMO

O presente trabalho tem como propósito, explicar, da melhor forma possível a conquista da reclassificação do Canabidiol para substância de uso controlado especial. Tal decisão sobreveio por votação unânime pela Diretoria Colegiada da Anvisa, em 14 de julho de 2015. Contudo, ainda, o assunto é palco de muitas discussões e, especialmente, será analisado que, mesmo diante da autorização da importação do medicamento, muitos pacientes ainda não podem ser contemplados pelo uso do medicamento Canabidiol em seus tratamentos, por não possuírem recursos financeiros, visto que o medicamento tem um custo elevado. Sendo dessa forma a importação do remédio algo impossível para essas pessoas, que buscam soluções alternativas, como a fabricação artesanal e, ou até mesmo, a compra dos medicamentos de traficantes, correndo sérios riscos tanto legais como médicos. Diante disso, é observado o dever do Estado em concretizar a saúde pública, conforme consagrado pela Constituição Federal como direito fundamental, sendo indissociável à vida, e um dos pressupostos da dignidade da pessoa humana. Diante da inércia dos Poderes Legislativo e Judiciário em efetivar o direito à saúde, será estudada a legitimidade do Judiciário para a efetivação desse direito ante às subjeções do princípio da reserva do possível, do princípio da Separação dos Poderes e, por fim, da impossibilidade do fornecimento gratuito do medicamento e/ou tratamento pelo Estado, por estar em fase experimental, sem registro na Anvisa. Será, para tanto ilustrado o caso de Pedro Henrique, para o qual foi concedido o fornecimento gratuito do medicamento canabidiol, por decisão do Tribunal de Justiça de Goiânia-GO, tal decisão acrescenta que a concretização do direito a saúde pelo Judiciário é perfeitamente adequada até o momento.

Palavras-chave: Reclassificação. ANVISA. Canabidiol. Alto custo. Poder Judiciário.

SUMMARY

This paper aims, explain as best as possible the conquest of reclassification of Cannabidiol for particular controlled substance use, this decision came by unanimous vote by the Board of Anvisa, on 14 July 2015. But still it comes to stage many discussions and especially will be considered that even with the authorization of importation of the drug, many patients cannot be addressed by the use of Cannabidiol medicine in their treatment, because they lack financial resources, as the drug has a high cost. It is thus importing the medicine impossible for those people who seek alternative solutions such as small-scale manufacturing and or even the purchase of traffickers of drugs, running both serious legal risks as doctors. Therefore, it is subject to the duty of the State is obliged to implement health, which was enshrined in the Federal Constitution as a fundamental right, being inseparable from life, and one of the requirements of human dignity. Faced with the inertia of the legislative and judicial branches in effect the right to health, the legitimacy of the judiciary to the realization of the right to health will be studied, compared to the subjeções the principle of reservation as possible, the principle of Separation of Powers, and finally the impossibility of providing free medication and / or treatment by the State, to be experimental, without registration at Anvisa. Will, therefore illustrated the case of Pedro Henrique, which was awarded the free supply of cannabidiol medicine, by decision of the Court of Goiânia-GO, the decision shall add that the realization of the right to health by the judiciary is perfectly suited to the time.

Keywords: Reclassification. ANVISA. Cannabidiol. High cost. Judicial power.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CBD	Canabidiol
Conad	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
FBI	Federal Bureau of Investigation
Sisnad	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 CONCEITO DE DROGAS.....	15
1.1 Conceito de drogas psicotrópicas.....	15
1.2 <u>Conceito Legal de Droga.....</u>	<u>17</u>
1.2 Legislação brasileira que regulamentou a matéria de drogas ao longo da história.....	18
1.2.1 <u>Legislação esparsa que regulamenta a matéria de drogas.....</u>	<u>24</u>
1.2.2 <u>Considerações importantes da Lei nº 11.343/2006 atual Lei de Drogas....</u>	<u>25</u>
1.3 Combate às Drogas no Brasil.....	34
2 ASPECTOS RELEVANTES SOBRE A MACONHA.....	37
2.1 Breve história da maconha no mundo e suas utilidades.....	37
2.2 Histórico do Uso medicinal da Cannabis.....	39
2.3 Tratamentos da Cannabis no Brasil.....	41
2.3.1 <u>Tratamentos da maconha em outros países.....</u>	<u>44</u>
2.4 Princípios ativos da Cannabis.....	46
2.5 Doenças que vêm sendo estudadas para serem tratadas com a Cannabis medicinal.....	49
3 A MACONHA COMO MEDICAMENTO NO BRASIL.....	52
3.1 Da regulamentação dos medicamentos no Brasil feita pela ANVISA.....	52
3.1.1 <u>Procedimento de registro e aprovação de medicamentos novos no Brasil.....</u>	<u>53</u>
3.1.2. <u>Da importação de medicamentos controlados sem registro no Brasil.....</u>	<u>54</u>
3.2 Legislação brasileira sobre a utilização de vegetais e substratos dos quais podem ser extraídos ou produzir drogas - E o uso medicinal e científico.....	55
3.3 A primeira decisão judicial que autorizou o uso e a importação de remédio à base de maconha.....	57
3.4 Resolução do Conselho Regional de Medicina de São Paulo permite o uso do Canabidiol.....	59
3.5 Reclassificação de Canabidiol para substância controlada.....	60

3.6 O alto custo do medicamento a base de Canabidiol.....	61
4 QUESTÕES JURÍDICAS ATUAIS SOBRE O TEMA.....	65
4.1 Direito à saúde: Dever do Estado.....	65
4.2 Direito à saúde: Exigibilidade judicial.....	66
CONCLUSÃO.....	78
REFERÊNCIAS.....	81

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como escopo elucidar da melhor forma a conquista de se ter o uso legalizado de medicamentos à base de uma substância retirada da maconha chamada Canabidiol. A reclassificação do Canabidiol para substância de uso controlado especial vem se mostrando um dos assuntos mais polêmicos da atualidade. Tal decisão foi tomada por unanimidade pela Diretoria Colegiada da Anvisa, em 14 de janeiro de 2015, que autorizou a importação de medicamentos à base da referida substância.

Por se tratar de uma substância retirada da Cannabis Sativa, popularmente conhecida no Brasil como Maconha, o assunto foi e ainda é palco de muitas discussões, como será analisado, especialmente, o fato de, apesar de ter sido legalizado o alto custo do remédio, deixa muitos pacientes vulneráveis, a mercê de soluções ilegais, como exemplos a produção artesanal do medicamento, ou, até mesmo, a realização de compras de traficantes, posturas essas totalmente contrárias com a legislação vigente, e com os procedimentos corretos de fabricação de um medicamento, gerando várias consequências negativas a esses indivíduos.

O conceito de drogas no Brasil para ser compreendido deve ser feito um estudo multidisciplinar em todas as áreas do conhecimento que envolva política, economia, cultura, ciência, história, moral e desígnios jurídicos. Nesse sentido, torna-se importante desenvolver no presente trabalho o conceito farmacológico e legal de drogas, conjuntamente com a história da legislação brasileira que já a regulamentou, pois ao analisar tal fenômeno poderá ser entendido a postura rígida assumida pelo país referente à política-criminal que seguiu o modelo norte-americano, de modo que o proibicionismo revela-se em um verdadeiro fracasso.

Ainda pode ser notada uma mudança na postura do legislador, evoluindo em muitos aspectos visíveis na Lei atual de drogas 11.343/2006, que tem como meta suprir as reais e atuais necessidades da sociedade.

Suprida tal abordagem, pretende-se averiguar também a história desenvolvida pela maconha desenvolveu ao longo dos anos, considerada uma planta milenar que sempre esteve presente na vida da humanidade e que atingiu aspectos positivos no decorrer do tempo em quase todos os continentes, com um incrível potencial industrial, fazendo parte da cultura de quase todos os povos, seja na produção de velas, cordas, tecidos e papéis.

O assunto principal tratado desdobra-se no grande potencial medicinal que essa planta possui, pois desde a antiguidade, era utilizada com essa finalidade, sendo ministrada em tratamentos das mais variadas doenças e em diversos países.

No Brasil, o preconceito deixou que pesquisas científicas sobre a maconha como medicamento se revelassem tardiamente. A erva foi muito estigmatizada por ter sido introduzida pelos escravos africanos, que a usava nos rituais do candomblé.

Porém, pesquisas científicas no âmbito internacional prosseguiram, revelando que as duas substâncias mais presentes na cannabis, Canabidiol e Tetrahydrocannabinol, são as responsáveis pelos efeitos terapêuticos da planta, cada uma com suas particularidades e contribuições. Dessa forma a Cannabis Medicinal passou a ser prescrita no tratamento de várias doenças nas mais diversas formas e países.

Nesse sentido, é dado um grande avanço na medicina, proporcionando esperança aos familiares de pacientes portadores principalmente de doenças crônicas, devido ao fato de não responderem mais a tratamentos convencionais. E após a realização de algumas experiências em pacientes portadores dessas patologias que tenham comprovadamente melhora, pacientes de todo o mundo passam a buscar tais medicamentos para ser utilizados em seus tratamentos, em busca de uma melhor qualidade de vida.

Não demora muito para que as notícias dos novos medicamentos à base de maconha cheguem ao Brasil; no entanto, a planta é proscrita no país. Diante de tal empasse, familiares dos doentes começam de forma desesperadora a importar ilegalmente os remédios do Canabidiol, correndo sérios riscos legais e médicos, pois de forma clandestina poderiam ser barrados os medicamentos pela Receita Federal, perdendo todo o dinheiro pago que, como será visto, os valores dos mesmos são bem elevados, adiando ainda mais o tratamento do paciente.

Diante de tais dificuldades, inicia-se uma pressão pública para que a importação dos medicamentos da substância mencionada seja autorizada, onde serão avaliadas as possibilidades de tais pedidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, responsável por aplicar o procedimento de forma criteriosa a cada um dos casos.

Todavia, os procedimentos realizados pela ANVISA tornaram-se morosos, como consequência essas pessoas começam a pleitear no Poder Judiciário os medicamentos à base do Canabidiol, deparando-se os magistrados com uma difícil solução. A primeira decisão que permitiu a importação antes da reclassificação foi averiguada no trabalho, é o caso da menina Anny de Bortoli Fischer, de 5 anos. O caso de Anny ganhou repercussão em toda a sociedade brasileira, após ter sido exibido o documentário “Illegal” no programa de televisão

transmitido pela Rede Globo chamado “Fantástico”, motivo pelo qual despertou-me a idealização pelo presente trabalho.

Devida à grande demanda de ações postuladas no Poder Judiciário perquirindo a importação e o uso do Canabidiol, a Anvisa se posiciona e decide que o Canabidiol passe a figurar a lista que define e regula as substâncias sujeitas a controle especial.

No entanto, avaliar-se-á nesta pesquisa se tal medida compreende a todos os doentes que desejam ser tratados pelo medicamento Canabidiol, já que em razão do seu alto custo os pacientes continuam a procurar o Poder Judiciário para se ter concretizado seu direito à saúde. Acerca disso será despendido o dever do Estado em tutelar tal direito, no qual foi recepcionado pela Constituição Federal Brasileira como direito de caráter fundamental, sendo assim essencial sua observância por todas as esferas governamentais para alcançar uma melhor qualidade de vida, também serão levantadas as questões do princípio da dignidade da pessoa humana, princípio da isonomia e direito à vida.

E, por fim, será feita uma discussão acerca da efetivação do direito à saúde pelo Judiciário. Contudo, antes será observada a diferenciação entre judicialização da saúde e ativismo judicial, pois muitos acreditam ser sinônimos. Será demonstrado que o ativismo judicial quando realizado de maneira criteriosa e positiva, supera-se às desigualdades sociais atinge a justiça, apresentando tal postura como um avanço na efetivação da saúde como direito fundamental. Para melhor ilustrar tal entendimento será demonstrada uma decisão recente do Tribunal de Justiça de Goiânia - GO. que, em caráter liminar, decidiu que a Secretária Estadual da Saúde custeasse o medicamento HEMP OIL (RSHO) - CANNABIDIOL (CBD) e todo o gasto da importação e entrega do medicamento a Pedro Henrique de Assunção Pinho, que sofre de paralisia cerebral e epilepsia refretária, patologias adquiridas no parto por falta de oxigenação no cérebro.

Será destacada também na conclusão, a importância da atuação do Judiciário na concretização da saúde diante da inércia dos poderes Legislativo e Executivo que não se trata de interferência na tripartição dos poderes, mas sim de uma necessidade e, para melhor exemplificar, será mencionada a atuação do judiciário no caso de Pedro Henrique.

Quanto aos métodos de procedimento empregados no presente trabalho, há de se evidenciar o histórico pelo fato de ter sido analisado cronologicamente a legislação brasileira que regulamentou sobre drogas e ainda o papel desenvolvido pela maconha na história da humanidade até os dias atuais, indispensável tais ponderações para a compreensão da recente permissão do uso medicinal do Canabidiol. Foi utilizado também o método comparativo ao

analisar o tratamento dado à maconha medicinal em diversos países do mundo, de tal forma que sirva de base para futuras mudanças nessa área no Brasil, o método dedutivo, pois defina-se para o alto custo do remédio.

Já, na metodologia de abordagem para a realização da pesquisa, foi utilizada pesquisa bibliográfica e documental. Nesse sentido, busca-se com a pesquisa de forma clara e honesta superar as atuais relevâncias acerca do tema, e, ao final, são apresentados as referências bibliográficas.

1 CONCEITO DE DROGAS

Para se compreender o conceito de Drogas e todos os seus aspectos precisa-se fazer uma abordagem multidisciplinar, abrangendo todas as áreas do conhecimento da política, economia, cultura, moral, científica, histórica e jurídica.

Na tentativa de se buscar um significado ao termo droga Vicente Greco Filho (2009, p 7), nos ensina:

Dentre as definições apresentadas pela Organização Mundial da Saúde, a mais aceita pela doutrina é aquela que considera droga toda substância, natural ou sintética, capaz de produzir em doses variáveis os fenômenos de dependência psicológica ou dependência orgânica, sendo elemento comum entre as definições à dependência física ou psíquica.

O grupo de drogas pode compreender todas as substâncias que podem causar dependência, sendo elas lícitas, bem como bebidas alcoólicas, tabaco, medicamentos, e também o grupo das drogas ilícitas, como a maconha, cocaína, crack, LSD, dentre outras.

No mesmo segmento, Vicente Greco Filho citando o autor espanhol Javier Ignacio Prieto Rodriguez, (Ibidem p 6-7) conceitua drogas, como:

O conceito de drogas pode apresentar-se de acordo com a perspectiva 'popular', médico-científica ou farmacológica (substâncias que ou não têm aplicação médica ou a têm, mas é utilizada indevidamente) e a jurídica (só seriam drogas o que a lei determina). Ainda dentro do conceito jurídico, poderia se falar de um conceito jurídico-administrativo, jurídico-penal etc.

1.1 Conceito de drogas psicotrópicas

Diante do que analisamos, até o momento, pode-se dizer que drogas são todas as substâncias que, quando entram em contato com o organismo do indivíduo modificam suas reações psicológicas e seu comportamento, podendo ser sintéticas ou naturais. A farmacologia trouxe-nos a denominação de psicotrópicos para as drogas que atuam na esfera psíquica, agem sob o cérebro do indivíduo, modificando seu comportamento.

Os psicotrópicos podem ser classificados conforme seus efeitos, vejamos:

A - Os psicoanalépticos estimulam o sistema nervoso central, segundo Vicente Greco Filho, 2009, p. 11:

Os psicoanalépticos são estimulantes psíquicos com base nas anfetaminas. São provedores dos estados de alerta e prontidão e os antidepressivos. Sua ação é oposta a dos barbitúricos, eliminando a fadiga e o sono. Seus efeitos são semelhantes aos da cocaína [...]. Já os psicanalíticos antidepressivos são modificadores da disposição psíquica, que propiciam melhor socialização, elevando o senso de humor.

Os psicoanalépticos são considerados como estimulantes, muito utilizados nos tratamentos contra a obesidade por funcionarem como inibidores de apetite; outros excitam a atividade intelectual, como a mentanfamina, a anfetamina, que provocam euforia. Enquanto os psicanalíticos antidepressivos, quando ministrados em pequenas doses, provocam sonolência, porém em doses maiores causam insônia. São eles a imipramina, clorimipramina, tranilcipramina etc. (GRECO FILHO, 2009)

B- Os psicolépticos inibem o sistema nervoso central, segundo Vicente Greco Filho 2009, p. 14:

Os psicolépticos são drogas que diminuem o tono psíquico; são os tranquilizantes, hipnóticos, deprimidores das tensões emocionais. Destacam-se, entre eles, os barbitúricos que combatem a insônia, mas seu uso prolongado produz estados de apatia e de indiferença, semelhante à “ressaca” alcoólica, diminuindo a acuidade sensorial e a coordenação motora.

Podemos citar alguns tranquilizantes relaxantes musculares e ansiolíticos, como diazepam, lorazepam, que são indicados nos distúrbios psiconeuróticos, como ansiedade, reações depressivas (GRECO FILHO, 2009).

C- Os psicodislépticos provocam alterações no psiquismo, segundo Vicente Greco Filho (2009, p. 16), “Os psicodislépticos são drogas que desestruturam a personalidade, daí, também, serem chamados de „despersonalizantes“ ou „alucinogênicos“, causando delírios e alucinações”.

Agem sobre o sistema nervoso central com grande intensidade. Também sobre o sistema periférico e o sistema nervoso autônomo. Quando em doses elevadas, os efeitos se fazem bem acentuados nas três fases da respiração: pulmonar, circulatória e celular, levando o indivíduo, na maioria das vezes, a uma insuficiência ventilatória grave e às suas consequências colaterais. (GRECO FILHO, 2009, p. 16)

Podemos citar como exemplos de alucinógenos ou despersonalizantes, compreendendo a maconha, LSD, mescalina, psicocibina, dietalamida do ácido lisérgico, essas substâncias causam alucinações. (GRECO FILHO, 2009)

Os pampsicotrópicos são substâncias que podem causar tolerância e dependência física e psíquica, se seu uso for contínuo, em estados depressivos, delirantes e alucinatórios.

Alguns exemplos:

Entorpecentes: ópio e seus derivados.

Tranquilizantes: barbitúricos etc.

Estimulantes: Cocaína e seus derivados.

Alucinógenos: Maconha e seus derivados, LSD etc.

1.1.2 Conceito Legal de Drogas

Ao tratar da terminologia, observa que a Constituição Federal de 1988 se refere a tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins.

As Leis anteriores 6.368/76 e 10.400/02 adotavam terminologia diversa da Lei vigente 11.343/2006, usavam substância entorpecente, enquanto atualmente a Lei nova utiliza simplesmente o vocábulo Drogas (GOMES, 2006).

Segundo Luiz Flávio Gomes (2006, p.21),

Drogas, de acordo com o conceito legal, são substâncias ou produtos capazes de causar dependência, e, que estejam especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas, de forma periódica, pelo poder Executivo da União (esse conceito está especificamente abordado na Lei 11.343/06, art. 1º, parágrafo único) [...]. Trata-se, portanto de uma norma penal em branco [...].

De acordo com o que o legislador afirma a Lei não traz um rol de quais substâncias seriam consideradas como drogas, apenas explica que são substâncias ou produtos capazes de causar dependência, necessitando assim de um complemento para ser considerada como droga uma determinada substância, ou seja, é necessário que a mesma esteja catalogada em lista elaborada pelo Executivo da União. Trata-se de uma norma penal em branco, a qual necessita de outra norma para completar seu sentido.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA regulamentada pela Portaria 344/88, é um dos órgãos competentes pela elaboração de listas que contenham o rol de substâncias consideradas como drogas, trazendo na portaria as definições de drogas e entorpecentes.

Portaria 344/88 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, p.1, define droga como:

Droga - Substância ou matéria-prima que tenha finalidade medicamentosa ou sanitária. Entorpecente - Substância que pode determinar dependência física ou psíquica relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção Única sobre Entorpecentes, reproduzidas nos anexos deste Regulamento Técnico.

O Ministério da Saúde é o órgão competente para publicar as listas elaboradas pela ANVISA que contêm a relação das substâncias e produtos causadores de dependência.

Estando essa competência regulamentada no Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, em seu artigo 14, inciso I, alínea “a”, que estabelece:

Art. 14. Para o cumprimento do disposto neste Decreto, são competências específicas dos órgãos e entidades que compõe o SISNAD:
I- do ministério da saúde:
a) publicar listas atualizadas periodicamente das substâncias ou produtos capazes de causar dependência. (BRASIL. DECRETO Nº 5.912, DE 27)

Portanto, a ANVISA é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde, a qual é responsável pelo controle das drogas, apresentando no conteúdo da Portaria nº 344/98, no Anexo I, o conjunto de listas de substâncias entorpecentes, psicotrópicas, sujeitas a controle especial e também de substâncias anabolizantes de uso no território brasileiro.

Assim, observa-se que no âmbito jurídico atual, drogas são todas as substâncias e produtos relacionados nas listas do Anexo I da Portaria nº 344/98 da Secretária de Vigilância Sanitária brasileira.

1.2 Legislação brasileira que regulamentou a matéria de drogas ao longo da história

A preocupação da legislação brasileira sobre o tema das drogas originou-se em 1603, nas Ordenações Filipinas que, em seu Título LXXXIX, restringia às pessoas a venda e ao manuseio de certas substâncias, como o rosalgar e opio, salvos se esse fosse manuseado pelo boticário que possuía licença para ter Botica, usando assim do ofício. Se a regra fosse descumprida, o indivíduo estaria sujeito à perda de sua fazenda e degredo para a África. Tais normas foram influenciadas pelo Direito Romano, do Canônico e do Germânico, bases do direito português. (GRECO FILHO, 2009)

Nesse sentido, é importante destacar a dicção do título LXXXIX das Ordenações Filipinas:

Nenhuma pessoa tenha em sua caza para vender, rosalgar branco, nem vermelho, nem amarelo(2), nem solimão(3), nem agua dele, nem encamonea(à), nem opio,

salvo se fôr Boticário examinado, e que tenha licença para ter Botica, e usar do officio.

E qualquer outra pessoa que tiver em sua caza alguma das ditas cousas para vender, perca de toda sua fazenda, ametade para nossa Camera, e a outra quem acusar, e seja degradado para Africa até nossa mercê. (SALGUEIRO et al., 1998)

Tal previsão legal perdurou até 1830, nesse período foi promulgado o Código Criminal do Império, que não trouxe nenhuma menção relacionada ao tema drogas.

Passando somente a ser tratado novamente, segundo o doutrinador Greco Filho (2009, p.61): “O Código Criminal do Império não tratou da matéria, mas o Regulamento, de 29 de setembro de 1851, disciplinou-a ao tratar da polícia sanitária e da venda de substâncias medicinais e de medicamentos”.

Passaram-se muitos anos e foi somente com o advento do Código Penal de 1890 que assunto drogas voltou a ser objeto de discussão e preocupação estatal. O indivíduo que portasse a droga que não obtivesse autorização e tampouco não cumprisse as formalidades constantes nos regulamentos sanitários, o Estado passa a considerar como crime a venda e/ou manuseio dessas substâncias venenosas nessas circunstâncias. Desde então a sociedade passou a apresentar maior preocupação para combater a toxicomania no Brasil. (GRECO FILHO, 2009)

Nessa linha de raciocínio nos ensina Carvalho (2014, p. 61): “No início do século XX o aumento do consumo de ópio e haxixe, sobretudo nos círculos intelectuais e na aristocracia urbana, incentiva a edição de novos regulamentos sobre o uso e venda de substâncias psicotrópicas.”

O Brasil se comprometeu-se em Haia, adotar uma fiscalização sobre o consumo da cocaína e do ópio, ficou conhecida como Convenção Internacional do Ópio de 1912, destaca-se nesse período a instalação do modelo sanitário de controle de drogas, da Convenção de 1912 até a instalação do regime militar em 1964, inicia-se uma tentativa de controle. O modelo sanitário caracterizou-se nas opiniões moralistas da sociedade da época, opiniões essas que direcionou o legislador brasileiro tratar o usuário como um doente que precisava de tratamento médico. (CABRIOLI, 2014)

As práticas sanitárias eram fomentadas pelo olhar moralista que a sociedade tinha a respeito do usuário de drogas, desse modo criou-se instrumentos normativos que tornavam a toxicomania uma doença, com a possibilidade de ser tratada em lugares específicos, permitindo a internação compulsória dos usuários habituais, ou seja, poderiam ser obrigados a se submeterem ao tratamento. A saída do paciente desses estabelecimentos hospitalares era

permitida somente após um atestado médico que garantisse que o interno tinha se curado. Foi especialmente com o Decreto-lei 891/38 promulgado na ditadura do Estado Novo, que houve um maior alcance na proibição e a sistematização desses instrumentos normativos. (CABRIOLI, 2014)

Contudo esses instrumentos mostraram-se insuficientes por falta de condições de efetivação da legislação, devida à grande proporção que a toxicomania já tinha atingindo o país todo. Em seguida, foi editado o Decreto nº 20.930/32, aprofundando mais na intervenção penal em relação às drogas, este decreto criminalizou a posse ilícita das substâncias como a cocaína, o ópio e a maconha, passou impor penas para o tráfico de 1 a 5 anos de prisão, combinada a pena de multa. (CABRIOLI, 2014)

Em 1932, com a Consolidação das Leis Penais, houve mudanças relacionadas às condutas de produção, distribuição e ao consumo de drogas ilícitas. Se antes era somente punida a posse, portanto passou a punir aquele que consumia, aplicando sanções ao usuário de drogas. Havendo também nesse período a substituição do termo substâncias venenosas do Código Penal de 1890, por substâncias entorpecentes. (GRECO FILHO, 2009)

No Brasil em 1964 foi promulgada a Convenção Única sobre Entorpecentes, à referida convenção trouxeram listas de entorpecentes mais completas daquelas adotadas no Decreto-Lei nº 891/38, portanto o Sistema Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia - SNFMF passou a adotar as listas de entorpecentes da convenção, transformadas em leis internas. (GRECO FILHO, 2009)

Assim, é lícito afirmar que, embora sejam encontrados resquícios de criminalização das drogas ao longo da história legislativa brasileira, somente a partir da década de 40 é que se pode verificar o surgimento de política proibicionista sistematizada. (...) (CARVALHO, 2014, p.61).

O Código Penal de 1940 alterou parte do Decreto-Lei nº 891/38, houve mudanças na parte de fiscalização, os dispositivos criminalizadores integraram nas regras do art.281, que previa as condutas de importar ou exportar, vender ou expor à venda, fornecer mesmo que de forma gratuita, transportar, trazer consigo, ter em depósito, guardar, ministrar ou, de qualquer maneira, entregar a consumo, entorpecentes ilícitos. A nova previsão legal do Código Penal de 1940 manteve a incriminação da posse de drogas, e inovou ao introduzir no rol dos verbos nucleares a conduta de consumir, assim o Estado ampliou seu poder punitivo àqueles que consumisse entorpecentes. (CABRIOLI, 2014)

Em 1964, a Lei nº 4.451 introduziu ao art. 281 do Código Penal a ação de plantar ao tipo, onde se pode observar o aumento de sinais de repressão do Estado contra as drogas. Nessa época o cenário do país se apresentava em condições ideais para um controle mais enérgico sobre as drogas, o golpe de 1964 trouxe com a instalação da ditadura uma postura de guerra contra os psicoativos, passando a ser combatido o tráfico de drogas interno. (GRECO FILHO, 2009)

O Decreto-Lei nº 159 editado em 10 de fevereiro de 1967 trouxe alguns transtornos para o Brasil, pois equiparou as substâncias capazes de causar dependência física ou psicológica aos entorpecentes, para finalidades penais e de fiscalização de controle, equiparando assim, por exemplo, o uso de anfetamínicos ou alucinógenos, tão nocivos como o uso de entorpecentes, equiparação um tanto incoerente. Diante de tal ocorrido o SNFMM viu a necessidade de regulamentar todos os procedimentos cabíveis em relação às substâncias que possam causar dependência física ou psíquica, elaborando assim uma tabela com o rol dessas substâncias, sendo divulgadas, periodicamente, listas de especialidades farmacêuticas que contenham as substâncias, bem como, aquelas que estão sob controle. (GRECO FILHO, 2009)

Com o advento do Decreto-lei 385/1968, o modelo de controle contra as drogas se faz mais significativo, temos uma ruptura com a ideologia apresentada até o momento, além de serem inseridos novos verbos nucleares ao tipo penal do artigo 281 do Código Penal, o decreto equipara a figura do traficante ao do usuário de drogas, prevendo assim para ambos a pena de 1 a 5 anos de prisão, além de multa.

O Código Penal Militar de 1969, em seu capítulo III “Dos Crimes Contra a sa~de”, previu também a disposição do artigo 281 do Código Penal em sua redação original. (GRECO FILHO, 2009)

A Lei nº 5.726/71 dispôs sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de drogas, “deu uma nova redação ao art. 281 do Código Penal e alterou tambpm o rito processual para o julgamento dos delitos previstos nesse artigo, representando a iniciativa mais completa e válida na repressão aos tóxicos no âmbito mundial na sua ppoça.” (GRECO FILHO, 2009, p.68).

Com a edição da Lei nº 5.726/71, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 69.845, de 27 de dezembro de 1971, mantiveram-se as disposições do art. 281 do Código Penal, porém como já visto houve algumas alterações, bem como a mudança do rito, adotando-se o procedimento judicial sumário, entretanto houve outras mudanças pontuais, como por exemplo, o aumento da pena máxima aplicado aos infratores que passou a ser de 6 (seis) anos, alteraram-se também

as regras para expulsão dos estrangeiros, colocando o uso e o tráfico de drogas em patamares de igualdade aos crimes contra a segurança nacional, em uma investigação sumária com prazo de cinco dias. (GRECO FILHO, 2009)

Ressalta-se, ainda, que houve a manutenção da equiparação do traficante ao do usuário, seguindo a ideologia repressiva da época, todavia houve a possibilidade de medidas de recuperação aos usuários, por meio de internações em hospitais para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário para a recuperação.

A referida Lei também procurou estabelecer que todos os cidadãos colaborassem com o combate ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes. Nota-se que esse ambiente de guerra contra as drogas também esteve presente nas disposições que cuidavam do combate às drogas no âmbito escolar, estabelecendo que os educadores fizessem cursos que os preparassem para a luta contra o tráfico e o uso de entorpecentes nas escolas. Os diretores de ensino não podiam deixar de repassar eventual uso e tráfico de entorpecentes para as autoridades sanitárias, pois se tal fato ocorresse estariam sujeitos à perda de seu cargo. Os alunos que estivessem em posse ou induzisse alguém a usar os psicoativos teriam sua matrícula trancada no respectivo ano letivo. (CABRIOLI, 2014)

Em linhas gerais, a preocupação do legislador, na época, era a importância da educação e da conscientização da população, em geral, na luta contra os tóxicos, acreditando-se que esse era o caminho para ser obter resultados ao combate do vício. Essa iniciativa foi uma das mais completas e válidas da época.

“Utilizava-se da estrutura normativa da imposição do dever jurídico, fundamentado dos ilícitos omissivos, para converter qualquer opinião dissidente da política repressiva numa espécie de cumplicidade moral com as drogas.” (BATISTA, 1997, p. 139 apud CABRIOLI, 2014, p. 33)

No início de abril de 1972, o Sr. Ministro da Saúde, da época, aprovou o Regime Interno da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes do Ministério da Saúde (CONFEN), órgão este responsável por orientar e disciplinar a fiscalização e controle de substâncias entorpecentes e afins, tendo como principal objetivo a repressão contra o uso ilícito e o tráfico. Constitui ainda um órgão consultivo do Ministério da Saúde para orientar o Governo nas relações com a ONU. (GRECO FILHO, 2009)

A vigência da Lei nº 5.726/71 não foi tão duradora, sendo substituída pela Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976, revogando expressamente a legislação anterior, salvo o seu art.22, que tratava do procedimento sumário de expulsão de estrangeiro que comete crime de tráfico de entorpecentes.

A mencionada Lei continha 47 artigos, seguindo a orientação da anterior, Lei nº 5.726/71, procurava ressaltar a importância da educação e conscientização da população em geral na luta contra as drogas, tendo como sua principal característica a diferenciação no tratamento legal dado ao usuário e ao traficante de entorpecentes, aplicando-se tipos penais diversos para suas condutas. (GRECO FILHO, 2009)

Outra questão que tratou a Lei, foi adoção de medidas mais brandas em relação ao usuário, e condutas mais firmes e rígidas em relação ao traficante, tanto é assim que havia a possibilidade de se impor tratamento médico involuntário ao dependente químico, enquanto o acusado da prática de tráfico não poderia apelar da decisão judicial, sem antes se recolher à prisão, assumindo assim uma postura mais minuciosa ao procedimento criminal, visando à efetivação da repressão ao tráfico de drogas, evidenciando o modo adotado autoritário da legislação brasileira, decorrente das influências das convenções internacionais que o Brasil foi e é signatário.

A Lei nº 6.368/76 permaneceu até a Lei nº 11.343/06, publicada no Diário Oficial da União, de 24 de agosto de 2006, entrando em vigência 45 dias após a publicação.

A Lei nº 10.409/02 inserida no ordenamento jurídico brasileiro pretendia substituir integralmente a Lei nº 6.368/76, entretanto, seu projeto era eivado de inconstitucionalidades, e de várias deficiências técnicas, dessa forma ocasionou o veto do art. 59 do projeto que disponha da sobre a revogação da Lei nº 6.368/76. Observa-se assim que a referida lei que se pretendia substituir, continuou em vigor no que não fosse compatível com a edição da nova lei. (GRECO FILHO, 2009)

Nesse sentido, pode-se observar que o ocorrido foi à conexão das duas leis, a legislação ao combate às drogas era aplicadas pelas duas, a parte penal da legislação antitóxicos era aplicada pela Lei nº 6.368/76, enquanto a regulamentação processual fica a cargo da Lei nº 10.409/02, concluindo, assim, que diante do veto às disposições penais dessa Lei não houve previsão de crimes, visto que encontravam na Lei nº 6.368/76.

Diante de tal raciocínio, insta mencionar a análise despendida por Vicente Greco Filho.

Não houve, naquela oportunidade, a revogação expressa da Lei n. 6.368/76 na parte penal, e não houve, também, revogação tácita, porque a Lei n. 10.409/2002 não tratou de toda a matéria, uma vez que os crimes eram referidos, entre outros, na Lei de Crimes Hediondos, na Lei de Lavagem de Dinheiro, além das aludidas Convenções Internacionais. (FILHO, 2009, p. 73).

Destarte, com o advento da Lei nº 11.346/06, o acoplamento das normas das duas leis anteriormente mencionadas foi extinto em virtude do artigo 75, revogando expressamente a aplicação dos dois diplomas legais, ocorrendo, portanto mudanças, significativas no cenário brasileiro sobre as condutas e penas aplicadas a usuários de drogas.

1.2.1 Legislação esparsa que regulamenta a matéria de drogas

Em 1988 ocorreu a promulgação da nova Constituição Federal Brasileira, que em seu artigo 5º, inciso XLIII, refere-se ao tráfico de entorpecentes, como crime inafiançável, insuscetível de graça de anistia, dispositivo este que não fora encontrado em constituições anteriores.

Não obstante, a constituição também se referiu ao tráfico no artigo 5º, inciso LI, ao tratar da extradição de brasileiro naturalizado diante da comprovação de sua participação em tráfico ilícito de entorpecentes, independentemente se o crime foi cometido antes ou depois de sua naturalização. (GRECO FILHO, 2009)

Há ainda, no artigo 243, parágrafo único, da Constituição Federal, o disposto que pune com a expropriação daqueles que, em suas glebas cultive plantações ilícitas, assim como bens provenientes do tráfico ilícito devem ser apreendidos, confiscados e utilizados em benefícios pessoais e em prol das instituições habilitadas no tratamento e recuperação dos dependentes químicos, custeando o aparelhamento e as atividades de fiscalização, de controle e repressão contra o tráfico ilícito de entorpecentes.

Na legislação penal, extravagante, o combate às drogas também foi tratado na Lei de Crimes Hediondos, Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, equiparando o tráfico de drogas a crime hediondo, submetendo os infratores do tipo legal do tráfico a várias restrições de ordem material e processual.

Dispondo assim a Lei, de insuscetível graça de anistia, indulto, fiança e da liberdade provisória do acusado pela prática de tráfico de drogas, aplicando ao infrator pena a ser cumprida em regime fechado. Não obstante, o juiz também ficaria responsável por decidir de forma fundamentada se o acusado poderia apelar em liberdade da sentença condenatória. Em decorrência da referida Lei passou a tratar de forma específica às matérias de ordem penal e processual, muitas das quais foram absorvidas pela Lei nº 11.343/06. (CABRIOLI, 2014)

A Lei das Desapropriações, Lei nº 8.257/1991, também regulamentou sobre as plantações ilegais de substâncias psicoativas, aquele que cultivava esse tipo de cultura em sua

fazenda, teria desapropriada essas glebas, dispositivo semelhante ao artigo 243 da Constituição Federal. (GRECO FILHO, 2009)

Posteriormente houve a edição da Lei nº 9.099/1995 que dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais, aprovando medidas despenalizadoras com o objetivo de beneficiar os usuários de drogas. Concomitantemente, editava-se a Lei 9.034/95 que trata do crime organizado. Essa Lei nos trouxe meios operacionais para prevenção e repressão contra crimes praticados por organizações criminosas. A Lei do Crime Organizado, em conjunto com a Lei de Crimes Hediondos, lutam contra o tráfico de drogas, promovendo assim um verdadeiro combate contra o traficante, traçando de forma mais visível o modelo repressivo, contra as drogas, adotado pela legislação brasileira. (CABRIOLI, 2014)

1.2.2 Considerações importantes da Lei nº 11.343/2006 atual Lei de Drogas

Publicada em 24 de agosto de 2006, fruto do projeto nº 7.134/2002, do Senado Federal, que recebeu como apenso o Projeto nº 6.108/2002 do Poder Executivo, projeto este reformulado pelo Senador Romeu Tuma, recebendo ainda substitutivo na Câmara com inúmeras e substanciais alterações, ao retornar ao Senado auferiu algumas emendas, até que finalmente transformou-se na Lei nº 11.343/2006 atual Lei de Drogas, sancionada em 23 de agosto de 2006. O artigo 74 da mencionada Lei estabeleceu que ela entrasse em vigor 45 (quarenta e cinco) dias após sua publicação, sendo assim passou a vigorar a partir de 08 de outubro de 2006. Atualmente, é regulamentada pelo Decreto nº 5.912/2006. (GOMES, 2006)

A nova Lei foi dividida em seis títulos, da seguinte maneira: o Título I trata das disposições preliminares; o Título II do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, título no qual prevê normas que buscam organizar as atividades desenvolvidas pelo sistema; Título III revela-nos as diretrizes e princípios que guiam as atividades de prevenção do uso indevido de drogas, dando também uma maior atenção e contribuindo com a reinserção social do dependente químico. Salvaguardou o Capítulo III a incriminação somente da conduta de guardar, adquirir, ter em depósito, trazer consigo e transportar, para consumo pessoal, ou seja, esse capítulo apresenta sanções somente impostas aos usuários de entorpecentes que possam vir a praticar alguma das condutas presente no tipo supracitado, restando cristalina a separação no tratamento legal entre usuário e traficante de drogas.

Sendo assim, resta ao Título IV, a repressão contra a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas. Em seu Capítulo II ficou responsável de tratar dos crimes, e o

Capítulo III do procedimento penal, subsistindo ao Capítulo IV retratar da apreensão, arrecadação, e da destinação do acusado de tráfico. Por fim, os Títulos V e VI, ambos foram resguardados para dispor sobre a cooperação internacional e das disposições finais e transitórias.

Uma das grandes inovações da nova Lei de Drogas foi a instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, sistema este que está disciplinado nos artigos 3º ao 17 da Lei 11.343/2006.

O SISNAD tem como propósito medidas de prevenção ao uso indevido de drogas, atenção e reinserção social do usuário e do dependente de entorpecentes, e a repressão à produção não autorizada de drogas e ao tráfico ilícito. Atribuindo assim ao SISNAD finalidades de articulação, integração, organização e coordenação das atividades relativas à prevenção e repressão, que devem ser desenvolvidas de acordo com os princípios e objetivos mencionados na nova Lei.

Verifica-se que o elemento base da Lei 11.343/2006 é a diferenciação que ela destaca entre o usuário e o traficante de drogas, delineando tratamentos diversos aos agentes, instrumentalizando, portanto, objetivos claros de política criminal, estabelecendo métodos de prevenção do uso indevido de entorpecentes, atenção e reinserção social de usuários e dependentes químicos, e normas de repressão à produção não autorizada e ao tráfico de drogas.

Segue transcrição do texto legal do artigo 3º da Lei 11.343/2006:

“Art. 3º O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:

I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social dos usuários e dependentes de drogas;

II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.” (BRASIL. LEI Nº 11.343)

O Título II que trata “Do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre as Drogas” dedica-se de forma integral em implantar uma política de prevenção do uso indevido de drogas no Brasil, visando medidas mais brandas ao tratar de usuários e dependentes químicos. A Lei 11.343/2006 de forma inteligente e ainda não verificada em legislações anteriores usa diretrizes de prevenção, buscando o legislador implantar um sistema administrativo para se obter uma melhor concretização da norma abstrata.

Ademais, se observamos o tráfico se fortifica devido ao grande número de usuários, que torna a disseminação muito mais rápida e acaba por incentivar uma produção frenética

dos entorpecentes que, conseqüentemente, fortalece o crime organizado e torna vulneráveis os usuários de drogas.

Dessa forma, a nova Lei busca como ponto de partida a prevenção que, na realidade, é uma medida de maior eficácia, rompendo assim com algumas ideologias de legislações anteriores, adotando medidas que tendem informar os aspectos negativos proporcionados pelo uso de entorpecentes. As políticas públicas de uso indevido de entorpecentes revela-se na esfera do controle formal Estatal, à medida que a Lei é a responsável em determinar as ações que as integram, assim, aqueles, que se envolverem nas atividades de prevenção, devem seguir rigidamente as diretrizes básicas e gerais despendidas na Lei.

O artigo 19 da Lei 11.343/2006 explana um amplo rol de princípios e diretrizes concernente à implantação de medidas e políticas de combate ao uso e tráfico de drogas, assim, para melhor ilustrar, segue a exposição do referido artigo.

Art. 19. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

- I - o reconhecimento do uso indevido de drogas como fator de interferência na qualidade de vida do indivíduo e na sua relação com a comunidade à qual pertence;
- II - a adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos comunitários e privados e de evitar preconceitos e estigmatização das pessoas e dos serviços que as atendam;
- III - o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas;
- IV - o compartilhamento de responsabilidades e a colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias;
- V - a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das diversas populações, bem como das diferentes drogas utilizadas;
- VI - o reconhecimento do “não-uso”, do “retardamento do uso” e da redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva, quando da definição dos objetivos a serem alcançados;
- VII - o tratamento especial dirigido às parcelas mais vulneráveis da população, levando em consideração as suas necessidades específicas;
- VIII - a articulação entre os serviços e organizações que atuam em atividades de prevenção do uso indevido de drogas e a rede de atenção a usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares;
- IX - o investimento em alternativas esportivas, culturais, artísticas, profissionais, entre outras, como forma de inclusão social e de melhoria da qualidade de vida;
- X - o estabelecimento de políticas de formação continuada na área da prevenção do uso indevido de drogas para profissionais de educação nos 3 (três) níveis de ensino; XI - a implantação de projetos pedagógicos de prevenção do uso indevido de drogas, nas instituições de ensino público e privado, alinhados às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos conhecimentos relacionados a drogas;
- XII - a observância das orientações e normas emanadas do Conad;
- XIII - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

Parágrafo único. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas dirigidas à criança e ao adolescente deverão estar em consonância com as diretrizes emanadas pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - Conanda. (BRASIL. LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006)

Outro ponto importante que se destaca no art. 3º da mencionada Lei, é a reinserção social do usuário e dependente de drogas, pois ela trata esses agentes com respeito, independentemente das condições apresentadas. É um olhar mais humanizado que se direciona ao usuário, observando os direitos fundamentais da pessoa humana, considerando suas peculiaridades socioculturais, ou seja, oferecer atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre de forma multidisciplinar, através das atividades estabelecidas na Lei, bem como em observância das orientações advindas do Conad.

Tais orientações devem seguir os princípios e diretrizes básicos que as guiam despendidas nos artigos 21 e 22 da Lei 11.343/2006, como podemos conferir a baixo.

Art. 21. Constituem atividades de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais.

Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

- I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;
- II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;
- III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;
- IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;
- V - observância das orientações e normas emanadas do Conad;
- VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas. (BRASIL. LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006)

Como já falado anteriormente, um dos aspectos mais relevantes que a Lei 11.343/2006 trouxe está relacionado à figura do usuário de drogas e à distinção dada em relação ao traficante.

A anterior lei antidrogas Lei 6.368/76 como já falado exprimia distinções entre as condutas de meros usuário e traficantes, conceituava como usuário os indivíduos que praticavam as conduta mencionadas em seu artigo 16, sendo assim as condutas elencadas no referido artigo foram recolocadas na nova Lei no artigo 28, recebendo ainda no novo tipo penal as condutas de “ter em depósito” e “transportar”.

O tratamento dado ao usuário e ao dependente químico na nova Lei altera-se de forma significativa, não se aplicando mais a pena de prisão ao usuário, pois a pena privativa

de liberdade nas legislações anteriores não logrou muito êxito, entretanto, já a figura do traficante tem sua situação penal agravada.

A Lei 11.343/2006 adota medidas muito mais brandas para o usuário, abordando medidas educativas, tanto de tratamento como de reinserção social. O legislador passa a enxergar o usuário de drogas como doente, não mais como um criminoso, bem como retrata o artigo 28 da lei, senão vejamos:

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

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

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

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

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

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

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

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

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

I - admoestação verbal;

II - multa.

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

Art. 29. Na imposição da medida educativa a que se refere o inciso II do § 6º do art. 28, o juiz, atendendo à reprovabilidade da conduta, fixará o número de dias-multa, em quantidade nunca inferior a 40 (quarenta) nem superior a 100 (cem), atribuindo depois a cada um, segundo a capacidade econômica do agente, o valor de um trinta avos até 3 (três) vezes o valor do maior salário mínimo.

Parágrafo único. Os valores decorrentes da imposição da multa a que se refere o § 6º do art. 28 serão creditados à conta do Fundo Nacional Antidrogas. (BRASIL. LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006)

Entretanto, paira uma grande dúvida entre os operadores do direito, se houve descriminalização penal, legalização ou despenalização da posse de droga para consumo pessoal, assim vários doutrinadores passam a ter diversos entendimentos no que concerne a respeito da não aplicação da pena de prisão para o usuário de entorpecentes.

O jurista Luiz Flávio Gomes foi o primeiro que escreveu sobre o assunto, e entende que o que ocorreu foi à descriminalização, a posse de drogas para consumo pessoal deixou de ser crime, isso não significa dizer que foi legalizada, examinemos o entendimento sufragado pelo jurista.

Descriminalizar significa retirar de algumas condutas o caráter de criminosas. O fato descrito na lei penal deixa de ser crime (deixa de ser infração penal). Há duas espécies de descriminalização: (a) a que retira o caráter ilícito penal da conduta mas não a legaliza e (b) a que afasta o caráter criminoso do fato e lhe legaliza totalmente. (GOMES, 2006, p. 108)

[...] o legislador de 2006 aboliu o caráter “criminoso” da posse de drogas para consumo pessoal. Esse fato deixou de ser legalmente considerado como “crime” (embora continue sendo um ilícito, um ato contrário ao direito). Houve, portanto, descriminalização “penal”, mas não legalização. Estamos, de qualquer modo, diante de mais uma hipótese de abolitio criminis. (GOMES, 2006, p. 109)

Diante do entendimento explanado pelo nobre jurista acima mencionado, observa-se que em sua opinião a conduta continua a ser ilícita, todavia constitui uma infração sem natureza penal, ou seja, configura-se em infração *sui generis*, não se trata de crime tão pouco de infração penal, havendo, portanto a abolitio criminis, em outras palavras quer dizer que a nova Lei Antidrogas descriminalizou as condutas praticadas pelos usuários que a lei anterior considerava como crime. A base desse entendimento doutrinário é fundamenta no artigo 1º da Lei de Introdução do Código Penal, que somente considera crime a infração penal que a lei comina pena de reclusão ou detenção, e como contravenção penal a infração que a lei comina, isoladamente, penas de prisão simples ou de multa, ou ambas, de forma alternativa ou cumulativa, assim o artigo 28 da Lei de 11.343/2006 não supri tais requisitos, pois aplica outras medidas aos seus sujeitos.

Em outra posição, os juristas Renato Marcão e Fernando Capez, são adeptos que na realidade o que ocorreu com a instituição do artigo 28 da Lei 11.343/2006 foi a despenalização dos atos praticados pelo usuário, devido a não aplicação de penas privativas de liberdade a esses sujeitos, porém não deixando de serem configurados esses atos como crime.

Para Renato Marcão (2015) não ocorreu a descriminalização, desse modo faz um parêntese sobre a então fundamentação que o jurista Luiz Flávio Gomes utiliza para embasar seu entendimento, realizando uma crítica ao entender que a Lei de Introdução ao Código Penal em seu artigo 1º apesar de ser bastante objetiva e esclarecedora, devemos levar em conta que o Código Penal é de 1940, elaborado então sob um período que nem mesmo a penas alternativas se encontravam em sua Parte Geral de forma que então foram tratadas com a

reforma penal de 1984, assim entende-se que o direito penal daquela época era outro, bem diferente do que agora estamos vivendo e que se busca lapidar, dessa maneira a definição fechada e desatualizada do artigo 1º da LICP não resolve a questão, não devendo ser levada em conta como parâmetro para desconsiderar a conduta do artigo 28 da Lei 11.343/2006 como crime.

As molduras estreitas que decorrem do referido dispositivo legal não permitem uma melhor visão da realidade atual e, em decorrência, não se prestam a uma completa, acabada e irretocável classificação do que seja ou não crime ou contravenção, nos limites que a Lei de Introdução cuidou de definir. (MARCÃO, 2015, p. 53)

Desse modo, o jurista deixa bem claro em seu entendimento que a ausência de cominação privativa de liberdade não descaracteriza a possibilidade de a conduta estar elencada como crime ou contravenção.

Para Fernando Capez não houve descriminalização da conduta, o fato continua ter natureza de crime, uma vez que a própria Lei inseriu no Capítulo III os dispositivos que tratam dos crimes e das penas, e ainda não se pode falar em sanção administrativa, devido ao fato que somente podem ser aplicadas por juiz criminal e não por autoridade administrativa, respeitando o devido processo legal, no caso o procedimento criminal do Juizado Especial Criminal, além disso, o jurista acredita estar ultrapassada a Lei de Introdução ao Código Penal nesse aspecto, não podendo dessa forma servir como parâmetro para a nova tipificação legal do século XXI. (CAPEZ, 2006)

Nesse interim, o também jurista Vicente Greco Filho discorda, a conduta tipificada no artigo 28 da Lei 11.343/2006 não foi descriminalizada, muito menos despenalizada, argumentado que as penas impostas aos usuários de drogas são próprias e determinadas, não perdendo assim seu caráter de sanções penais.

É indispensável uma observação preliminar e de suma importância. A lei NÃO DESCRIMINALIZOU NEM DESPENALIZOU a conduta de trazer consigo ou adquirir para uso pessoal nem a transformou em contravenção. Houve alterações, abrandamento, como adiante se comentará, mas a conduta continua incriminada. A denominação do capítulo é expressa. As penas são próprias e específicas, mas são penas criminais. Não é porque as penas não eram previstas na Lei de Introdução ao Código Penal de 1941, e, portanto, não se enquadram na classificação prevista em seu art. 1º que lei posterior, de igual hierarquia, não possa criar penas criminais ali não previstas. Desde que a pena não seja infamante, cruel ou perpétua, pode ser criada por lei e ter compatibilidade constitucional [...]. (GRECO FILHO, 2009, p. 127).

Assim diante dos fundamentos de ambas correntes doutrinárias apresentados, insta mencionar o entendimento firmado pela jurisprudência nacional que é a despenalização da conduta descrita no artigo 28 da lei 11.343/2006. Nesse diapasão é de grande importância salientar e transcrever a obra de João José Leal e Rodrigo José Leal (2010, p.49), como vem entendendo nossos tribunais a respeito da matéria.

[...] é preciso ressaltar que a matéria não demorou muito tempo para chegar ao conhecimento e discussão da Suprema Corte. Embora não tenha sido ainda objeto de deliberação pelo Pleno, a primeira turma do STF já decidiu que a infração descrita no art. 28 da Lei Antidrogas, deve ser considerada crime, pois ocorreu apenas “despenalização”, que deve ser entendida “como exclusão, para tipo, das penas privativas de liberdade”.

Nesse sentido, o Supremo Tribunal Federal posiciona-se por meio de decisão proferida em fevereiro de 2007 através do Recurso Extraordinário 430105 RJ, tendo por relator o Ministro Sepúlveda Pertence, sobre a ocorrência da despenalização, conforme ilustra a ementa abaixo.

- I. Posse de droga para consumo pessoal: (art. 28 da L. 11.343/06 - nova lei de drogas): natureza jurídica de crime. 1. O art. 1º da LICP - que se limita a estabelecer um critério que permite distinguir quando se está diante de um crime ou de uma contravenção - não obsta a que lei ordinária superveniente adote outros critérios gerais de distinção, ou estabeleça para determinado crime - como o fez o art. 28 da L. 11.343/06 - pena diversa da privação ou restrição da liberdade, a qual constitui somente uma das opções constitucionais passíveis de adoção pela lei incriminadora (CF/88, art. 5º, XLVI e XLVII). 2. Não se pode, na interpretação da L. 11.343/06, partir de um pressuposto desapareço do legislador pelo "rigor técnico", que o teria levado inadvertidamente a incluir as infrações relativas ao usuário de drogas em um capítulo denominado "Dos Crimes e das Penas", só a ele referentes. (L. 11.343/06, Título III, Capítulo III, arts. 27/30). 3. Ao uso da expressão "reincidência", também não se pode emprestar um sentido "popular", especialmente porque, em linha de princípio, somente disposição expressa em contrário na L. 11.343/06 afastaria a regra geral do C. Penal (C.Penal, art. 12). 4. Soma-se a tudo a previsão, como regra geral, ao processo de infrações atribuídas ao usuário de drogas, do rito estabelecido para os crimes de menor potencial ofensivo, possibilitando até mesmo a proposta de aplicação imediata da pena de que trata o art. 76 da L. 9.099/95 (art. 48, §§ 1º e 5º), bem como a disciplina da prescrição segundo as regras do art. 107 e seguintes do C. Penal (L. 11.343, art. 30). 6. Ocorrência, pois, de "despenalização", entendida como exclusão, para o tipo, das penas privativas de liberdade. 7. Questão de ordem resolvida no sentido de que a L. 11.343/06 não implicou abolitio criminis (C.Penal, art. 107). II. Prescrição: consumação, à vista do art. 30 da L. 11.343/06, pelo decurso de mais de 2 anos dos fatos, sem qualquer causa interruptiva. III. Recurso extraordinário julgado prejudicado. (STF - RE: 430105 RJ, Relator: Min. SEPÚLVEDA PERTENCE, Data de Julgamento: 13/02/2007, Primeira Turma, Data de Publicação: DJe-004 DIVULG 26-04-2007 PUBLIC 27-04-2007 DJ 27-04-2007 PP-00069 EMENT VOL-02273-04 PP-00729 RB

v. 19, n. 523, 2007, p. 17-21 RT v. 96, n. 863, 2007, p. 516-523- acesso em 18 de agosto de 2015)

Diante da situação fática que estamos vivendo no país e da jurisprudência despendida pelos tribunais, observa-se que vem se firmando o entendimento da despenalização da conduta descrita no artigo 28 da Lei n 11.343/2006, pois o usuário, com o advento da nova Lei, está sujeito a outras medidas sancionatórias, bem como medidas educativas, porém não deixando de ser a conduta uma infração penal. Acontece que muitos acreditam que incriminar a atitude interna do agente não é o meio, pois ela só faz mal a ele mesmo, sem que sua conduta transcenda o interesse do outro, sendo assim é impossível que o direito penal possa puni-la, contudo outros legisladores acreditam que apenas o porte já facilita a circulação de drogas pela sociedade, mesmo que sua finalidade seja para consumo, transcendendo a conduta que acaba por colocar a sociedade em perigo, dessa forma podemos entender que a instituição do artigo 28 da Lei nº 11.343/2006 tem como objetivo suprir os interesses da coletividade, principalmente os da saúde pública.

Todavia, se o tratamento dado ao usuário de drogas, na nova Lei foi abrandado, em relação ao traficante de drogas a situação é completamente diferente. Não há dúvida que umas das maiores preocupações da sociedade é o crime de tráfico ilícito de entorpecente, diante dessa realidade a nova legislação visa alcançar objetivos que estabeleçam um conjunto mínimo de normas penais para prevenção e repressão das condutas correlacionadas às drogas. (ROSA, 2008)

Ao preservar a incriminação do tráfico ilícito a Lei 11.343/2006 optou por enrijecer o sistema de controle contra o tráfico, como exemplo a pena mínima cominada ao crime de tráfico foi aumentada de três para cinco anos de reclusão, esse fator se deve ao considerável aumento da criminalidade urbana devido ao tráfico.

No Título IV da Lei nº 11.343/2006, no artigo 33, está disposta a tipificação legal do tráfico ilícito, como se observa abaixo.

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.

Em relação à tipificação legal do artigo 33, da nova Lei de Tóxicos, não ocorreram alterações, continuam os mesmos 18 verbos núcleos do tipo do artigo 12 da lei anterior Lei nº 6.368/1976. A maior inovação como já vimos foi o endurecimento do sistema penal, que aumentou a pena tanto da privativa de liberdade quanto da pecuniária, com o objetivo de desestimular a prática delitiva, por ter como principal estímulo do traficante, o lucro. A pena pecuniária foi elevada de 50 a 360 dias-multa para 500 a 1.500 dias-multa. (CABRIOLI, 2014)

Referente ao conceito jurídico-penal de tráfico ilícito de drogas, a Lei atual como a anterior não indica expressamente qual ou quais condutas portadoras deste nome juris, pois o artigo 33 nem mesmo seus parágrafos e incisos utilizam a rubrica marginal do crime, ou seja, não são analisados com a rubrica ou denominação de legal de tráfico de drogas.

Para melhor elucidar impende destacar o entendimento expendido por Mendonça; Carvalho (2008, p. 90):

O presente delito é clássico exemplo de tipo misto alternativo, aplicando-se o princípio da alternatividade caso o agente, dentro de um mesmo contexto fático, pratique mais de uma conduta. Assim, no caso de importar e vender a mesma cocaína, responderá por apenas um crime. Porém, caso os contextos fáticos sejam diversos, responderá por concurso de crimes. Portanto, se importa maconha e vende cocaína, responderá por dois crimes, em concurso.

De forma mais simplória, a Lei não adotou o *nomen juris* para designar o tipo penal em análise, e tampouco para as demais infrações ali positivadas, pelo motivo da multiplicidade dos verbos inseridos no artigo para definir as condutas proibidas, em consonância com a terminologia doutrinária corrente, podemos denominar tráfico ilícito de drogas o crime tipificado no artigo 33, caput, da Lei nº 11.343/2006. (MENDONÇA; CARVALHO, 2008)

1.3 Combate às Drogas no Brasil

O processo de criminalização às drogas foi inaugurado no século XX, tendo como principiante os Estados Unidos, as políticas proibicionistas revelam-se como uma novidade na sociedade.

Nos Estados Unidos, conflitos econômicos foram transformados em conflitos sociais que se expressaram em conflitos sobre determinadas drogas. A primeira lei federal contra a maconha tinha como carga ideológica a sua associação com imigrantes mexicanos que ameaçavam a oferta de mão de obra no período da Depressão. O mesmo ocorreu com imigração chinesa na Califórnia, desnecessária após a construção das estradas de ferro, que foi associada ao ópio. No Sul dos

Estados Unidos, os trabalhadores negros do algodão foram vinculados a cocaína, criminalidade e estupro, no momento de sua luta por emancipação. O medo do negro drogado coincidiu com o auge dos linchamentos e da segregação social legalizada. Estes três grupos étnicos disputavam o mercado de trabalho nos Estados Unidos, dispostos a trabalhar por menores salários que os brancos. (BATISTA, 2003, p, 81 apud IBCCRIM, 2014, p. 15).

Apenas na década de 70, o combate às drogas torna-se mais enérgico, com campanhas de lei e de ordem transformando a droga como principal inimigo interno e externo do Estado, instituindo, por consequência, uma verdadeira guerra. À vista desse contexto, o discurso era transformar a droga em ameaça à ordem social. Ocorrendo desse modo uma construção simbólica de um novo inimigo contra a humanidade, que deveria ser controlado e aniquilado pelo sistema. (CABRIOLI, 2014)

Em concordância com o modelo internacional de combate às drogas, o Brasil desenvolve medidas e ações de combate ao tráfico ilícito de entorpecentes, desde tempos de colônia.

Como já vimos, na parte histórica das legislações, nas Ordenações Filipinas de 1603 já traziam penas para aqueles que vendessem, usassem ou portassem em suas boticas substâncias tóxicas.

O país aderiu à Conferência do Ópio de 1912, seguindo a ideologia de que as drogas seriam um problema de saúde pública e que deveriam ser combatidas; porém com Código Penal de 1940, o Brasil estabeleceu um modelo sanitário ao combate as drogas, passando a enxergar o usuário como doente, que poderia ser internado para se tratar mesmo que fosse contra sua vontade, internação compulsória.

As Leis de repressão contra as drogas no Brasil foram influenciadas pelo discurso médico, como ocorreu nos Estados Unidos, pelo fato de acreditarem que esse era um problema de saúde pública, colocando em discussão o modelo higienista de combate às drogas, sob o enfoque de que o Estado teria a responsabilidade de controlar os usuários dessas substâncias não aceitas, assim como os médicos eram os únicos que detinham responsabilidades políticas referentes à saúde pública, acabaram impondo o controle médico sobre os usuários tonando o consumo ilícito. (CABRIOLI, 2014)

As leis de drogas brasileiras passaram por diversas modificações na tentativa de se tentar reduzir o consumo de substancias ilícitas, sempre por meios repressivos, tentativas estas que sempre resultavam infrutíferas.

Uma matéria publicada na revista Em Discussão no site Jornal do Senado, “História do combate às drogas no Brasil”, revela-se que o golpe militar de 1964 em conjunto com a Lei de Segurança Nacional modificou o modelo sanitário de repressão às drogas para o modelo

bélico, onde se equiparava o traficante aos inimigos do regime interno. Dessa forma a década de 60 foi palco de grandes manifestações políticas, democráticas e culturais, contra o governo ditatorial. Os jovens vinculavam o consumo de drogas à luta pelos seus ideais e pela liberdade, as substâncias mais popularizadas na época era a maconha e o LSD.

A partir da Lei n. 6.368/1976 as diretrizes adotadas eram inovadoras, as figuras do usuário e do traficante de drogas sofreram distinções, acarretando uma série de alterações aumentando dessa forma o grau de punitivismo em relação às drogas, como por exemplo, o tipo penal de tráfico tornou-se mais abrangente, houve um aumento significativo da pena de prisão, dentre outras.

Anos depois a Constituição Federal de 1988 determinou que o tráfico de drogas é crime inafiançável se sem anistia, logo após veio a Lei de Crimes Hediondos Lei n 8072/90 que determinou o aumento dos prazos processuais aumentando consequentemente a duração da prisão provisória. (CABRIOLI, 2014)

A Lei n 11.343/2006, como visto no tópico anterior, inovou ao não aplicar pena de restritiva de liberdade ao usuário e, ainda, distinguiu o traficante profissional do traficante eventual, sendo este o que pratica a conduta para obter drogas para seu consumo pessoal. A lei entendeu que essa figura teria direito de uma diminuição na pena.

O breve resgate de como se procedeu historicamente a criminalização das drogas ao longo do século XX tem muito a nos ensinar, principalmente quando visualizamos o fato de que o fundamento sempre foi basicamente o mesmo que agora pretende promover as internações compulsórias: repressão com fins de prevenção. (LEMOS, 2013, p. 323)

Dessa forma, muitos pensadores acreditam que o modelo proibicionista contra as drogas foi um perfeito fracasso, pois o modelo pretende resolver o problema com o método de restrição de liberdade, acarretando um significativo aumento da população carcerária. Insta mencionar o entendimento do jurista Salo de Carvalho:

A conclusão evidente, mas ao mesmo tempo surpreendente, é que a política de guerra às drogas é grande fracasso, visto não obter resultado algum na erradicação ou no controle razoável do narcotráfico. Por outro lado, seu efeito visível é a constante violação dos direitos e garantias fundamentais dos grupos vulneráveis da população. (CARVALHO, 2015, p. 52)

O Estado ao fomentar o poder punitivo faz crescer cada vez mais normas processuais e penais que rompem com os direitos fundamentais, criando-se um sistema totalitário e fracassado.

2 ASPECTOS RELEVANTES SOBRE A MACONHA

Após os breves relatos sobre o que as Drogas representaram no Brasil até os dias atuais, de como o país se posiciona a respeito do assunto, dos fracassos obtidos da “guerra” contra as drogas, da polêmica que esse assunto gera na sociedade, iremos abranger mais especificamente sobre uma droga muito popular no país, comumente chamada de Maconha.

Nos últimos anos, temos acompanhado pelos noticiários vários assuntos abordando a maconha, como o grande número de adeptos para a legalização da mesma, e aspectos ligados a estudos do seu grande potencial medicinal. Assunto este que vem sendo tratado pela sociedade medica científica por todo o mundo ao longo dos anos, tornando-se mais persistente nos últimos anos no Brasil. A seguir veremos como essa planta milenar passou a fazer parte da humanidade.

2.1 Breve história da maconha no mundo e suas utilidades

É de grande importância relatar sobre a história da cannabis, uma planta milenar popularmente chamada de maconha, conhecida provavelmente por todos os continentes, que de alguma forma, fez parte da cultura de seus povos ou que, até mesmo, os auxiliou-os nos tratamentos de vários males.

Segundo Jean Marcel Carvalho França (2015), a história mais bem documentada e abrangente da relação do cânhamo (como é também chamada a planta) com a sociedade, é aquela que está relacionada ao uso das fibras do cânhamo para confecção de tecidos, e mais tarde, a partir do século I a.C para produção de papel. Trata-se de uma planta que mede em aproximadamente, dois metros de altura, que cresce em zonas tropicais e temperadas. O conceituado botânico sueco Lineu batizou-a em 1753 de Cannabis.

Das civilizações que floresceram na Ásia, aquelas resultantes da colonização da América, passando pelas que prosperaram na Europa, na África e na Oceania, praticamente todas, em determinada altura de suas existências, utilizaram, por vezes, em grande quantidade, as fibras do cânhamo para, entre tantas outras coisas, vestir as suas populações, equipar seus navios com cordas e velas ou oferecer aos interessados um suporte prático e resistente para o registro de suas experiências.(FRANÇA, 2015, p. 7)

Os sinais mais antigos do uso como fibra ascendem ao neolítico, sinais estes encontrados em Taiwan localizada na China. Pelos registros observa-se que se tornou bastante comum o uso das fibras a partir do século 4000 a.C. Já por volta de 2300 a.C. os escritos dessa

região já destacavam, como parte da riqueza do reino, as vastas plantações de cannabis. Posteriormente, por volta do século I a.C, mais uma vez na China, descobrem uma outra utilidade da fibra do cânhamo, a confecção de papel, criaram um produto com suporte leve, resistente e barato para as atividades da escrita.

Já, entre os indianos era comum o uso da planta como inebriante. Na cultura hindu, o cânhamo tinha grande importância. Contam os livros sagrados indianos que o próprio Deus Shiva estava com cannabis no início do mundo, os indianos também desempenharam o papel de disseminar a planta e seus usos no Oriente Médio, na África e Europa. (FRANÇA, 2015)

A Europa teve contato com o cânhamo por dois povos; os citas, grandes usuários de maconha, que a levaram para a Grécia e Rússia, sendo esta uma grande exportadora de cânhamo para o restante do continente até por volta do início do século XX. O outro povo, foram os árabes que, na Península Ibérica, no século XII, aproximadamente na região de Alicante, na Espanha, introduziu um dos usos mais significativos da fibra da cannabis, no continente europeu que foi a produção de papel, tornando-se um dos principais produtos agrícolas da Europa na renascença. (FRANÇA, 2015)

Com a disseminação marítima europeia a cannabis avançou para a América e para as terras do continente pacífico. A própria disseminação, por exemplo, dependeu das fibras e massa de cânhamo para a fabricação de cordas para os navios, de velas, bem como, também, para o aquecimento das embarcações.

Os ingleses nas primeiras décadas do século XVII começaram a plantar a cannabis no norte do continente americano, contando com o apoio Estatal os ingleses conseguiram manter o cultivo até o final da Segunda Guerra Mundial em 1945, o ocorrido se deu pelo interesse em dar um suporte para marinha na fabricação de cordas e outros produtos derivados das fibras do cânhamo, que por sinal eram essenciais nas embarcações, o apoio foi mantido mesmo depois do FBI na segunda década do século XX ter iniciado uma campanha endurecida luta contra o plantio e o uso do cânhamo no país todo. (FRANÇA, 2015)

No Brasil a utilização das fibras do cânhamo apareceu em meados do século XVIII, especialmente usada para suprir as necessidades da marinha, porém é no século seguinte que o cultivo da planta ganha um maior destaque na colônia brasileira.

Para melhor compreensão Jean Marcel Carvalho França despende que:

Em 1772, o vice-rei, marquês do Lavradio, tentou incentivar a sua cultura no Sul do Brasil, mandando para lá um entendido em seu cultivo e umas tantas sacas de sementes. Em correspondência enviada à metrópole, datada de 1779, o marquês, sobre os problemas enfrentados sete anos antes para introduzir a cultura do cânhamo no país, explica que havia, então, uma enorme dificuldade em conseguir sementes, o

que apenas pôde ser contornado graças à passagem de um navio francês pelo porto carioca.

Uma década mais tarde, em 1782, o sucessor do marquês o vice-rei dom Luiz de Vasconcelos e Souza, importou do Chile 23 alqueires de sementes e também as distribuiu entre os agricultores de Santa Catarina. (FRANÇA, 2015, p. 10-11)

Entretanto os resultados alcançados não foram satisfatórios, pois tinham pouco conhecimento sobre a cultura da planta e por ventura as sementes eram de má qualidade, porém o marques sucessor não deixou se abater apesar dos fracassos obtidos, assim investiu na criação da Real Feitoria do Linho Cânhamo (RFLC), instalada em 1783 localizada no Canguço Velho, que atualmente compreende as partes de Canguço, Pelotas e Turuçu, devida a má fertilização do solo foi transferida em 14 de outubro de 1788 para a região de São Leopoldo, a produção era enviada para Porto Alegre pelo rio dos Sinos, considerado como a primeira via econômica da região, foi considerada como um projeto muito bem delineado, em uma tentativa de inserir o cultivo da planta em grande escala no país no decorrer do período colonial. O empreendimento de dom Luiz de Vasconcelos e Souza, apesar de variável, porém com longa duração chega ao fim em 31 de março de 1824. Dessa forma no Brasil a cultura do cânhamo não obteve nunca mais o apoio governamental, não voltando a ter destaque em anos seguintes. Enfim em 1936 pelas iniciativas internacionais torna-se proibido o cultivo da cannabis e o uso de produtos derivados da planta em todo país.

2.2 Histórico do Uso medicinal da Cannabis

O uso medicinal da cannabis foi por muitos anos utilizada pela humanidade, ainda em consonância com o raciocínio de França (2015), o referido uso da planta teve também como precursores os chineses, a tradição cultural contada por esse povo revela que suas receitas medicinais tinham como base o cânhamo por volta de 2000 a.C. Porém é a partir do século I a.C. que surgem registros documentados que indicam a planta para tratar de vários males como, dores reumáticas, constipação intestinal, problemas no sistema produtivo feminino, malária dentre várias outras.

A história da medicina tradicional chinesa é muito antiga e rica, e também ao mesmo tempo misteriosa pelo fato da postura do país, contudo ela influenciou muitos na área médica, interessante tornou-se a utilização da planta em cirurgias no primeiro século da era cristã, o famoso médico chinês Hua Tuo usou em suas práticas cirúrgicas um composto de cânhamo misturado com vinho para anestésiar seus pacientes. (FRANÇA, 2015)

No mesmo período os indianos também se destacavam no combate a várias doenças com medicamentos a base de cannabis, esse imenso rol de doenças compreendiam nevralgia, dor de cabeça, dor de dente, reumatismo, problemas respiratórios, raiva, diarreia, cólicas e outros, e ainda era também usado para tratar de problemas nos sistemas reprodutivos devido a sua característica afrodisíaca.

Com tais características medicinais da época não demorou muito para que as receitas a base de cânhamo migrassem para Europa, África e Oriente Médio.

A vinda da Cannabis da China para a Europa se deu na época das cruzadas. Exploradores europeus registraram o uso da Cannabis na África pelos rodesianos do sul que, em misturas com outros compostos herbais, tratavam a malária, usavam como medicamento para picadas de ofídios (cobras), tratavam a disenteria e outras “doenças do sofrimento humano” como mau humor. (CONRAD, 2001 apud KAWA, 2014).

Os árabes também desempenharam um papel importante na história medicinal da cannabis, pois detinham um vasto conhecimento em medicamentos que incluía a erva.

O historiador Ibn al-Badri por volta de 1464 escreveu um tratado sobre o haxixe, e em um trecho de sua obra ele descreve a visita do poeta Ali ben Makki a Bagdá, lá ao conhecer o filho do tesoureiro do califado que tinha crises epiléticas aconselhou que experimentasse haxixe, o rapaz no início descreditou que isso poderia resolver seu problema, todavia sem alternativa resolveu aderir o tratamento que para surpresa de todos foi eficaz curando-o desse mal, é o que reza a lenda. (FRANÇA, 2015)

Com passar do tempo a cannabis sativa se torna cada vez mais importante para os tratamentos medicinais, estando sempre presente entre os médicos, boticários e cirurgiões europeus ao longo do século XIII ao XVIII.

França (2015), nos revela que os estudos mais aprofundados referente ao uso medicinal da cannabis foram desenvolvidos a partir do século XIX, o professor irlandês William O'Shaughnessy e após alguns anos o doutor e professor Jean Jacques Moreau apresentam reais possibilidades curativas da planta.

O pioneiro Shaughnessy com base nos casos apresentados e em seus estudos passou a indicar planta para tratamentos de reumatismo, hidrofobia, cólera, tétano, e convulsão, principalmente a infantil.

Já o doutor J. J. Moreau após os ensinamentos de Shaughnessy em sua obra “Do haxixe e da alienação mental: estudos psicológicos” abre um leque de novas possibilidades para o estudo medicinal da cannabis na doença mental, trazendo trechos de suas e alheias experiências com a planta. Esses estudos colocam em destaque a maconha nas discussões

científicas do ocidente, ampliando bastante seu uso no meio farmacêutico, assim é a partir de meados do século XIX até os anos 40 a maconha era encontrada a venda em todas as farmácias. (FRANÇA, 2015)

No final do século XIX a maconha virou artigo de moda entre os escritores e artistas franceses, era tanto utilizada como psicotrópica como fármaco para dilatar os brônquios e amenizar as dores. Nesse mesmo período no Brasil eram vendidos cigarros de maconha, mais conhecido como cigarro dos índios, eram receitados para tratamentos de asma e insônia. (KUHN, 2012)

Com a proibição da maconha nos EUA em 1937 ocorre a objeção de prescrever a planta para uso medicinal, desse modo após a segunda década do século XX com as proibições de cultivo e consumo avançam pelo mundo, tornando seu uso médico comprometido e diminuído no ocidente.

Nos Estados Unidos, o declínio do uso médico da maconha se deu sobretudo a partir de 1939, quando as autoridades americanas impuseram taxas de valores proibitivos para médicos que prescrevessem remédios contendo Cannabis. Finalmente, em 1941, a maconha saía oficialmente das páginas da farmacopeia norte-americana para figurar nas páginas policias daquele país.

Contudo é somente em 1964 com o apoio do avanço tecnológico que se retomam as pesquisas científicas sobre a planta, entretanto a década de 60 é palco de vários debates a respeito do seu uso e proibição, porém essa retomada médica científica impulsionou definitivamente pesquisas em relação a maconha.

2.3 Tratamentos da Cannabis no Brasil

A cannabis sativa foi trazida para a América do sul pelos colonizadores, no Brasil não foi diferente, a primeira referência da planta no país é desde ano de 1500, vinda com a chegada dos colonizadores portugueses, como já tratamos a fibra do cânhamo era utilizada por eles para a fabricação de cordas e velas de suas embarcações. (CARLINI, 2005)

Não sendo uma planta nativa brasileira a maconha foi introduzida no país também pelos escravos africanos, que traziam a planta consigo para utilizarem nos rituais do candomblé. (KUHN, 2012)

Como pode ser confirmado pelo documento oficial brasileiro do Ministério das Relações Exteriores de 1959 (apud CARLINI, 2005, p. 315), “A planta teria sido introduzida

em nosso país, a partir de 1549, pelos negros escravos, como alude Pedro Corrêa, e as sementes de cânhamo eram trazidas em bonecas de pano, amarradas nas pontas das tangas”.

Diante do fracasso da tentativa de plantar e comercializar o cânhamo para a produção de cordas, velas e tecidos no Brasil, propaga-se o uso recreativo da maconha entre os negros escravos e os índios brasileiros, passando inclusive cultivar a planta para seu consumo próprio, ficando estigmatizado o uso não-médico da maconha as classes socioeconômicas menos favorecidas e a grupos marginais, cenário esse que muitos passaram a associar por conta do preconceito como comportamentos antissociais de negros e indígenas, fatos esses que marcam até hoje no meio da sociedade, que uso da maconha é coisa de vagabundo. (KUHN, 2012)

Com isso as práticas associadas às essas classes e com o processo de urbanização dos emigrantes ficaram fortemente marcadas como um problema sanitário, reprimindo assim as práticas religiosas africanas e indígenas que usavam a cannabis, considerando-as como feitiçaria, magia negra dentre outros.

Uma matéria foi publicada na revista Super Interessante sobre a maconha em agosto de 2002, “A verdade sobre a maconha”, ela nos confirma o preconceito e a marginalização que a maconha sofreu por conta do seu público usuário, vejamos:

[...] até o século XIX, era mais usual chamar a erva de fumo-de-angola ou diamba, nome também quimbondo). Por séculos, a droga foi tolerada no país, provavelmente fumada em rituais de candomblé (teria sido o presidente Getúlio Vargas que negociou a retirada da maconha dos terreiros, em troca da legalização da religião). Em 1830, o Brasil fez sua primeira lei restringindo a planta. A Câmara Municipal do Rio de Janeiro tornou ilegal a venda e o uso da droga na cidade e determinou que “os contraventores serão multados, a saber: o vendedor em 20 000 rps, e os escravos e demais pessoas, que dele usarem, em três dias de cadeia.” Note que, naquela primeira lei proibicionista, a pena para o uso era mais rigorosa que a do traficante. Há uma razão para isso. Ao contrário do que acontece hoje, o vendedor vinha da classe média branca e o usuário era quase sempre negro e escravo.

Todavia na segunda metade do século XIX esse cenário começa a se modificar no Brasil, devido aos estudos e principalmente após a divulgação da obra do doutor Jean Jacques de Moreau professor na Faculdade de Medicina da Tour, na França, chega ao país notícias dos efeitos prazerosos da maconha, é seu uso medicinal que ganha mais destaque sendo bem recepcionado pela classe médica brasileira. (CARLINI, 2005, p. 315)

Nessa época aparece em receituários às cigarrilhas Grimault, cigarros índios feitos de maconha, indicados para doenças como a asma, insônia, catarros, roncadura dentre outros.

Nessa linha de raciocínio o antropólogo paulistano Edward MacRae despende que, embora tenha iniciado essas repressões em determinadas regiões, tornando-se mais rígidas e endurecidas após a proclamação da República o primeiro código penal republicano do Brasil publicado em 1890 não tratou de nenhuma forma a respeito da maconha, que continuou sendo comercializada como remédio em formas de cigarros índios nas grandes cidades até 1917, e como receita médica até o final dos anos de 1930.

É na década de 1930 que a repressão ao uso da maconha ganhou força no Brasil, Dr. Pernambuco o brasileiro delegado a comparecer e participar da II Conferência Internacional do Ópio realizada em Genebra em 1924, onde o assunto a ser discutido era apenas sobre o ópio e a coca, relata na conferência que a maconha é muito mais perigosa que o ópio, devendo assim ser proibida, assim inicia-se a era da repressão contra a maconha, considerando-a prejudicial à sociedade e a saúde pública. (CARLINI, 2005)

Diante de tal posição inicia-se a repressão aos usuários da maconha, em uma incessante luta sem tréguas se alastra pelas cidades brasileiras. O Rio de Janeiro foi a primeira cidade em registrar prisões decorrentes ao comércio clandestino da cannabis sativa. Postura essa que perdurou por muitos anos no Brasil, que para isso contou com o apoio da Convenção Única de Entorpecentes da ONU de 1961, a qual o país é signatário.

Acontece que essa rejeição trouxe reflexos negativos na esfera medicinal da maconha, não aceitando o Brasil por muitos anos medicamentos a base da planta, retardando avanços nas pesquisas sobre esse potencial, atitudes essas em discordância com os estudos apontados por outros países, no qual um deles aprovou o princípio ativo da maconha (tetraidrocanabinol) para auxiliar nos tratamentos contra câncer, pois tinha efeito antiemético, ou seja, previne náuseas e vômitos que são decorrentes da quimioterapia.

Em harmonia com grande parte dos outros países do ocidente a maconha foi definitivamente criminalizada no Brasil em 25 de novembro de 1938, decorrente a determinação do Decreto-lei nº 891, o qual regulava o controle do uso de substâncias entorpecentes.

Sendo assim a maconha no Brasil ganhou um marca registrada que está associada à marginalidade e malandragem tudo decorrente do preconceito.

2.3.1 Tratamentos da maconha em outros países

Em alguns breves relatos, apontaremos alguns países nos quais a cannabis ganhou com o passar dos anos tratamentos diferentes, apresentando um grande avanço na área de pesquisas médicas e sociais, que conseqüentemente beneficiou muito a humanidade.

O cultivo industrial do cânhamo se tornou legalizado em diversos países entre os quais encontramos Alemanha, Canadá, Austrália, Espanha, China, Grã-Bretanha e França.

Contudo o grande avanço ocorreu na área medicinal, Canadá, Israel, Holanda, Uruguai, e alguns estados americanos permitem o uso medicinal da cannabis.

A reportagem de Bruna Rasmussen na página Hypheness no site Terra apresenta o Estados Unidos com um dos países mais avançados na regularização da maconha para uso medicinal, atualmente existe no país 22 estados mais o distrito de Columbia com regras efetivas que autorizam o consumo da planta das mais variadas formas, tendo a Califórnia como 1º estado em 1996, e a Flórida o 22º estado a regularizar em abril de 2014, contudo sempre mediante prescrição médica. Nesses estados em que a maconha já tem seu uso liberado para fins terapêuticos, tem apresentado um determinado número considerável de pacientes, oferecem ainda programas de pesquisa para os interessados no assunto. O primeiro estado americano a descriminalizar a maconha foi o estado do Oregon em 1973. Após em 1996 como já citado foi a vez da Califórnia que legalizou o uso medicinal da cannabis.

A grande preocupação dos norte-americanos era as conseqüências que essa legalização poderia trazer para a sociedade, se seria um estímulo ao consumo entre adolescentes e jovens, aumento da criminalidade, porém diante das pesquisas realizadas no país os resultados alcançados foram outros, o índice de violência não aumentou apresentando até uma diminuição, as mortes por overdoses diminuiram também, não influenciou no consumo entre os jovens e adolescentes, a legalização medicinal da maconha nos Estados Unidos não trouxe ao país nenhum problema dessas esferas.

Uma matéria foi publicada no site G1 “Veja como a legalização relativa à maconha em outros países” (2013), entre os países nos quais a erva é legalizada, encontra-se a Holanda, nesse país a venda da planta foi autorizada na prática sem muita ênfase nos de 1970. No entanto desde 2003 o governo holandês contratou a Bedrocan BV para produzir e fornecer variedades de medicamentos a base de cannabis.

Há um site disponível do laboratório no qual possamos entender melhor a dinâmica realizada por ele, vejamos:

Desde 2003 produz Bedrocan cannabis medicinal para o Ministério da Saúde, Segurança Social e Desporto. Como parte do programa de cannabis medicinal do ministério, cannabis normalizada mediante receita médica em farmácias holandesas. A cannabis medicinal também é exportada para a Itália, Alemanha, Finlândia, Canadá e para República Checa, bem como para pesquisadores autorizados em todo o mundo.

Bedrocan visa preencher a lacuna entre as necessidades dos pacientes de maconha por um lado, e o padrão de qualidade da medicina moderna, por outro. Fazemos isso através da realização de pesquisas e, continuando a compartilhar nosso conhecimento através de publicações científicas. Descobrimos que a cannabis pode todos os regulamentos existentes para os medicamentos e deve atender. Até então Bedrocan de drogas como a cannabis produz apropriado para alguns governos internacionais que a prestação em condições especiais e medicina experimental. Bedrocan é a única empresa no mundo que está padronizado gomos cannabis médica. (Disponível em: <http://www.bedrocan.nl/> - acessado em 15/09/2015 - Tradução nossa)

Os medicamentos a base de maconha produzidos por eles advém de plantações oficiais todas controladas pelo Ministério da Saúde da Holanda, sendo vendidos nas farmácias sob prescrições médicas, atingindo um vasto número de pacientes que utilizam medicamentos de cannabis medicinal, mais interessante ainda é que essas pessoas podem pedir ao plano de saúde o reembolso dos gastos com esses medicamentos.

Já o Canadá em 2001 foi o primeiro país do mundo em legalizar o uso medicinal da maconha para tratamentos de doenças crônicas, em 1999 já havia permissão do uso, porém precisava de permissão especial. Sua população atualmente pode cultivar e consumir a planta, contudo necessitam de receita médica e do documento com autorização do governo para o uso. O país também foi o pioneiro em criar um programa federal de cannabis medicinal, fato este que ocorreu em 2001, o programa tinha como objetivo cadastrar aqueles com indicação médica para usar a planta como medicamento para assim pudessem comprar e cultivar a planta. Recentemente em 2014 essa regulamentação mudou, passando ser exigida apenas a prescrição médica e que os pacientes comprem diretamente dos licenciados pelo governo. (Ministério Público Federal, Ação Civil Pública, 2014).

O Uruguai também não escapou desse tema polêmico, após várias discussões e mesmo diante de várias resistências enfrentadas, o presidente uruguaio José Pepe Mujica em 23 de dezembro de 2013 assinou a Lei que legaliza o consumo e cultivo da maconha para fins medicinais e recreativos em todo o país. Dessa forma a partir assinatura da Lei todos os residentes no território uruguaio terá direito em se cadastrar em um banco de usuários e assim comprar a droga diretamente dos produtores regulamentados pelo Estado. (RASMUSSEN, 2015).

Já em Israel a maconha não é legalizada, porém desde de 1992 os pacientes que sofrem de determinadas doenças podem fazer o uso de medicamentos a base de cannabis. O

país é considerado como responsável pela maior parte das pesquisas medicinais que envolvem a maconha. O governo criou uma empresa para cultivar a planta, a Syqe Medical, a qual desenvolveu um inalador que permite os pacientes a alcançarem doses ideais do medicamento para aliviar suas dores, permitindo ao médico um maior monitoramento no tratamento do paciente. (RASMUSSEN 2015)

A solicitação do medicamento em Israel deve ser feita pelo médico do paciente via fax ou e-mail, encaminhado assim o pedido para triagem onde será analisado por outros médicos que fazem parte do programa, devendo ser respondido em até 48 horas em caso de pacientes terminais, em casos de pacientes de câncer em tratamento com quimioterapia o pedido deve ser respondido em até duas semanas. De acordo com uma pesquisa realizada em 2013 75% dos israelenses são a favor do uso medicinal da maconha. (Ministério Público Federal, Ação Civil Pública, 2014).

Diante desses fatos podemos analisar que as experiências experimentadas por esses países tem sido produtivas, alcançando resultados positivos, dando as suas populações mais uma alternativa de tratamento, e uma melhor qualidade de vida, além de que ao legalizar a maconha para uso medicinal a venda ilegal diminuiu, apesar do preço mais elevado da cannabis legalizada, porém sua garantia de qualidade recompensa seu preço, fazendo que os traficantes diminuam suas vendas.

2.4 Princípios ativos da Cannabis

O uso medicinal da cannabis tornou-se tão importante ao longo dos anos, que é de grande importância mencionar as substâncias da planta que são responsáveis pela fabricação de medicamentos terapêuticos que auxiliam nos tratamentos de várias doenças, que em muitas famílias, esses medicamentos foram luz no fim do túnel, pois já se encontravam exaustos de tentar outros meios sem sucesso.

Canabinoides é o nome dado às substâncias naturais ou artificiais que ativam os receptores canabinoides existentes no cérebro, elas podem ser classificadas como fitocannabinoides que são encontrados na planta cannabis, e também os endocannabinoides que são aquelas encontradas no sistema nervoso e imunológico dos animais, inclusive do homem, e os canabinoides sintéticos. Os fitocannabinoides que são os compostos encontrados na maconha em todas as suas variedades como cannabis sativa, cannabis índica e cannabis ruderalis têm em maior abundância o THC - Tetrahydrocannabinol e o CBD - Canabidiol,

que por sinal são as substâncias usadas na área medicinal. (Ministério Público Federal, Ação Civil Pública, 2014).

Cada uma dessas substâncias tem suas particularidades e contribuições. O THC é responsável pelos efeitos psicotrópicos da planta como, agitação, ansiedade, alteração na percepção do tempo, esse componente é indicado para diversos tratamentos como de dores crônicas, para náuseas e vômitos decorrentes da quimioterapia no tratamento de câncer, para estimular o apetite de pacientes que tem AIDS. (VESPA, 2014).

Já o CBD age como ansiolítico é oposto do THC, esta relacionado com sensações de relaxamento e bem-estar, é indicado como tratamento para epilepsia refratária, pois tem confirmado propriedades analgésicas, calmantes, anti-inflamatórias. (VESPA, 2014).

Uma matéria publicada na revista *Revide* o professor do Departamento de Neurociências e Ciência do Comportamento da Faculdade de Medicina da USP em Ribeirão Preto, José Alexandre de Souza Crippa destaca a indicação do CBD para tratar da ansiedade, como pode ser analisado abaixo:

Segundo Crippa, que coordena estudos em Ribeirão Preto, realizado em cooperação com o Instituto de Psiquiatria da USP, em São Paulo, o trabalho realizado na Universidade, publicado na revista *Neuropsychopharmacology*, foi o primeiro do mundo a comprovar, por meio de neuroimagem, o efeito do tranquilizante do canabidiol. O pesquisador espera que, em um futuro próximo, o canabinoide em questão possa ser usado como medicação no tratamento de transtornos da ansiedade - como síndrome do pânico, fobia social ou Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) -, mal de Parkinson, além de vários tipos de psicoses, esquizofrenia e depressão. Estudos realizados em animais demonstram controle de ansiedade, regeneração de células nervosas, Acidente Vascular Cerebral (AVC), depressão, dor, aplicação anti-inflamatória, entre outros.

Outra pesquisa em andamento pelos profissionais da USP é o estudo dos efeitos do Canabidiol sobre o sono, avaliando, por exemplo, se a substância mantém os níveis de relaxamento, enquanto a pessoa dorme. Para isso cerca de 30 voluntários já foram convocados para participar da pesquisa. Os trabalhos seguem também outras linhas de pesquisa para identificar os efeitos da substância em dependentes químicos como maconha e craque. (RUBINI, 2015, p. 11)

O escritor Chris Conrad em um trecho de sua obra “Hemp - O uso medicinal e nutricional da maconha” ele cita os canabinóides THC e CBD como antagonistas, vejamos o conhecimento despendido pelo autor:

Os dois canabinóides mais expressivos da Cannabis, o THC e o CBD, podem ser caracterizados como antagonistas, altamente competitivos, sempre buscando um

superar o outro. Assim quando o THC age proporcionando estágios de euforia, o CBD atua como bloqueador e inibidor do senso de humor. O CBD é também um potente medicamento alopático, ajudando em muitas condições médicas, sem acarretar no surgimento de efeitos colaterais adversos. Dentre as diversas funções do CBD, destaca-se sua atividade como anticonvulsivante para epiléticos, nas desordens do movimento distônico, bem como sintomas da doença de Huntington, como socorro para casos de insônia crônica e como antipsicótico. (CONRAD, 2001, p. 384 apud BARRETO, 2002, p.16)

E em outras palavras, o CBD age eliminando os efeitos negativos do THC, restando assim somente os efeitos positivos das duas substâncias, desse resultado é o que se aproveita na área médica.

O THC e o Canabidiol se unem a moléculas receptoras situadas na face dos neurônios no cérebro e no sistema nervoso, modificando seu funcionamento. No entanto as ações dessas duas substâncias são distintas. O THC ocupa seu lugar nos processos fisiológicos do cérebro, razão pela qual intervém no funcionamento da química cerebral alterando o raciocínio e atenção, comprometendo o sistema motor e alterando a memória, configurando os efeitos psicotrópicos da maconha. O Canabidiol, no entanto, interfere na metabolização das substâncias neurotransmissoras. Ele somente entra em ação quando existe um desequilíbrio na produção dessas substâncias, protegendo o sistema nervoso de estimulações excessivas. Por isso, se mostra eficiente no tratamento de problemas cerebrais como epilepsias, derrames, esclerose múltipla, parkinson e esquizofrenia. (LOPES, p.106-109; WILSON apud BUENO, p.28).

Há estudos de outros componentes da cannabis em todas as suas variedades, que possam ajudar na esfera medicinal.

Existem no mercado internacional algumas formas que a planta pode ser comercializada para tratamentos terapêuticos, como em óleos, pastas, e extrato da própria parte da planta, nos últimos anos laboratórios especializados sobre a cannabis medicinal começaram a desenvolver medicamentos em forma de pílulas e spray.

Abaixo se pode verificar uma lista que o Ministério Público Federal apresentou na petição inicial da Ação Cível postulada contra a União e a ANVISA em 09 de dezembro de 2014, dos medicamentos à base de cannabis comercializados no mercado internacional, passemos analisar:

- 1) Sativex (Nabiximol): extrato natural de cannabis em spray, com altas concentrações de THC e CBD (45% de cada), para o uso oral e nasal, produzido pela GW Pharmaceuticals, na Inglaterra. É o único medicamento aprovado com todas as substâncias da planta. Já é vendido para cerca de 24 países para tratar esclerose múltipla (dentre os quais República Tcheca, Reino Unido, Espanha, Canadá, Dinamarca, Alemanha, Suécia, Áustria, Itália, Suíça, Finlândia, Israel, Noruega) e atualmente está na fase 3 de testes clínicos;

2) Marinol (Dronabinol): remédio em cápsulas com THC sintético, fabricado pela Unimed Pharmaceuticals. É vendido nos EUA, Canadá e Dinamarca e indicado para pacientes em tratamento quimioterápico e para aqueles que sofrem de anorexia em razão do HIV. Não tem a mesma eficácia que a planta com todos os seus compostos.

3) Cesamet (Nabilona): remédio em cápsulas, com nabilona, molécula sintética similar ao THC, fabricado por Valeant Pharmaceuticals Internacional. Foi aprovado no Canadá em 1985 e, nos EUA, em 2006, para tratamento de náusea e vômito em pacientes submetidos à quimioterapia. Também é comercializado no Reino Unido, Austrália e México. Como o Dronabinol, tem eficácia menor do que os extratos naturais da cannabis.

2.5 Doenças que vem sendo estudadas para ser tratadas com a Cannabis medicinal

A cannabis medicinal é prescrita no tratamento de várias doenças nas mais diversas formas e em vários países. Existem estudos e pesquisas para aplicar tal tratamento em outros vários males ainda em experimento. Agora veremos quais doenças que já se aplica o uso da maconha no tratamento médico pelo mundo, e que por felicidade proporcionou uma melhor qualidade de vida para seus pacientes.

O órgão responsável pelo controle de medicamentos dos Estados Unidos (the Office of National Drug Control Policy, Washington, DC) patrocinou um estudo realizado pelo Institute of Medicine, que teve como autores o Dr. Stanley J. Watson, o Dr. John A. Benson e a Dra. Janet E. Joy, este estudo teve como finalidade determinar o verdadeiro efeito que a cannabis pode provocar na medicina, sempre amparados por especialistas no assunto tal resultados foi publicado em junho de 2000 na revista Archives of General Psychiatry. Nessa pesquisa esses especialistas apontam que a maconha tem um efeito analgésico muito importante, porém deve ser mais aprofundados esses conhecimentos, para se conseguir prever qual será a duração desses efeitos, nas mais variedades das condições clínicas dos pacientes. (Disponível em: O Uso Medicinal da Maconha (Cannabis sativa, 2015). Logo abaixo separamos algumas doenças que foram apontadas no estudo que podem ser tratadas com a cannabis, tais comentários foram tecidos no site Boa Saúde, matéria disponível em 21 de agosto de 2015, “O uso Medicinal da Maconha (Cannabis sativa)”, o autor da postagem usou como fonte a revista no qual os estudo foi publicado, (Arch Gen Psychiatry 2000)

- No tratamento quimioterápico contra o câncer:

Pacientes em tratamento com quimioterapia na maioria dos casos tem enjoos terríveis, essas náuseas e vômitos provocados em alguns casos não podem ser controlados com medicamentos tradicionais, “Muitos oncologistas e pacientes defendem o uso da maconha, ou

do THC (seu principal componente já estudado) como agente antiemético”. (O Uso Medicinal da Maconha (Cannabis sativa, 2015).

Além disso, a droga estimula o apetite, pois muitas pessoas acometidas de câncer perdem a vontade de comer devido ao tratamento, dessa forma a maconha estimula esses pacientes a se alimentar, aumentando também a ingestão de líquidos devido à secura na boca que o uso dela provoca. Consequentemente, dando uma melhor qualidade de vida a essas pessoas.

- Esclerose múltipla

Estudos revelam que a maconha pode auxiliar no controle do espasmo muscular, que é o sintoma causado pela doença. Pessoas que sofrem de esclerose múltipla sentem muita dor, assim a cannabis tem sido muito eficaz também nesse tratamento.

A revista Super Interessante na matéria “ A verdade sobre a maconha”, ed. 179, 2002, também destacou outras doenças que vêm sendo estudadas pelos médicos a fim de aplicar nos tratamentos as substâncias da maconha (THC e CBD), Doença de Parkinson, AIDS, Glaucoma.

- Doença de Parkinson

Estudos feitos em animais comprovaram que a cannabis pode estimular movimentos em doses baixas e em doses mais altas pode cessá-los, tornando-se uma grande ajuda nas doenças que provocam problemas motores como na doença de Parkinson, estudos continuam sendo feitos para confirmar esse efeito da maconha e por fim para poder ser prescrita como medicamento para esse tipo de doença.

- Glaucoma

“Essa doença caracteriza-se pelo aumento da pressão do líquido dentro do olho e pode levar à cegueira.” (SUPER INTERESSANTE “ A verdade sobre a maconha”, ed. 179, 2002).

Outra aplicação da cannabis é nessa doença, ela atua regulando a pressão intraocular.

O glaucoma é uma doença caracterizada por este quadro, já que interfere no mecanismo de secreção normal dos olhos. Por se tratar de uma estrutura frágil, o globo ocular, extensão sensorial do cérebro, merece atenção especial no que diz respeito à interna. Os danos causados pela elevação de tal pressão são cumulativos e desencadeiam uma cegueira progressiva. Uma solução para esses problemas se dá por meio de cirurgias ou com o uso de

química. A Cannabis atua de forma diferente. Possui capacidade de secar os olhos, eliminando o excesso de humor aquoso sem que haja a necessidade de desobstruir os canais, diminuindo a pressão, e sem efeitos colaterais tóxicos. [...] (CONRAD, 2001 apud BARRETO, 2002, p. 29).

- Aids

Um dos efeitos que a maconha causa no usuário é aumento de apetite, tornando-se muito importante se uso por portadores de HIV também para ajudar no tratamento contra desnutrição, porém estudiosos do caso recomendam que seja feitas pesquisas mais aprofundadas, pois o portador de HIV tem o sistema imunológico muito fragilizado, e atualmente existem no mercado outros medicamentos que são eficazes nesse auxílio.

- Epilepsia

Nos últimos meses vem sendo muito discutido sobre a aplicação da cannabis mais especificamente o CBD para tratamento de epilepsias refratárias, a Presidente da EPIBRASIL - Federação Brasileira de Epilepsia, Maria Carolina Doretto, explica que, esses tipos de epilepsias são chamadas de catastróficas tais como a síndrome de Dravet, de Rett e de Lennox-Gastaut, são estágios graves da doença.

Contudo não é de hoje que estudos vêm sendo desenvolvidos sobre essa possibilidade terapêutica da Cannabis sativa e Cannabis indica para epilepsia.

Em 1973, o Professor Elisaldo Carlini (6), um pesquisador brasileiro, demonstrou pela primeira vez, em animais de laboratório, os efeitos anticonvulsivantes do CBD, sem qualquer toxicidade e ausência de efeitos psicotrópicos. [...] Pesquisas em animais de laboratório têm proporcionado fortes evidências em relação à segurança e às propriedades anticonvulsivantes do CBD. Entretanto, a falta de compostos puros, farmacologicamente ativos e as restrições legais têm dificultado as pesquisas clínicas em seres humanos e os dados sobre o uso têm ficado restritos a relatos isolados. (DORETTO, p. 1-2, 2014.)

Estudos clínicos sugerem que o CBD é uma droga que apresenta segurança e efetividade no tratamento da epilepsia, diante de tais possibilidades alimentam-se a esperança de muitos pais que buscam uma melhor qualidade de vida para suas crianças acometidas da doença. Tal discussão tem ido parar nos tribunais, pais de crianças que tem essas espécies de epilepsias buscam no judiciário a autorização para importarem do mercado internacional medicamento a base de cannabis. Um dos casos que ficou muito conhecido por todos no Brasil foi o da menina Anny Fischer que trataremos mais adiante.

3 A MACONHA COMO MEDICAMENTO NO BRASIL

É a partir do século XIX que pesquisadores começam a se dedicar mais sobre a maconha para uso medicinal, de acordo com as considerações de Vespa (2015, p. 2) pondera-se que:

O médico brasileiro Elisando Carlini, pioneiro em estudos de psicofarmacologia em relação à maconha e seus efeitos no corpo humano desde os anos 1960, foi e é responsável por pesquisas com resultados internacionais mostrando que medicamentos à base de Cannabis sativa devem ser utilizados nos tratamentos já citados.

Já, na década de 70, pesquisadores brasileiros orientados por Carlini cooperaram de forma significativa nos estudos realizados com a planta, em especial na interação entre os canabinoides, apresentado a sociedade científica que os efeitos medicinais da maconha não poderiam ser explicados somente pelos efeitos do THC, e sim também pelo CBD, pois ele atua reduzindo de forma satisfatória a ansiedade, que o THC em doses elevadas pode causar no indivíduo, pois são substâncias como já vimos com efeitos opostos.

Porém, as pesquisas no Brasil, como em todas as partes do mundo teve muitos obstáculos principalmente na área de testes clínicos com seres humanos, devido à legislação do país, e mais ainda devido ao preconceito por se tratar de um medicamento feito de uma substância retirada de uma droga. No entanto é preciso deixar essa resistência de lado, pois a morfina que tanto é utilizada em pacientes de casos terminais é derivada do ópio que, também é considerado como droga.

3.1 Da regulamentação dos medicamentos no Brasil feita pela ANVISA

Mais afinal o que são medicamentos?

A própria ANVISA elaborou uma cartilha em 2010, “O que Devemos Saber Sobre Medicamentos”, onde fez uma síntese sobre o que venha ser medicamentos, definindo como produtos especiais, produzidos sob rigoroso controle técnico, tendo a finalidade de diagnosticar, prevenir, aliviar ou curar doenças e seus sintomas, devendo o respeitar e suprir as exigências determinadas pela ANVISA, seguindo assim normas rígidas para poderem ser comercializados.

A ANVISA de acordo com o artigo 3º da Lei 9.782/99 tem natureza jurídica de autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, contudo tem independência

administrativa, sendo a ela asseguradas de acordo com a lei, prerrogativas necessárias para a adequação de suas atribuições.

O artigo 6º da referida Lei traz sua finalidade que é assegurar e promover saúde para toda a população, através do controle sanitário de comercialização de produtos e serviços que devem ser submetidos à vigilância sanitária, assim estão enquadrados os medicamentos que devem seguir as particularidades, bem como cabe a ela conceder registro de um medicamento e permitir a importação de medicamento não registrado no Brasil.

3.1.1 Procedimento de registro e aprovação de medicamentos novos no Brasil.

Os medicamentos novos no Brasil são registrados na ANVISA, tal procedimento é feito por sua Gerência Geral de Medicamentos - GGMED, incluindo suas várias subdivisões, que analisam e avaliam a qualidade, a eficácia e a segurança do medicamento, se após essas análises for aprovado o medicamento poderá ser comercializado.

Segundo o portal da ANVISA na reportagem intitulada “Como a Anvisa avalia o registro de medicamentos novos no Brasil” (2005), “O termo „medicamento novo“, sem outra adjetivação, é, na prática, utilizado para se referir a medicamentos novos com princípios ativos sintéticos e semi-sintéticos, associados ou não, que são os avaliados pela GEPEC.” A GEPEC - Gerência de Medicamentos Novos, Pesquisa e Ensaios clínicos é integrante da GGMED.

As avaliações ocorrem geralmente em três fases que são análise farmacotécnica, análise de eficácia e análise de segurança, as duas últimas deverão estar fundamentadas na avaliação de estudos clínicos, que são responsáveis pelos testes feitos com o medicamento para definida indicação.

A análise farmacotécnica consiste na verificação de todas as etapas de fabricação do medicamento, a análise se subdivide em duas etapas, a função da primeira é conferir se toda a documentação exigida para proceder ao registro que deve estar inclusa no processo. Já a segunda etapa fica responsável pelo exame do dossiê do registro, que compreende uma parte documental, na qual se confere toda a documentação exigida, que será levada para avaliação, e a outra é o relatório técnico, em que é obrigatório conter todas as informações dos estudos clínicos e da farmacotécnica, nessa etapa se avalia a bula, a estabilidade do produto, as informações técnicas dos princípios ativos, ou seja, toda a produção do medicamento e todo o controle de qualidade do remédio.

No Brasil para que o medicamento novo seja aprovado também se faz necessário passar pelas avaliações de eficácia e segurança, que são realizadas por meio de estudos pré-clínicos e ou clínicos, que se dividem em três fases, porém temos casos excepcionais como de medicamentos já registrados em outros países que deverão ser submetidos a uma quarta fase.

A primeira fase tem a finalidade de avaliar a segurança do princípio ativo da substância no organismo dos seres vivos, para isso se realiza testes em voluntários saudáveis, assim passam a monitorar como o medicamento age no corpo desse indivíduo, mesmo modo que terá conhecimento de seus efeitos, e qual a dosagem máxima suportável pelo organismo. (Assessoria de Imprensa da ANVISA, 2014)

Na segunda fase o medicamento é testado em voluntários que já são acometidos da doença no qual o medicamento visa tratar ou curar, examinados em curto prazo, para assim averiguar sua segurança e eficácia. (Assessoria de Imprensa da ANVISA, 2014)

E por último a terceira fase, em que se apuram os efeitos colaterais da substância e seus benefícios, em relação dos medicamentos que tenham as mesmas indicações já existentes no mercado, observando-se a relação econômica, lucro, risco e benefício.

Superada a três fases, as avaliações de eficácia e segurança serão encaminhadas quase sempre a consultores ad hoc que iram escolher entre os filiados profissionais que possuam conhecimento e experiência no assunto. Assim sendo, após todos esses trâmites o medicamento poderá receber aprovação ou não para ser comercializado. (Assessoria de Imprensa da ANVISA, 2014)

Notamos que o procedimento de autorização de um medicamento é muito demorado e burocrático no Brasil.

3.1.2 Da importação de medicamentos controlados sem registro no Brasil

A legislação brasileira permite a importação de medicamentos controlados sem registro no país para uso pessoal, porém a solicitação deve ser feita sob algumas condições e exigências. O indivíduo interessado em importar medicamento deve fazer a solicitação perante a ANVISA, que é a responsável por analisar e conceder o pedido, para isso é fundamental que o solicitante esteja munido da documentação exigida, dentre elas é necessário a prescrição e laudo médico que informe a utilidade e o benefício do medicamento para o paciente, essa exigência é essencial, pois, no Brasil como o medicamento não é registrado na ANVISA não possui dados de sua eficácia e segurança.

As substâncias de controle especial no Brasil, listadas no Anexo I da Portaria 344/98, cuja última atualização está na RDC 06/2014, tem propriedade psicotrópicas, entorpecentes, teratogênicas e em alguns casos são controladas internacionalmente. Por isso a autorização da Anvisa é fundamental para que o medicamento entre no país. Em situações específicas é um requisito também para que a carga seja liberada pela autoridade sanitária no país de origem. (Assessoria de Imprensa da ANVISA, 2014).

A Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 63/2008 estabeleceu que é somente permitida a importação de medicamentos que contenha substância das listas C1 e C4, não sendo necessário o envio da documentação prévia para a ANVISA nesse caso, somente será apresentada para os órgãos fiscalizatórios no posto aeroportuário. (Assessoria de Imprensa da ANVISA, 2014)

Entretanto, as demais substâncias e plantas das destacadas nas listas E e F, são proscritas e possuem sua importação, exportação, comércio, manipulação e uso proibido em todo território brasileiro, contudo há casos excepcionais, como a utilização delas em tratamento de saúde próprio, no qual não há outras alternativas eficazes, dessa forma tais medicamentos podem ser requeridos pelos pacientes ou responsáveis legais por meio de um pedido excepcional, tal pedido deve ser feito formalmente a ANVISA, que irá analisa-lo, avaliando cada caso individualmente, que possivelmente poderá autorizar a aquisição e importação do remédio. (Assessoria da ANVISA, 2014)

Para solicitação nesse caso é necessário o envio da documentação a ANVISA, em seu portal de informações ao cidadão que está disponível em ANVISA, tais documentos são a prescrição médica na qual deverá conter a quantidade de dose adequada do medicamento, e o porque da sua necessidade e o tempo do tratamento; laudo médico contendo a justificativa do uso do medicamento não registrado no Brasil; termo de responsabilidade com o consentimento livre e esclarecido assinado pelo médico, paciente ou responsável legal; e formulário de solicitação excepcional de medicamentos sujeitos a controle especial, assim somente após a autorização da ANVISA que o paciente ou seu responsável legal poderá obter o medicamento, mediante documento que será apresentado no posto aeroportuário da ANVISA. (Assessoria de Imprensa da ANVISA, 2014)

3.2 Legislação brasileira sobre a utilização de vegetais e substratos dos quais podem ser extraídos ou produzir drogas - E o uso medicinal e científico.

A Lei vigente no Brasil atualmente que cuida da política sobre drogas é a Lei 11.343/2006, ficando encarregada de fazer as restrições das substâncias consideradas ilícitas

no país, porém é ANVISA que considera qual substância terá o uso proibido no território nacional.

Art. 1º. Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes. Parágrafo único. Para fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União. Art. 2º. Ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar, bem como o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico-religioso. Parágrafo único. Pode a União autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais referidos no caput deste artigo, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, respeitadas as ressalvas supramencionadas. (LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006).

Como também já mencionamos no primeiro capítulo, a ANVISA é órgão vinculado ao Ministério da Saúde no qual controla a autorização para se obter substâncias que possam causar dependência que se encontram nas listas por ela elaborada e publicada periodicamente, assim a Lei 11.343/2006 depende dessa regulamentação infralegal para considerar uma substância como droga.

A portaria nº 344/98 da ANVISA, em seu artigo 61 faz vedação expressa de manipulação de medicamento à base de plantas e substâncias proibidas, analisemos abaixo:

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

A mencionada lista E corresponde a lista de plantas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas, a cannabis sativa é encontrada como a primeira da lista. Porém os medicamentos feitos à base dessas plantas estão sujeitos apenas a controle especial, é o que revela o que adendo nº 2 da Portaria, (1998, p. 28) “ficam também sob controle, todos os sais e isômeros das substâncias obtidas a partir das plantas elencadas acima”, assim p controlado todas as substâncias obtidas a partir dessas plantas. Esses medicamentos de

controle especial podem ser usados mediante receita médica, é o que acontece com morfina, por exemplo, que pode ser comercializada no Brasil, mediante receituários especiais.

É importante ressaltar ainda que as substâncias e plantas são consideradas ilícitas no Brasil devido decisões do colegiado da ANVISA, portanto não há Leis que em sentido estrito que regulamente nesse propósito, contudo pelo que vimos na Lei 11.343/2006 mesmo que a determinação da proibição do uso da planta é feita pela ANVISA, o seu uso medicinal e científico pode ser autorizado pela União, conforme é despendido no artigo 2º, parágrafo único da Lei supra mencionada, permite expressamente mediante autorização da União o plantio, a cultura e a colheita de vegetais ilícitos para fins medicinais ou científicos.

O Brasil é signatário de três convenções internacionais da ONU sobre o assunto que envolve o controle de drogas universal, Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971, Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988, nenhum delas são contra o uso medicinal e científico de substâncias proibidas, pelo contrário recomendam a criação de agências nacionais de cannabis medicinal.

No ano passado (2014), foram retomadas discussões sobre a reclassificação do uso do Canabidiol devido pacientes com síndromes de espasmos e epilepsia terem respondido bem aos tratamentos com essa substância extraída da maconha, todavia esse uso era feito de forma ilegal, pois as substâncias são proibidas no Brasil, assim familiares importavam os medicamentos de forma clandestina, diante disso enfrentavam várias barreiras e riscos, como preços muito alto dos medicamentos, e até mesmo o risco de serem apreendidos.

Dessa forma, os tribunais começaram a receber várias ações com pedidos para que pessoas portadoras dessas doenças pudessem importar medicamentos a base de Canabidiol e assim usar em seus tratamentos.

3.2 A primeira decisão judicial que autorizou o uso e a importação de remédio à base de maconha

A primeira decisão brasileira que permitiu o uso e importação de medicamento derivado da Cannabis sativa foi concedida a Anny Fischer em 03 de abril de 2015. A justiça permitiu que Anny de Bortoli Fischer, na época tinha cinco anos de idade, que possui uma doença grave e rara chamada de síndrome CDKL5, um problema genético que causa uma

forma de epilepsia, chegava a ter de 30 a 80 crises convulsivas por semana. (OLIVEIRA JUNIOR, 2014).

Katiele Fischer mãe de Anny explica que a doença genética da filha provoca uma doença neurológica grave, apresentando grande quantidades de convulsões que se iniciaram desde quando a sua filha tinha 45 dias de vida. Anny tentou tratamentos convencionais com diversos anticonvulsivantes, porém sem sucesso. (RUBINI, 2015, p. 11).

No documentário “Illegal” dirigido pelo jornalista Tarso Araujo Genro, Anny teve sua história contada, assim em alguns trechos são relatados como os pais da menina tomaram essa iniciativa. O curta do vídeo é para a campanha de um site que informa sobre a maconha medicinal.

Os pais de Anny decidiram recorrer ao tratamento alternativo com uso do Canabidiol, virtude das notícias veiculadas na literatura especializada sobre a eficácia dessas substâncias no controle dos sintomas da doença e de seus efeitos em crianças de outros países. Com o uso do canabidiol, Anny apresentou expressiva melhora, reduzindo gradativamente as crises convulsivas, até a completa cessação. (ILEGAL, GENRO, T. apud BUENO, 2014, p. 45).

Como o medicamento era proibido no Brasil, os pais de Anny importavam ilegalmente dos Estados Unidos, contudo na terceira vez que iam fazer o mesmo procedimento a ANVISA reteve o medicamento para passar por análise técnica, sendo assim a família decidiu procurar a justiça para conseguir a liminar e retirar o medicamento retido, pois Anny não poderia esperar o demorado processo de registro e liberação para importação do medicamento pela ANVISA.

A liminar foi concedida por decisão judicial, o processo de Anny está em trâmite na 3ª Vara da Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal, Autos nº 24632-22.2014.4.01.3400.

Em análise da decisão que concedeu a antecipação da tutela determinado que Anvisa se abstenha de impedir a importação pela autora do Canabidiol sempre que for receitada pelo médico, torna-se lúcido salientar um trecho da decisão judicial do Senhor Doutor Juiz Federal Bruno César Bandeira Apolinário.

Com essas razões, sem pretender cecear a prerrogativa da ANVISA de prosseguir com os estudos necessários à constatação da segurança e da eficácia do Canabidiol com vistas ao futuro registro para inserção no mercado nacional, entendo que, no caso da autora, a liberação da importação e uso da substância dever ser imediata, considerando a imprescindibilidade do medicamento na proteção da saúde e da vida da criança e as demonstrações preliminares da eficácia e da segurança do produto ao menos no que diz respeito ao tratamento da EIEE2. (APOLINÁRIO, 2014).

Em uma matpria feita por Rose Rubini, “Reclassificação pelo Acesso”, publicada na edição semanal 749 da revista REVIDE, revela que segundo sua mãe Anny é acompanhada por exames de sangue periodicamente, que a menina voltou a comer, a sorrir e a ter um certo controle cervical, é ministrado a Anny a cada seis horas uma dose em média de 1,5 cm de CBD, que chega em seringas em forma de pasta.

3.4 Resolução do Conselho Regional de Medicina de São Paulo permite o uso do Canabidiol

Após várias ações postuladas no judiciário perquirindo a autorização da importação e uso do Canabidiol, a ANVISA decidiu atender administrativamente esses casos, mediante análise da documentação exigida, que foi feita em cada caso individualmente. Essa decisão adveio por causa da Resolução nº 268/2014 do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, tal resolução autoriza a prescrição do canabidiol, apenas para pacientes infantis e que apresentam casos graves de epilepsias refretárias, que não respondem aos tratamentos convencionais, pois os testes clínicos até aquele momento têm apresentando redução considerável nas crises convulsivas com boa tolerabilidade e segurança. (OLIVEIRA JUNIOR, 2014).

O Pós-Doutor em Ciência da Saúde e promotor aposentado, Dr. Eudes Quintino de Oliveira Junior, em um artigo publicado no site JusBrasil em junho de 2014, “Resolução permite o uso do cababidiol”, comenta sobre a iniciativa do CRM/SP, que passamos observar a baixo:

A iniciativa do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, ao manter a primeira cunha em assunto tão tormentoso, com muita precisão e bom senso, merece aplausos e reconhecimento não só da classe médica que representa, mas também da população que necessita da medicação. Além do que, de forma magistral, aplicou os princípios da Bioética, que devem revestir a decisão a respeito da conduta mais adequada, conveniente e salutar para o paciente. Na bioética, termo utilizado pela primeira vez em 1970 pelo oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter, busca-se a resposta para os temas que aguçam e desafiam o homem, ainda despreparado e que não carrega de pronto uma definição a respeito da aceitação ou rejeição de condutas que podem quebrar o consenso ético ou da utilização de técnicas que venham a ser incompatíveis com a expectativa da vida individualizada.

Dr. Eudes Junior também Reitor do Centro Universitário do Norte Paulista, também acrescenta em seu artigo o princípio da autonomia da vontade, que é aquele que valoriza o homem em sua individualidade, pois o ser humano é dotado de racionalidade e liberdade em suas escolhas, tanto no âmbito biológico, como no moral e social, sendo assim livre para

escolher, detendo autonomia tanto como cidadão e paciente, estando livre para optar qual tratamento quer ser submetido. O novo Código de Ética Médica que entrou em vigência em 2010 deixa claro esse entendimento, ao inserir o princípio da autonomia da vontade do paciente, ou seja, o médico apresenta para o paciente os tratamentos possíveis para o seu caso, apresenta os riscos existente em cada um deles, contudo a decisão plena por qual dos tratamentos será submetido será do paciente ou de seu representante legal. “O profissional da saúde não será detentor pleno da decisão para realizar determinada conduta interventiva”. (OLIVEIRA JUNIOR, 2014).

Porém, não é só válida a autonomia do paciente, o que deve ser feito é uma balança entre benefícios e possíveis malefícios, com a finalidade de sempre prestar o bem-estar ao paciente.

3.5 Reclassificação de Canabidiol para substância controlada

Dessa forma, diante dos fatos apresentados e a pressão dessa espinhosa polemica que é o uso de uma substancia da maconha como medicamento, o Brasil deu um grande passo na área médica, em 14 de janeiro de 2015 a ANVISA decidiu que o Canabidinol fosse retirado da lista de substâncias proibidas no país e passasse a configurar a lista C1 da Portaria 344/98, que define e regula as substâncias sujeitas a controle especial.

A inteligente decisão foi tomada por unanimidade pela Diretoria Colegiada da Anvisa em uma reunião pública, os diretores fundamentaram sua posição nas indicações técnicas de que a substância, de forma isolada não provoca dependência, e ao mesmo tempo que diversos estudos científicos atuais tem apontado possibilidades de uso medicinal do CBD, apontado também a diretoria o relatório das áreas técnicas que participaram de avaliações, declarando assim que não há motivos para que CBD permaneça proibido no Brasil, decisão esta que contou com o voto dos quatros diretores da ANVISA. (“Canabidiol p reclassificado como substância controlada”, 2015).

Com essa extraordinária decisão os pacientes que necessitam da substância que não existe no Brasil, terá sua importação mais rápida, a ANVISA aprovou também a Iniciativa Regulatória, ela definirá uma lista de medicamentos que já são conhecidos pela Agência que terão a liberação prévia, sem a necessidade de ser avaliado caso a caso, patronizando a importação específica CBD, facilitando e proporcionando maios rapidez no processo dos pedidos, sendo mais eficaz para os pacientes e seus familiares. (“Canabidiol p reclassificado como substância controlada”, 2015).

A reclassificação além de facilitar a importação também ajudará nas pesquisas científicas, já que a quatro décadas de pesquisas sobre esse canabinóide mostraram-se favoráveis com um grande potencial terapêutico.

A revista Revide edição semanal 749 (2015, p. 13), disponibilizou uma tabela prática explicando como a partir de agora poderá ser feita a importação do Canabidiol, acompanhe abaixo:

De acordo com as novas regras, a pessoa física que desejar a primeira importação do Canabidiol deverá:

- Preencher formulário com dados gerais
- Apresentar prescrição e laudo médico
- Assinar termo de responsabilidade juntamente com o médico responsável pelo tratamento
- Caso haja alteração de prescritor, também será necessária a assinatura de novo termo de responsabilidade
- A partir desta primeira autorização, o solicitante fica autorizado a importação excepcional por um ano. Caso haja necessidade de estender o prazo, o paciente ou responsável legal deverá enviar um e-mail para med.controlados@anvisa.gov.br com nova prescrição médica indicando a quantidade necessária.

A referida decisão sobreveio também devido ao grande apelo dos pacientes com a patologia e de seus familiares, os quais se beneficiam com o uso do CBD, agregando em suas vidas uma melhor qualidade de sobrevivência, pois a vida humana deve ser revestida pela dignidade devendo sempre ser prestado pelo Estado o bem-estar de seus cidadãos, mesmo que para isso quebrem regras, pois o Direito sempre deve ser adequado com a realidade da sociedade na atualidade.

Além disso, a reclassificação facilitará nas pesquisas sobre o Canabidiol no Brasil, que futuramente poderá ser registrado no país, facilitando assim para os pacientes seu uso, e até mesmo poderá ter seus custos reduzidos, pois a importação e o medicamento em si apresentam elevados preços, e ainda poderemos avançar em um CBD mais puro, pois isso é perfeitamente possível como já vimos o que acontece em outros países, ao até mesmo que seja criado um sistema que consiga distribuir tal medicamento pelo Sistema Único de Saúde.

3.6 O alto custo do medicamento à base de Canabidiol

A medida de reclassificar o CBD de substância proibida para substância de controle especial, sem dúvidas apresentou um grande avanço para a comunidade médica e para as famílias que possam usar a substância no tratamento das doenças de seus familiares, contudo atualmente muitos pacientes enfrentam outra realidade, a barreira que se exprime no alto

custo do remédio, que é a versão industrializada do CBD, ficando ainda marginalizados a uma produção clandestina e de forma artesanal do medicamento.

Em uma matéria publicada na revista Carta Capital, por Wanderley Preite Sobrinho, no início do ano de 2015, chama atenção para esse problema, relatando que a esses pacientes a opção que resta é o CBD artesanal, que na verdade são produzidos e distribuídos por cultivadores ou “jardineiros” com preferem ser chamados, de forma gratuita, a supervisora da neurologia infantil do Hospital das Clínicas de São Paulo, Dra. Maria Luiza Manreza, diz que o valor gasto para se importar o equivalente a 10 ml do Canabidiol já industrializado corresponde a 600 dólares, ou seja, R\$ 1.700 reais, ressaltando ainda que isso é utilizado na fase inicial do tratamento, que ao decorrer do mesmo o paciente utilizará mais doses do medicamento.

Diante disso, são acarretados muitos problemas, com a fabricação do medicamento pelos produtores clandestinos, pois se encontram contra o ordenamento jurídico brasileiro, como já se sabe o sistema tanto antigo como o atual de combate as drogas proíbe tal conduta de cultivar substância proibida no país, e ainda o risco que tal produção pode apresentar aos seus usuários, podendo ser acarretados futuros danos, uma vez que o procedimento para a fabricação do remédio é muito minucioso, que o ideal é a separação total do THC do CBD. (SOBRINHO, 2015)

Contudo sem alternativa essas famílias se arriscam na busca de uma melhor qualidade de vida aos doentes, Sobrinho ainda em seu trabalho “Maconha: preço alto de remédio estimula o cultivo”, publicado na revista Carta Capital em janeiro de 2015, relata alguns casos que ocorrerão com pacientes que como única alternativa que resta é o uso do CBD artesanal, aqui citaremos alguns deles para melhor compreender o sofrimento que essas pessoas veem enfrentando.

O jovem Flavio Ferreira Dillan, de 30 anos, portador de epilepsia, foi apreendido pela polícia federal do Rio de Janeiro em janeiro do corrente ano, por cultivar 39 pés de maconha, em uma estufa, para ser utilizado em seu tratamento, o jovem não tem recursos suficientes para importar o medicamento. (SOBRINHO, 2015)

O designer João (nome fictício), conta na reportagem que para se importar o remédio além de ter que desembolsar os 600 dólares que são pagos com cartão internacional, é necessário ir até o aeroporto Viracopos em Campinas - SP., ou pagar mais R\$ 300,00 reais ao FEDEX, que é o serviço de entrega internacional, o mesmo precisa importar quatro vidros todo mês, indignado destaca que infelizmente não é só rico que adoce. (SOBRINHO, 2015)

A enfermeira Luciana Ferreira dos Santos Vaz importava ilegalmente o CBD, para seu filho Lorenzo, de nove anos, ela afirma que com a autorização da ANVISA o procedimento atualmente é mais rápido apesar de todos os inconvenientes burocráticos, contudo ela alega que como ela pode tem condições financeiras prefere pagar, preferindo não arriscar na versão caseira, porém não crítica aqueles que tenham como essa como única opção. (SOBRINHO, 2015)

O Brasil infelizmente é um país de muitas desigualdades e que se torna ainda mais aparente no âmbito econômico da população, isso se reflete na área da saúde de forma drástica. Na maioria dos casos os indivíduos não conseguem adquirir os medicamentos que ajudam em sua própria sobrevivência, ainda mais quando se trata de casos de doenças crônicas, sendo assim, no caso do CBD não é diferente, por ser tratar de um medicamento de alto custo não sendo acessível a toda população, os pacientes de forma desesperadora buscam outros meios como até mesmo da sua produção ilegal do medicamento.

A vigente Constituição Federal Brasileira, em seu artigo 5º, inciso I, traz em seu bojo o princípio que é à base de uma democracia, que é o princípio da igualdade, determinando assim que se dê o tratamento igual aos que se encontram em situação equivalente, e que se trata de forma desigual os desiguais, na medida de suas desigualdades. (PAULO; ALEXANDRINO, 2009, p. 47)

Para Aritóteles a ideia de igualdade está ligada a justiça, podendo se aludir à chamada igualdade material, que corresponde a igualização dos desiguais que por meio de políticas públicas que concede direitos sociais substâncias, como por exemplo o direito à saúde, mais para que isso seja concretizado é necessário que o Estado atue de forma positiva, proporcionando aos menos favorecidos igualdades de condições com os demais. (NOVELINO, 2010, p. 393)

Isso explica que para aqueles pacientes que se encontram impossibilitados financeiramente de adquirir e importar o medicamento do CBD, que pode ser considerado de alto custo, deveria ser adotado outras medidas paliativas, já que mesmo após a polemica trajetória da reclassificação do medicamento não se conseguiu atingir todos de forma eficaz. Contudo, a Constituição Federal brasileira visa à obtenção de medicamento por via judicial, no qual determina o Poder Público fornecer medicamentos de alto custos aos pacientes, porém essa não seria a medida mais eficaz e rápida, como veremos adiante, o mais conveniente seria se a solução estivesse na esfera administrativa, no qual implantaria um sistema que analisaria e fiscalizaria cada pedido de fornecimento gratuito do medicamento a base do Canabidiol, todavia enquanto isso não ocorre os pacientes lutam para sobreviver de

forma digna por outros meios não legais, e continuam a procurar a via judicial como única opção de solução.

4 QUESTÕES JURÍDICAS ATUAIS SOBRE O TEMA

4.1 Direito à saúde: Dever do Estado

Como análise preliminar torna-se mister observar alguns desdobramentos que o direito a saúde sofreu, considerado como um conjunto de direitos chamados de direitos sociais, que tem por finalidade proporcionar a igualdade entre todos. No Brasil somente a partir da Constituição Federal de 1988 que se tem efetivamente tutelado este direito, pois antes somente os trabalhadores com carteira assinada e suas famílias poderiam ter atendimento à saúde, os demais se a caso precisassem era visto como um favor.

O direito à saúde é considerado como direito social pela Constituição Federal de 1988, a sua efetivação é imprescindível para a dignidade da pessoa humana, compreendendo valores básicos do indivíduo, agregando aos direitos sociais fundamentais. (FARIA, 2014, p.128).

Nos dizeres dos juristas Vicente Paulo e Marcelo Alexandrino (2012, p.243):

Os direitos sociais constituem as liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por objetivo a melhoria das condições de vida dos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social.

Importante se faz destacar o artigo 6º da Constituição Federal:

“Art. 6.º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

O direito a saúde é um direito fundamental de 2ª geração, que tem caráter social, o qual é primordial para o desenvolvimento de uma vida digna para os indivíduos, devendo ser tutelado e protegido pelo Estado.

Na Constituição Federal em seu Título VIII, Capítulo II, artigo 196, revela exatamente sobre o dever do Estado perante a saúde, como pode ser analisado: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Ao ser consagrado pela Constituição o direito à saúde como direito fundamental, o estado se torna obrigado a promover a saúde ao seu povo, não sendo assim possível se aplicar

a Teoria da Reserva do Possível para impedir que tal direito seja tutelado, pois não se pode deixar de garantir um direito fundamental que é primordial para a existência e sobrevivência do ser humano por motivos financeiros. (BUENO, 2014).

Com a edição da Lei 8.080/90 passou-se a regulamentar o Sistema Único de Saúde, criando-se princípios e diretrizes como meio de estruturar-se a saúde no Brasil, definindo alguns papéis, que devem ser desempenhados pelas esferas governamentais de forma contínua e conjunta, almejando a efetivação da saúde no país. (PRETEL, 2010)

O direito a saúde se realiza por meio das políticas públicas, como se denota pelo que revela o caput do artigo 3^a da Lei 8.080/90.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990)

Porém, a realidade brasileira atualmente é outra, um país ainda em desenvolvimento que apresenta várias deficiências e distorções, tanto na área administrativa, como na falta de recursos, fatores esses muito prejudiciais à saúde, pois a mesma abrange as mais diversas áreas do conhecimento para melhor compreendermos o que é considerado saúde hoje.

Atualmente a saúde não se caracteriza apenas como ausência de doenças, assim torna-se lúcido mencionar a interessante definição dada por Herwerston Humenhuk, 2004, p. 2.

O conceito de saúde é, também, uma questão de o cidadão ter direito a uma vida saudável, levando a construção de uma qualidade de vida, que deve objetivar a democracia, igualdade, respeito ecológico e o desenvolvimento tecnológico, tudo isso procurando livrar o homem de seus males e proporcionando-lhe benefícios.

Diante de tais argumentos expostos, percebe-se que o cidadão que não possui meios financeiros para gozar do direito à saúde, acaba-se criando um elo judicial, pois nasce a obrigação do Estado perante o cidadão em proporcionar o direito à saúde amparado pelo ordenamento jurídico brasileiro.

4.2 Direito à saúde: Exigibilidade judicial

A precariedade da saúde pública e a notória escassez de fornecimento de medicamentos gratuitos são os principais fatores contribuintes do fenômeno chamado judicialização da saúde pública.

A judicialização da saúde é ato de buscar o Poder Judiciário como última alternativa para se obter medicamento ou tratamento negado pelo SUS - Sistema Único de Saúde, por não estar previsto na lista do RENAME - Relação Nacional de Medicamentos, ou seja, a judicialização nada mais é que a materialização de um direito pelo judiciário. (SILVA, 2013)

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) é uma lista de medicamentos que deve atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira. Deve ser um instrumento mestre para as ações de assistência farmacêutica no SUS. Relação de medicamentos essenciais é uma das estratégias da política de medicamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para promover o acesso e uso seguro e racional de medicamentos. Foi adotada há mais de 25 anos, em 1978, pela OMS e continua sendo norteadora de toda a política de medicamentos da Organização e de seus países membros. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; RENAME)

Porém, existe outro fenômeno chamado de ativismo judicial, que se torna importante distinguirmos da judicialização, pois apesar de serem próximos eles têm origens diferentes.

Segundo Barroso (2008, p. 6) a respeito do ativismo judicial, passe analisar:

A ideia de ativismo judicial está associada a uma participação mais ampla e intensa do Judiciário na concretização dos valores e fins constitucionais, com maior interferência no espaço de atuação dos outros dois Poderes. A postura ativista se manifesta por meio de diferentes condutas, que incluem: (i) a aplicação direta da Constituição a situações não expressamente contempladas em seu texto e independentemente de manifestação do legislador ordinário; (ii) a declaração de inconstitucionalidade de atos normativos emanados do legislador, com base em critérios menos rígidos que os de patente e ostensiva violação da Constituição; (iii) a imposição de condutas ou de abstenções ao Poder Público, notadamente em matéria de políticas públicas.

Isto posto, a judicialização é o dever do Judiciário em prestar a tutela jurisdicional, enquanto o ativismo judicial está relacionado a antecipação do Poder Judiciário frente a inércia dos poderes Legislativo e Executivo, visando efetivar direitos públicos fundamentais até então esquecidos. Diante disso o ativismo judicial trabalha de forma ampla e intensa no sentido de concretizar o direito a saúde.

Na mesma linha de entendimento Barroso, 2008, p. 6, explica que:

A judicialização e o ativismo judicial são primos. Vêm, portanto, da mesma família, freqüentam os mesmos lugares, mas não têm as mesmas origens. Não são gerados, a rigor, pelas mesmas causas imediatas. A judicialização, no contexto brasileiro, é um fato, uma circunstância que decorre do modelo constitucional que se adotou, e não um exercício deliberado de vontade política. Em todos os casos referidos acima, o Judiciário decidiu porque era o que lhe cabia fazer, sem alternativa. Se uma norma constitucional permite que dela se deduza uma pretensão, subjetiva ou objetiva, ao

juiz cabe dela conhecer, decidindo a matéria. Já o ativismo judicial é uma atitude, a escolha de um modo específico e proativo de interpretar a Constituição, expandindo o seu sentido e alcance. Normalmente ele se instala em situações de retração do Poder Legislativo, de um certo descolamento entre a classe política e a sociedade civil, impedindo que as demandas sociais sejam atendidas de maneira efetiva.

Dessa forma podemos analisar que a teoria da tripartição de Poderes, apresentada por Montesquieu, foi adotada de forma mais branda por alguns Estados como é o caso do Brasil, permitindo o exercício de funções atípicas entre os Poderes Legislativo, Judiciário e Executivo, fato que explica que o Poder Judiciário ao intervir e tutelar o direito à saúde não está agindo incorretamente, uma vez que esse direito é inerente a todos os indivíduos de forma igualitária. (LENZA, 2011, p. 434).

Na maioria dos casos ligados ao exercício do direito à saúde a população tem que recorrer ao judiciário, para que dessa maneira possa ver seu direito fundamental tutelado, é a única alternativa que encontram para ser solucionada a deficiência administrativa na área da saúde.

Bem como coerentes os dizeres expressados de Pretel, 2010, p. , “Ora, em sendo o direito à saúde indissociável do direito à vida, torna-se inconcebível a recusa no fornecimento gratuito de remédios e/ou tratamentos a paciente em estado grave e sem condições financeiras de custear as respectivas despesas”, diante disso os pacientes que requererem o fornecimento gratuito por não possuírem condições financeira aptas para isso, não podem ter o dissabor de ser negado, pois dessa forma estaria sendo negado o seu direito a vida e/ou uma vida digna.

Mas não foi sempre assim, somente a partir de 1996 que o Poder Judiciário muda sua postura de recusar tutela jurisdicional do direito a saúde, começando a enxergar o dispositivo constitucional que tutela o direito a saúde como pleno e eficaz.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 assegurou como já visto o direito fundamental à saúde, devendo ser seguido os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a estrutura de políticas sociais e econômicas que visam garantir a redução de doenças, de regras para assegurar o acesso igualitário de todos nas ações e prestações de serviços, e promover a proteção e saúde de cada pessoa. (WERNER, 2008).

Contudo há pensadores que criticam a judicialização da saúde, se posicionam de forma contrária, usando do discurso que atuando dessa forma o judiciário estaria violando o princípio da isonomia ao favorecer aquele indivíduo que o procura, não atingindo dessa forma a coletividade como um todo, e também estaria prejudicando Estado financeiramente.

Ao contrário Ordacgy e Scheinberg, apontam que:

André da Silva Ordacgy (2007) pondera que “os entes públicos muito têm criticado a “judicialização” da Saúde, principalmente sob a alegação de que essa intromissão “indevida” do Judiciário irá acarretar, num futuro próximo, na inoperância total do sistema público de saúde, haja vista os representativos gastos financeiros disponibilizados para a cobertura das decisões judiciais, que consomem uma boa parte do orçamento da Saúde”. E, no mesmo sentido, Morton Scheinberg (2009) assevera que, embora os entes públicos afirmem que o orçamento estaria prejudicado com as liminares concedidas, não se atentam que o imbróglio é causado justamente em razão da excessiva lentidão na incorporação de avanços médicos pelo sistema básico. (PRETEL, 2010)

Na verdade um Estado democrático de direito é superar as desigualdades sociais com o objetivo de se realizar justiça social, atuando de forma positiva e criteriosa, tal postura apresenta real avanço na efetivação da saúde como direito fundamental, visando à qualidade de vida do indivíduo. (VALLE; CAMARGO, 2011)

Nesse contexto, somos direcionados ao princípio da dignidade da pessoa humana, um dos princípios basilares do ordenamento jurídico brasileiro, que se apresenta como um direito de proteção individual limitando o poder estatal, como forma de defesa pertencente a todos os indivíduos, constituindo um dever fundamental de tratar todos os indivíduos de forma igualitária, devendo o Estado proporcionar assistência à pessoa humana para que dessa forma possa se desenvolver de forma digna. (PAULO; ALEXANDRINO, 2012, p. 94).

Esse princípio influencia todos os direitos fundamentais, pois resta claro que o homem não deve ser o meio para que o Estado consiga atingir seus interesses, mais ele deve ser visto como uma finalidade, devendo o Estado promover e garantir ao indivíduo condições necessárias para que todos os seres humanos possam viver em condições para sua existência e sobrevivência.

O princípio da dignidade da pessoa humana é inerente à própria natureza humana, com requisitos morais que busquem dar o melhor desenvolvimento ao indivíduo, sendo inserida em escopos constitucionais como nos direitos fundamentais, principalmente o direito à vida, à liberdade, desenvolvendo papel importante na concretização dos direitos sociais, pois se postulada uma ação com pedido de medicamento esse princípio provavelmente será invocado.

E por fim insta mencionar sobre o direito a vida que é o mais importante dos direitos fundamentais, pois sem vida nenhum outro direito fundamental poderá ser cogitado ou até mesmo ser gozado, na concepção de vários doutrinadores ele é também recorrente ao direito à saúde,

Não se resume o direito à vida, entretanto, ao mero direito à sobrevivência física. Lembrando que o Brasil tem como fundamento a dignidade da pessoa humana,

resulta claro que o direito fundamental em apreço abrange o direito a uma existência digna, tanto sob o aspecto espiritual quanto material [...]. (PAULO; ALEXANDRINO, 2012, p. 120).

Para tanto o direito fundamental à vida tem um aspecto biológico que se desdobra no direito à saúde, que é perfeitamente um dever do Estado tutela-lo, bem como cabe ao judiciário resolver questões que até então não receberão soluções dos outros poderes, pois atualmente a saúde não é só ausência de doenças, mais sim em proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes, onde esta estritamente relacionada ao bem estar, a dignidade, a sobrevivência do doente.

O ativismo judicial vem trabalhando na luta de se concretizar o direito a saúde, recentes decisões tem determinado o fornecimento de medicamentos não oferecidos pelo SUS, pois muitos deles são muito caros, como é o caso do Canabidiol, não podendo ser suportado o alto custo pelos usuários de menor poder aquisitivo. Passando atuar o Estado por força das liminares do Judiciário, obrigando-o fornecer gratuitamente remédios de alto custo que não constam na lista do SUS, para os indivíduos que requerem perante o Judiciário.

Dessa forma, houve um grande aumento das ações que pleiteavam a concessão de prestações dos serviços da saúde, e com isso aumentou-se também as divergências de pensamentos entre os tribunais. Diante dessa situação o Supremo Tribunal Federal realizou uma audiência pública entre abril e maio de 2009, para discutir a respeito da judicialização da saúde, onde foram traçado alguns parâmetros. (FARIA, 2014)

Após esse momento emblemático, a Suprema Corte buscou traçar requisitos-base para a concessão de prestação de saúde os quais deveriam ser seguidos por todo o Judiciário. A decisão proferida nos autos de AgRg em STA 175/CE tratou detalhadamente do assunto e deu início ao novo paradigma jurisprudencial. (NUNES, 2011, p. 126 e ss. Apud FARIA, 2014, p.151)

Serão comentados alguns pontos importantes dos requisitos determinados na referida decisão. Quando o objeto da ação estiver assegurado nos termos normativos e não estiver sendo cumprido, o Judiciário tem o dever de intervir e concretizar a prestação da saúde, nesse aspecto não se pode falar em ativismo judicial, pois não está se criando uma nova política pública, apenas determina que o SUS forneça determinada prestação que é de sua responsabilidade. (FARIA, 2014)

Nesse caso a obrigação do Estado é reconhecida em promover a saúde, contudo visa a impossibilidade do Estado custear tratamento ou medicamento que ainda está em fase

experimental, e que não se tem comprovada a eficácia do medicamento, não devendo o judiciário conceder tutela, porém tal entendimento é subjetivo, pois muitos medicamentos a base do Cannabidiol não tem sua eficácia duradora comprovada no país tampouco são registrados na ANVISA, pois se tratam de medicamentos importados.

Tal discussão nos remete a brilhantíssima decisão do Desembargador Itamar de Lima, a mesma foi proferida em janeiro do corrente ano, em Goiânia-GO, em breve disposição sobre o caso, Pedro Henrique de Assunção de Pinho, portador de paralisia cerebral, na forma espástica bilateral, cumulada com epilepsia refretária, patologia adquirida no momento do parto por falta de oxigenação no cérebro, naquele ato representado por sua genitora Patrícia Moreira dos Santos Pinho, é concedido a ele o fornecimento do medicamento HEMP OIL (RSHO) - CANNABIDIOL (CBD) gratuitamente pela Secretária Estadual de Saúde, que a mesma deverá assumir dos custos relativos à importação e a entrega do medicamento. Pedro não responde mais aos outros tratamentos, e devido às lesões causadas em seu cérebro por conta da epilepsia não é mais possível se fazer a cirurgia para tal doença, tem convulsões diárias, porém o único remédio adequado para o combate da doença é p indicado. Pedro e sua mãe não têm condições financeiras para custear o medicamento que custa em média US\$ 973,00 (novecentos e setenta e três dólares).

Gabinete do Desembargador Itamar de Lima 318098-46-MS-08 MANDADO DE SEGURANÇA Nº 318098-46.2014.8.09.0000 (201493180983) GOIÂNIA IMPETRANTE: PEDRO HENRIQUE ASSUNÇÃO DE PINHO IMPETRADO: SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS RELATOR: DESEMBARGADOR ITAMAR DE LIMA CÂMARA: 3ª CÍVEL R E L A T Ó R I O E V O T O PEDRO HENRIQUE ASSUNÇÃO DE PINHO, representado por sua genitora Patrícia Moreira dos Santos Pinho, impetra o presente Mandado de Segurança contra ato do SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS, sendo a este atribuída violação a direito líquido e certo do qual aquele se diz titular. Ao longo da narrativa tecida na inicial o Impetrante noticia que é portador de Paralisia Cerebral, na forma espástica bilateral, cumulada com epilepsia refratária (CID G40.8 + F84.0 + F72), patologia adquirida no momento do parto devido à falta de oxigenação no cérebro e que é responsável pelo comprometimento de outros órgãos e sistemas. Salienta que, em função de tal enfermidade, sofre diariamente com crises convulsivas, já recorrendo a vários tratamentos e medicamentos, dos quais, todavia, não obteve a devida resposta terapêutica. 1 Gabinete do Desembargador Itamar de Lima 318098-46-MS-08 Informa que “em janeiro de 2014, o impetrante fez exame de video monitoramento da epilepsia, cuja conclusão foi a de que devido às muitas lesões cerebrais, foi descartada a hipótese de cirurgia para epilepsia, conforme comprova o exame assinado pela Dra. Verônica Nogueira Garcia Edelhoff (CRM-GO 11263), em anexo”. (fl. 05). Assevera que, em casos como o do Impetrante, a comunidade médica encontra-se utilizando o medicamento CANABIDIOL (CBD) com o fito de tratamento (redução) das crises convulsivas. Expõe que, diante dos resultados advindos do tratamento dos pacientes com o remédio requerido, bem como, em razão do apoio da comunidade médica, a ANVISA encontra-se autorizando a importação do medicamento HEMP OIL (RSHO) - CANNABIDIOL (CBD), condicionada a apresentação de relatório

médico, prescrição e termo de responsabilidade do médico responsável. Porém, como se trata de medicamento de alto custo, sendo encontrado pelo preço médio de US\$ 973 (novecentos e setenta e três dólares) e por não possuir condições de arcar com tal montante, dirige-se à Secretaria Estadual de Saúde, através do presente Mandamus, a fim de solicitar o fornecimento do produto, visto que o fármaco em questão não se encontra em estoque para disponibilização. Aponta que em função de tal omissão estatal impetrou o presente mandamus, para que seja reconhecido o dever do Estado em prestar-lhe a assistência necessária. 2 Gabinete do Desembargador Itamar de Lima 318098-46-MS-08 Discorre acerca do direito à saúde e sobre a obrigação quanto à prestação inclusive das terapias não incluídas no rol de medicamentos fornecidos pelo SUS, notadamente quando o medicamento indicado é o mais adequado ao combate da doença. Tece considerações sobre o ato tido como ilegal e consigna a necessidade de concessão da ordem em caráter liminar, determinando-se à autoridade coatora que forneça o medicamento HEMP OIL (RSHO) - CANNABIDIOL (CBD) - 02 tubos de 10 gramas, conforme prescrito em receituário médico. Requer, ainda, que sejam concedido os benefícios da Justiça Gratuita, nos termos da Lei nº 1.060/50. Inicial acompanhada dos documentos de fls. 23/35. Liminar deferida às fls. 38/42, oportunidade em que, verificada a situação de hipossuficiência do paciente, decidiu-se pela concessão do benefício da Assistência Judiciária. Intimado, o Estado de Goiás apresentou contestação (fls. 49/60) insurgindo-se contra a pretensão veiculada pelo Impetrante sob o argumento de que o pedido liminar é juridicamente impossível por se tratar de medicamento importado, não comercializado em âmbito nacional, bem como, por não haver registro dele na ANVISA. Ressalva a ilegitimidade do Estado de Goiás e, por três Gabinetes do Desembargador Itamar de Lima 318098-46-MS-08 consequente, do Secretário Estadual de Saúde, para figurar no polo passivo da presente ação porquanto se cuida de medicação cuja normatização e regulamentação é de competência da União. Por fim, alega a necessidade de reconhecimento da carência da ação pela ausência de prova pré-constituída diante da obrigatoriedade de realização de perícia médica para fins de comprovação do direito líquido e certo alegado nos autos. O Secretário Estadual de Saúde absteve-se de prestar as informações solicitadas conforme certidão de fl. 68. Instada a pronunciar-se, a Douta Procuradoria de Justiça lançou parecer às fls. 70/106, da lavra do Dr. Rodolfo Pereira Lima Júnior, opinando pela concessão da segurança sob o argumento de que se encontra satisfatoriamente provado no Mandamus o direito líquido e certo pleiteado pelo Impetrante. É o relatório. Passo ao voto. Das preliminares. Primeiramente, é plenamente admissível a concessão de liminar inaudita altera pars nos casos em que os documentos instrutórios da ação encontram-se hábeis a demonstrar a urgência da medida antecipatória pleiteada, bem como, em razão da finalidade de assegurar o resultado útil da tutela jurisdicional, qual seja, a saúde do 4 Gabinete do Desembargador Itamar de Lima 318098-46-MS-08 paciente. Traz-se à colação o entendimento do Superior Tribunal de Justiça: “PROCESSUAL CIVIL. MEDIDA CAUTELAR PARA ATRIBUIR EFEITO SUSPENSIVO ATIVO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. OBRIGAÇÃO DE FAZER. BLOQUEIO DE CONTAS PÚBLICAS. EXISTÊNCIA DOS PRESSUPOSTOS DO FUMUS BONI JURIS E DO PERICULUM IN MORA. 1. Medida Cautelar para fins de emprestar efeito suspensivo ativo a recurso especial ofertado contra o acórdão que considerou inviável o bloqueio de valores para fins de determinar o fornecimento de medicamento vital à requerente. 2. O poder geral de cautela há que ser entendido com uma amplitude compatível com a sua finalidade primeira, que é a de assegurar a perfeita eficácia da função jurisdicional. Insere-se aí a garantia da efetividade da decisão a ser proferida. A adoção de medidas cautelares (inclusive as liminares inaudita altera pars) é fundamental para o próprio exercício da função jurisdicional, que não deve encontrar obstáculos, salvo no ordenamento jurídico. 3. O provimento cautelar tem pressupostos específicos para sua concessão. São eles: o risco de ineficácia do provimento principal e a plausibilidade do direito alegado (periculum in mora e fumus boni juris), que, presentes, determinam a necessidade da tutela cautelar e a inexorabilidade de sua concessão, para que se protejam aqueles bens ou direitos de modo a se garantir a produção de efeitos concretos do provimento jurisdicional principal. 4. Em casos tais, pode ocorrer dano grave à

parte, no período de tempo que mediar entre o julgamento no tribunal a quo e a 5ª Câmara do Desembargador Itamar de Lima 318098-46-MS-08 decisão do recurso especial, dano de tal ordem que o eventual resultado favorável, ao final do processo, quando da decisão do recurso especial, tenha pouca ou nenhuma relevância. 5. Há, em favor da requerente, a fumaça do bom direito (decisões mais recentes desta Corte no sentido de ser possível o seqüestro aqui postulado), e é evidente, pois, o perigo da demora (a imediata execução do decisum a quo, com prejuízos incalculáveis à requerente). 6. Tais elementos, por si sós, dentro de uma análise superficial da matéria, no juízo de apreciação de medidas cautelares, caracterizam a aparência do bom direito. 7. A busca pela entrega da prestação jurisdicional deve ser prestigiada pelo juiz, de modo que o cidadão tenha cada vez mais facilitado, com a contribuição do Judiciário, a sua atuação em sociedade, quer nas relações jurídicas de direito privado, quer nas de direito público. 8. Medida Cautelar procedente. “Agravo Regimental prejudicado1.” Em segundo, não há que se falar em impossibilidade jurídica do pedido, visto que, apesar do medicamento CANNABIDIOL encontrar-se, na atualidade, inserido na lista de substâncias de uso proscrito no Brasil, a própria Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA preside o procedimento administrativo, regulamenta e autoriza sua importação e utilização, excepcionalmente, para fins de tratamento de determinadas doenças. Quanto à carência da ação pela ausência de prova pré-constituída, depreende-se que o processo mandamental foi devidamente instruído com laudo médico que comprova a patologia do Impetrante e a 1ª STJ. Primeira Turma. MC 12.983/RS. Rel. Ministro José Delgado. DJ 28/02/2008, p. 69. 6ª Câmara do Desembargador Itamar de Lima 318098-46-MS-08 indispensabilidade do medicamento (fls. 28/32), cumulativamente com a documentação da ANVISA, após regulamentar processo administrativo presidido pela Agência, autorizando a importação e o uso do medicamento pelo paciente (fl. 27). Afastadas as preliminares levantadas pelo Ente Federado Estadual, passo à análise do meritum causae. Do mérito. Com efeito, segundo os preceitos do art. 196, da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação. Nesse sentido também determina a Carta Constitucional Estadual: “Art. 153. Ao Sistema unificado e descentralizado de saúde compete, além de outras atribuições: (...) IX. prestar assistência integral nas áreas médica, odontológica, fonoaudiológica, farmacêutica, de enfermagem e psicológica aos usuários do sistema, garantido que sejam realizadas por profissionais habilitados.” Ressalto que não se trata de mera faculdade do Poder 7ª Câmara do Desembargador Itamar de Lima 318098-46-MS-08 Público, não cabendo a este impor óbices ao cumprimento de seu mister. Deve-se buscar, com o apoio do Poder Judiciário, quando necessário, a efetividade do preceito insuperável de tal garantia, conforme dispõe o art. 6º, da Carta Magna. Bem por isso o Supremo Tribunal Federal se posicionou no sentido de que “o direito à saúde, como está assegurado no artigo 196 da Constituição, não deve sofrer embaraços impostos por autoridades administrativas no sentido de reduzi-lo ou de dificultar o acesso a ele”, como se extrai do RE nº 261.268/RS, da Relatoria do Min. Moreira Alves, publicado em 05/10/2001. Assim, não cabe ao Estado invocar que não é responsável pela dispensação da terapia prescrita, já que tal mister é atribuído solidariamente a todos os entes federativos. De igual forma, o simples fato de não se encontrar aquela medicação incluída em listas federais ou estaduais de medicamentos tidos como essenciais não é motivo suficiente para eximi-lo de seu fornecimento. Nesse contexto, apresenta-se inquestionável a responsabilidade da autoridade apontada como coatora e do ente estatal pela assistência à saúde. É o que se extrai da norma prevista nos arts. 23, inc. II; 30, inc. VII e 198, inc. I, todos da CF. Nesta esteira: “ADMINISTRATIVO. AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. É DEVER DO ESTADO GARANTIR O DIREITO À SAÚDE. RESPONSABILIDADE 8ª Câmara do Desembargador Itamar de Lima 318098-46-MS-08 SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS PELO FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. AGRAVO REGIMENTAL DESPROVIDO. 1. Esta Corte Superior tem firmada a jurisprudência de que o funcionamento do Sistema Único de Saúde é de

responsabilidade solidária da União, dos Estados e dos Municípios, de modo que qualquer um desses Entes tem legitimidade ad causam para figurar no polo passivo de demanda que objetiva a garantia do acesso a medicamentos para tratamento de problema de saúde. 2. Agravo Regimental da União desprovido2.”

“ADMINISTRATIVO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS. SÚMULA 83/STF. 1. É assente o entendimento de que a Saúde Pública consubstancia direito fundamental do homem e dever do Poder Público, expressão que abarca a União, os Estados-membros, o Distrito Federal e os Municípios, todos em conjunto. Nesse sentido, dispõem os arts. 2º e 4º da Lei n. 8.080/1990. 2. A Constituição Federal é clara ao dispor sobre a obrigação do Estado em propiciar ao homem o direito fundamental à saúde, de modo que todos os entes federativos têm o dever solidário de fornecer gratuitamente medicamento ou congêneres às pessoas carentes. 3. Qualquer um dos entes federativos tem legitimidade ad causam para figurar no polo passivo de demanda que objetiva a garantia do acesso a medicamentos para tratamento de saúde. Agravo regimental improvido3.” Assim, tenho como ilegal e abusivo o ato omissivo do Impetrado ao abster-se em atender às necessidades do paciente, 2 STJ. Primeira Turma. AgRg no REsp 1153237/PR. Rel. Ministro Napoleão Nunes Maia Filho. DJe 24/10/2014. 3 STJ. Segunda Turma. AgRg no AREsp 489.421/RS. Rel. Ministro Humberto Martins. DJe 13/05/2014. 9 Gabinete do Desembargador Itamar de Lima 318098-46-MS-08 consoante critérios clínicos adotados. Isso porque os elementos constantes dos autos são contundentes para atestar a existência da moléstia da qual o Impetrante é portador (Paralisia Cerebral na forma Espástica Bilateral e Epilepsia Refratária) e a necessidade de tratamento específico, com a utilização de terapia medicamentosa devidamente prescrita por profissional habilitado, qual seja, Hemp Oil (RSHO) Cannabidiol 14,5%-24%, às fls. 27/32, não sendo, pois, necessárias outras provas que não aquelas produzidas no Mandamus para o fim de evidenciar a liquidez e certeza do direito aqui postulado, o que afasta as alegações sobre a ausência de prova pré-constituída e sobre a necessidade de dilação probatória. Em casos análogos, esta Corte tem adotado a seguinte orientação: “DUPLO GRAU DE JURISDIÇÃO. REEXAME NECESSÁRIO E APELAÇÃO VOLUNTÁRIA EM MANDADO DE SEGURANÇA. LEGITIMIDADE PASSIVA DO MUNICÍPIO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA (ART. 23, II, CF). FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO GRATUITO. DIREITO LÍQUIDO E CERTO. . 1. O Município apelante é legitimado a figurar no polo passivo do mandado de segurança para obtenção de medicamentos, independentemente de quaisquer atos infraconstitucionais que estabeleçam competências para entrega de remédios, uma vez que a atribuição constitucional é solidária entre todos os entes públicos. 2. Constitui direito líquido e certo do impetrante (substituído) de receber do Município os medicamentos, segundo a prescrição médica, de forma contínua, enquanto for necessário, já que a saúde é um direito de todos 10 Gabinete do Desembargador Itamar de Lima 318098-46-MS-08 constitucionalmente protegido e garantido. Remessa Necessária e Apelo Voluntário conhecidos e desprovido4.”

“MANDADO DE SEGURANÇA. ILEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. AFASTADA. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. DISPOSITIVO (ANEL DE FERRARA) NÃO INTEGRANTE DA RELAÇÃO DO RENAME E RESME. NÃO EXIME O FORNECIMENTO DO FÁRMACO PELO ENTE ESTATAL. PROVA PRÉ-CONSTITUÍDA. PRESENÇA. DIREITO LÍQUIDO E CERTO A SER TUTELADO. PRINCÍPIO DA IGUALDADE. OFENSA À SEPARAÇÃO DE PODERES. INOCORRÊNCIA. SEGURANÇA CONCEDIDA. I - O Estado é solidariamente responsável, juntamente com a União, os Municípios e Distrito Federal, devendo realizar todos os procedimentos necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde, inclusive com o fornecimento de terapia medicamentosa aos que dela necessitem, não havendo falar em ilegitimidade passiva do Estado de Goiás e do Secretário de Saúde. II - O fato de o dispositivo (Anel de Ferrara) prescrito não constar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e na Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) não exime o ente estatal de fornecê-lo, em atenção à norma constitucional do artigo 196 da CF. III - Comprovado nos autos a existência de enfermidade grave pela paciente, a

necessidade urgente do implante de anel intra-estromal e a omissão do poder público, não há se falar em carência da ação por ausência de prova pré-constituída, necessidade de dilação probatória e inadequação da via processual eleita. IV - Constitui direito líquido e certo do impetrante em receber do Estado o dispositivo adequado e determinado em prescrição médica, já que a saúde é um direito de todos constitucionalmente protegido e garantido. V - Não há violação ao princípio da igualdade e à separação de poderes, em 4 TJGO. 3ª Câmara Cível. Duplo Grau de Jurisdição 378562-20.2013.8.09.0049. Rel. Des. Gerson Santana Cintra. DJe 1659 de 23/10/2014. 11 Gabinete do Desembargador Itamar de Lima 318098-46-MS-08 face do direito constitucional à vida e à saúde, enunciado pelo princípio maior que é o da dignidade da pessoa humana. 6. Segurança Concedida. Liminar Confirmada. ” “MANDADO DE SEGURANÇA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. PROGRAMA ESPECÍFICO DE TRATAMENTO DA DOENÇA. ALEGAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE PROVA PRÉ CONSTITUÍDA. INSUBSISTÊNCIA. ILEGITIMIDADE PASSIVA AFASTADA. OBRIGAÇÃO DO PODER PÚBLICO. CONCESSÃO DA SEGURANÇA. BLOQUEIO DE VERBAS. POSSIBILIDADE.

1. A existência de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) não afasta a obrigação da Administração Pública de fornecer os medicamentos não disponibilizados habitualmente, mormente considerando a necessidade extremada. 2. Restando comprovada a existência da doença, a necessidade do medicamento e a omissão do Poder Público Estadual em atender às necessidades do paciente, mostra-se inegável a presença da prova pré-constituída. 3. Improcede a alegada ilegitimidade passiva do Estado para responder pela ação mandamental, considerando que é conjunta e solidária a responsabilidade da União, Estados, Municípios e Distrito Federal de propiciarem a JODOS OS CIDADÃOS O FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO. 4. Nos termos do art. 196 da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e obrigação do Estado, cuja assistência deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outras consequências. 5. A omissão da autoridade pública em disponibilizar o medicamento necessário aos pacientes, conforme prescrito pelo médico, constitui ofensa à direito líquido e certo, amparado via mandamus. 6. Tratando-se o caso de fornecimento de medicamentos indispensáveis à saúde da impetrante, a prestação jurisdicional deve refletir a urgência que o caso reclama, justificando-se o 5 TJGO. 4ª Câmara Cível. Mandado de Segurança 364165-69.2014.8.09.0000. Rel. Des. Kisleu Dias Maciel Filho. DJe 1693 de 18/12/2014. 12 Gabinete do Desembargador Itamar de Lima 318098-46-MS-08 bloqueio de verbas públicas para a aquisição dos remédios e terapias prescritas. Precedentes do STJ. Segurança concedida. ” Portanto, conforme discorrido, a concessão do writ p medida que se impõe. ANTE O EXPOSTO, acolho o parecer ministerial, convalido a liminar anteriormente deferida e concedo a Segurança, a fim de determinar ao Secretário Estadual de Saúde, no prazo de 24 horas, que assumo integralmente os custos relativos à importação e entrega do medicamento prescrito e autorizado pela ANVISA (fls. 28/32), na forma e quantidade recomendadas, durante o período de necessidade/eficácia da utilização do fármaco, sob pena de bloqueio dos recursos necessários ao fornecimento do medicamento solicitado, com imposição de multa diária de R\$ 3.000,00 (três mil reais) pelo descumprimento da decisão, nos termos dos arts. 461, §5º e 461-A, §2º, ambos do CPC. É o voto. Goiânia, 27 de janeiro de 2015. Desembargador ITAMAR DE LIMA Relator 6 TJGO. 6ª Câmara Cível. Mandado de Segurança 315385-98.2014.8.09.0000. Rel. Des. Jeová Sardinha de Moraes. DJe 1686 de 09/12/2014. 13 Gabinete do Desembargador Itamar de Lima 318098-46-MS-08 MANDADO DE SEGURANÇA Nº 318098-46.2014.8.09.0000 (201493180983) GOIÂNIA IMPETRANTE: PEDRO HENRIQUE ASSUNÇÃO DE PINHO IMPETRADO: SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS RELATOR: DESEMBARGADOR ITAMAR DE LIMA CÂMARA: 3ª CÍVEL EMENTA: MANDADO DE SEGURANÇA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. CANNABIDIOL. LIMINAR INAUDITA ALTERA PARS. POSSIBILIDADE. EFICÁCIA DA PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA DO PEDIDO. MEDICAMENTO PROSCRITO. INEXISTÊNCIA. IMPORTAÇÃO E UTILIZAÇÃO REGULAMENTADAS PELA ANVISA. ILEGITIMIDADE PASSIVA AFASTADA. ADEQUAÇÃO DA VIA

ELEITA. GARANTIA CONSTITUCIONAL À SAÚDE. PROVA PRÉ-CONSTITUÍDA. ATO OMISSIVO DAS AUTORIDADES IMPETRADAS. POTENCIAL OFENSA A DIREITO LÍQUIDO E CERTO. BLOQUEIO DE VERBA PÚBLICA. POSSIBILIDADE. MEDIDA EXCEPCIONAL. FORNECIMENTO DE REMÉDIOS. ASTREINTES. NECESSIDADE. URGÊNCIA DA SEGURANÇA. 1. As medidas liminares pertinentes ao fornecimento de medicamentos deferidas inaudita altera pars visam 14 Gabinete do Desembargador Itamar de Lima 318098-46-MS-08 assegurar a eficácia e o resultado útil da pretensão jurisdicional; 2. Não há que se falar em impossibilidade jurídica do pedido quando o medicamento requerido, apesar de constar na lista de substâncias proscritas em âmbito nacional, após regular tramitação de procedimento administrativo específico para sua utilização presidido pela ANVISA, no qual ficou reconhecido sua imprescindibilidade ao tratamento do paciente, sendo autorizado sua importação e uso pela Autarquia Federal; 3. O fornecimento de medicamentos, terapias e tratamentos imprescindíveis à saúde do enfermo trata-se de obrigação imposta à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, não podendo sofrer embaraços impostos por autoridades administrativas no sentido de reduzi-lo ou de dificultar-lhe o acesso; 4. A omissão do Poder Público em prestar medicação a pessoa doente e carente constitui ofensa a direito líquido e certo do Impetrante, amparável via Mandado de Segurança, nos termos do art. 1º, da Lei nº 12.016/09; 5. Desnecessária dilação probatória na via célere da Ação Mandamental quando o direito defendido encontra-se embasado em amplo acervo documental; 6. A prescrição médica tem força probante suficiente para comprovar a imprescindibilidade do uso do 15 Gabinete do Desembargador Itamar de Lima 318098-46-MS-08 medicamento postulado e, uma vez comprovada a existência do direito líquido e certo aventado, a concessão da segurança é medida que se impõe. 7. Nas hipóteses de fornecimento de medicamentos ou tratamento de saúde admite-se a adoção de medidas coercitivas como o bloqueio de verbas públicas e a imposição de astreintes para garantir o cumprimento de decisão judicial. Segurança concedida. A C Ó R D Ã O Vistos, relatados e discutidos estes autos, em que são partes as retro indicadas, ACORDAM os integrantes da Quarta Turma Julgadora em sessão da 3ª Câmara Cível, à unanimidade de votos, em conceder a Segurança, nos termos do voto do Relator. Votaram com o Relator os Desembargadores, Walter Carlos Lemes e Beatriz Figueiredo Franco, que também presidiu a sessão. Presente a ilustre Procuradora de Justiça Doutora Eliane Ferreira Fávaro. Goiânia, 27 de janeiro de 2015. Desembargador ITAMAR DE LIMA Relator". (ROSA, 2015)

No caso dos pacientes que de forma inadequada produzem o Canabidiol artesanal por falta de recursos, além de correrem riscos tanto legais como clínicos na produção ilegal, a única luz no fim do túnel é enfrentar o Judiciário para se obter medicamentos a base do CBD como forma de efetivação do seu direito a saúde, para assim poderem sair da zona de risco, e poderem viver de forma digna, com uma melhor qualidade de vida.

Os medicamentos a base do Canabidiol ainda não são registrados no país, ou seja, mais um obstáculo para se ter à possibilidade do fornecimento gratuitamente, tais medicamentos ainda se encontram em fase experimental, pois foi recentemente autorizado o seu uso, assim após a árdua jornada enfrentada por essas pessoas que tanto lutaram para poder usar a substância base da maconha, que é apontada como solução para muitos casos, ainda precisam enfrentar a lentidão do Judiciário para ter ser direito protegido, sem dizer que tal procedimento só faz aumentar as ações judiciais que como consequência sobrecarrega a

máquina judiciária, para tanto se torna imprescindível uma melhor atuação dos poderes Legislativo e Executivo, visando medidas paliativas e de melhor eficaz.

CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo demonstrar, da forma mais clara possível, que, apesar da árdua e polêmica reclassificação do Canabidional para substância de uso controlado especial feito pela ANVISA, não se alcançaram todos os pacientes de forma eficaz e igualitária. Visto que há pacientes que pretendem usar o medicamento Canabidiol em seu tratamento, contudo, não possuem meios financeiros para custeá-lo. Por meio um dado disponível na pesquisa é possível notar o alto custo do remédio, que em média 10 ml de CBD custa US\$ 600,00(seiscentos dólares), podendo ser considerado um medicamento de alto custo para muitas famílias brasileiras.

Diante de mais um obstáculo, essas pessoas de forma desesperadora buscam soluções que podem ser consideradas incoerentes, porém compreensivas, pois o que está em jogo é a sua vida ou de entes familiares queridos. Assim, produzem ou compram de produtores a maconha artesanal ou, até mesmo, de traficantes que buscam de forma ilegal tais medicamentos.

As consequências podem ser as piores possíveis, esses produtores se encontram contra a o ordenamento jurídico do país, podendo ser presos se pegos. Foi o que ocorreu como abordado no trabalho, no Rio de Janeiro, no início do corrente ano. Um jovem de 30 anos, Flávio Ferreira Dillan, foi preso por cultivar 39 pés de maconha em estufa para usar em seu tratamento contra a epilepsia, tal produção era realizada pelo motivo de Flávio não poder custear o valor do remédio e sua importação. E, ainda, ressalta-se que o medicamento artesanal por não passar pelos procedimentos corretos pode causar sérios danos à saúde dessas pessoas.

Diante dos fatos apresentados, defendeu-se a possibilidade do Poder Judiciário concretizar e efetivar o direito à saúde por meio do ativismo judicial. O fenômeno do ativismo judicial pode ser explicado como uma ação antecipatória do Poder Judiciário frente à inércia dos Poderes Legislativo e Executivo, almejando efetivar os direitos públicos fundamentais até então esquecidos e abandonados.

Contudo, ao tratar o Poder Judiciário como “efetivador” da saúde, são apresentadas algumas críticas por alguns pensadores, bem como, diante dessa postura o Judiciário poderá levar à falência do Estado, devendo ser observado o princípio da Reserva do Possível. Ora, o direito à saúde é indissociável do direito à vida, tornando-se inadmissível o não fornecimento gratuito de medicamentos ou tratamentos a pacientes em estados graves sem condições financeiras de custear as despesas, não sendo possível, dessa forma, ser aplicado o

supracitado princípio para deixar de garantir um direito fundamental primordial para a manutenção da vida com dignidade.

Outro ponto que foi discutido quanto à concretização pelo Poder Judiciário do direito à saúde, é a respeito do princípio da separação dos poderes que, claramente foi rejeitada no presente estudo. Existem pensadores que afirmam que ao analisar os pedidos de concessão gratuita de medicamentos não registrados no país estaria o Judiciário ultrapassando a sua função de aplicar a lei ao caso concreto, no entanto, a teoria da tripartição dos poderes apresenta por Montesquieu foi adotada de forma mais branda no Brasil, permitindo o exercício de funções atípicas, ou seja, os poderes são autônomos, mas ao mesmo tempo são harmônicos entre si, tal entendimento configura o sistema chamado de freios e contrapesos.

A cerca de uma breve análise despendida na pesquisa, foi mencionada a Audiência Pública realizada entre abril e maio de 2009 pelo Supremo Tribunal Federal, a fim de se definir em alguns parâmetros a serem adotados pelos Tribunais referentes às demandas sobre o direito à saúde.

Da audiência sobrevieram várias decisões, entre elas destaca-se a impossibilidade de se conceder medicamento e/ou tratamento gratuito pelo Estado, quando se tratar de medicamentos ou tratamentos de alto custo, em fase experimental, que ainda não possuem registro na Anvisa, pois se tratam de medicamentos importados.

Tal entendimento remeteu à análise da brilhantíssima decisão proferida em 27 de janeiro de 2015, pelo Tribunal de Justiça de Goiânia-GO, tendo como desembargador relator Itamar de Lima. Na referida exordial decidiu-se que fosse concedido o fornecimento pela Secretária Estadual de Saúde, de forma gratuita, o medicamento HEMP OIL (RSHO) - CANNABIDIOL (CBD) e também sua importação e entrega, a Pedro Henrique Assunção de Pinho, que é portador de epilepsia refretária e paralisia cerebral, Pedro e sua genitora não possuem condições financeiras para custear o medicamento que sido encontrado pelo preço médio de US\$ 973,00 (novecentos e setenta e três dólares).

Insurgiu, contra a demanda, que a pretensão de Pedro é juridicamente impossível por ser tratar de medicamento importado, não comercializado em âmbito nacional, não havendo, portanto, registro dele na Anvisa, bem como visto pelo posicionamento do STF em 2009, tal contraposição foi superado pelos desembargadores de forma magnífica, não há que se falar em impossibilidade jurídica do pedido, pois atualmente o medicamento Cannabidiol pode ser importado e usado após o regular procedimento administrativo específico realizado pela Anvisa, analisando a documentação exigida, no qual restou comprovado a indispensabilidade do medicamento, não cabendo interpor óbices contra a decisão.

Diante dos fatos apresentados, observa-se que o Canabidiol tem sido a esperança de muitas famílias, em se obter uma melhor qualidade de vida, pois saúde deve ser compreendida além do que ausência de doenças, é o direito do cidadão a uma vida saudável. A saúde é um direito fundamental constitucionalmente garantido, não há que se falar em desigualdades, separação de poderes, princípio da reserva do possível, ela deve ser garantida por todas as esferas governamentais, pois sua efetivação é imprescindível para a dignidade da pessoa humana.

Concluiu-se, assim que o ativismo judicial trabalha de forma ampla e intensa no sentido em concretizar a saúde, se sua atuação for desenvolvida de forma positiva e criteriosa, estará firmando o Estado democrático de direito, que assim pode-se superar as desigualdades almejando alcançar a justiça social, revelando-se tal postura um grande avanço na efetivação da saúde.

Defende-se assim, que enquanto não tiver outras medidas mais adequadas, mediante a inércia dos Poder Legislativo e Poder Judiciário, os pacientes que tenham interesse de usar o medicamento Canabidiol em seu tratamento contudo não possui meios financeiros a única saída e buscar tal solução no Judiciário.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Canabidiol é reclassificado como substância controlada. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/cidadao> > Acesso em: 23 set. 2015.

ANVISA. Como importar medicamentos controlados sem registro no país. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/cidadao>> Acesso em 06 out. 2015.

ANVISA. Registro de Medicamentos: Como a Anvisa avalia o registro de medicamentos novos no Brasil. Disponível em: <https://www.anvisa.gov.br/medicamentos/registro/registro_novos.htm> Acesso em 06 out. 2015.

BARROSO. L.R.. Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática. Disponível em: < www.oab.org.br/editora/revista/users/.../1235066670174218181901.pdf> Acesso em: 02 nov. 2015.

BATISTA, N.. Política criminal com derramamento de sangue. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. São Paulo, 1997. Apud CABRIOLI, J.V. Modelos político-criminais alternativos ao proibicionismo às drogas. Franca: Unesp, 2014.76f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito). Faculdade de ciências humanas e sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Franca.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Aprova o Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf> Acesso em: 12 jul. 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm> Acesso em 10 ago. 2015.

BRASIL. Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm>. Acesso em 20 jul. de 2015.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm> Acesso em: 15 jun. de 2015.

BRASIL. Lei Nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.abic.com.br/publique/media/CONS_leg9782-99.pdf> Acesso em 04 out. 2015.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Distrito Federal, 2014. Disponível em: <http://www.prf.mpf.mp.br/imprensa/arquivos_noticias/acp-anvisa-canabinoides-pp-1066-2014.pdf> Acesso em 17 ago. 2015.

BRASIL. Superior Tribunal Regional Federal. Recurso Extraordinário. Posse de droga para consumo pessoal: (art. 28 da L. 11.343/06 - nova lei de drogas): natureza jurídica de crime. 1. O art. 1º da LICP - que se limita a estabelecer um critério que permite distinguir quando se está diante de um crime ou de uma contravenção - não obsta a que lei ordinária superveniente adote outros critérios gerais de distinção, ou estabeleça para determinado crime - como o fez o art. 28 da L. 11.343/06 - pena diversa da privação ou restrição da liberdade, a qual constitui somente uma das opções constitucionais passíveis de adoção pela lei incriminadora (CF/88, art. 5º, XLVI e XLVII). Recurso extraordinário julgado prejudicado. Relator Ministro Sepúlveda Pertence. Data de Julgamento: 13/02/2007.

BUENO, F.S.. A concretização do direito à saúde pelo poder judiciário: o caso de Anny Fischer. Brasília: Uniceub, 2014. 54f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito). Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília.

BURGIERMAN, D.R.; NUNES, A.. A verdade sobre a maconha. Super Interessante. ed. 179, ago. 2002. Disponível em: < <http://super.abril.com.br/ciencia/a-verdade-sobre-a-maconha>> Acesso em: 07 set. 2015.

CABRIOLI, J.V. Modelos político-criminais alternativos ao proibicionismo às drogas. Franca: Unesp, 2014.76f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito). Faculdade de ciências humanas e sociais da Universidade Estadual Paulista “J-lio de Mesquita Filho”. Franca.

CAPEZ, F.. Nova Lei de Tóxico - Das modificações legais relativas à figura do usuário. Disponível em: <<http://www.oabsp.org.br/noticias/2006/12/07/3962>> Acesso em 15 ago. 2015.

CARLINI, E. A. A história da maconha no Brasil. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852006000400008&script=sci_arttext> Acesso em 06 set. 2015. ISSN 1982-0208.

CARVALHO, S.de. A Política Criminal de Drogas no Brasil: Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/2006. ed. 7ª. São Paulo: Saraiva, 2014.

CONRAD, C.. Hemp: O Uso Medicinal e Nutricional da Maconha. 2011. Apud KAWA, Luciane. Cannabis Sativa - Tetrahydrocannabinol. 2014. Disponível em: <<http://professoralucianekawa.blogspot.com.br/2014/02/cannabis-sativa-tetrahydrocannabinol.html>> Acesso em 22 de ago. de 2015.

CONRAD, C.. *Hemp: O Uso Medicinal e Nutricional da Maconha*. 2011 apud BARRETO. L. A. A. S. *A maconha (Cannabis sativa) e seu valor terapêutico*. Brasília: Uniceub, 2002. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Ciências Biológicas). Centro Universitário de Brasília Faculdade de Ciências da Saúde.

Conselho Federal de Farmácia. *Rename*. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/pagina.php?id=140>> Acesso em: 01 nov. 2015.

DORETTO, M.C.. *Canabidiol e epilepsia: usar ou não usar?*. Disponível em: <http://www.vivacompilepsia.org/blog/?p=2414> Acesso em: 02 out. 2015.

FARIA, L.. *A saúde como direito fundamental social: Regime Jurídico-constitucional e exigibilidade judicial*. Revista Jurídica da Procuradoria Geral do Estado do Paraná, Curitiba, n.5, p.123-161, 2014.

FRANÇA, J. M. C. *História da maconha no Brasil*. São Paulo: Três Estrelas, 2015. 151 p.

GOÍAS. Tribunal de Justiça. Mandado de Segurança. Fornecimento de Medicamento. Cannabidiol. Eficácia da Prestação jurisdicional. Medida excepcional. Fornecimento de remédios. Necessidade. Urgência da segurança. 3ª Câmara Cível. Impetrante: Pedro Henrique Assunção de Pinho. Impetrado: Secretário da Saúde do Estado de Goiás. Relator: Desembargador Itamar de Lima. Goiânia, 27 de janeiro de 2015.

GOMES, L. F. et al. (Coord.). *Nova Lei de Drogas comentada artigo por artigo: Lei 11.343/2006, de 23.08.2006*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006. 320 p.

GRECO FILHO, V.. *Tóxicos: prevenção-repressão*. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2009. 456 p.

HISÓRIA do combate às drogas no Brasil. Em Discussão. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/iniciativas-do-governo-no-combate-as-drogas/historia-do-combate-as-drogas-no-brasil.aspx>> Acesso em 18 ago. 2015.

HUWERSTTON, H.. *O direito à saúde e a teoria dos direitos fundamentais*. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/4839/o-direito-a-saude-no-brasil-e-a-teoria-dos-direitos-fundamentais> Acesso em: 30 out. 2015.

KUHN, T.. *A história da maconha, a droga mais polêmica do mundo*. Disponível em: <<http://psicodelia.org/noticias/a-historia-da-maconha-a-droga-mais-polemica-do-mundo>> Acesso em 30 ago. 2015.

LEAL, J. J.; RODRIGO, J.. *Controle penal das drogas: estudo dos crimes descritos na Lei 11.343/06*. Curitiba: ed. Juruá, 2010, 432 p.

LEMOS, C. et al. *Drogas: uma nova perspectiva: droga, perigo e criminalidade (a defesa social)*. São Paulo: IBCCRIM, 2014.

LEMOS, C.. Violência, Crime e Segurança Pública Tratamento compulsório: Droga, loucura e punição. Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 319-337, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/WINDOWS%20SEVEN/Downloads/15000-63274-2-PB.pdf> Acesso em 20 ago. 2015.

LENZA, P.. Direito Constitucional Esquemático. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

MARCÃO, R.. Tóxicos: Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006: lei de drogas. 10ª. ed. São Paulo. Saraiva, 2015. 524 p.

MENDONÇA, A. B. d.; CARVALHO, P. R. G. D. Lei de drogas: Lei 11.343, 23 de agosto de 2006 - Comentada artigo por artigo. 2. ed. . São Paulo: Método, 2008. 351 p.

NOVELINO. M.. Direito Constitucional. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2010.

O uso medicinal da maconha (Cannabis sativa). Disponível em: <<http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/3677/-1/o-uso-medicinal-da-maconha-cannabis-sativa.html>> Acesso em: 25 set. 2015.

OLIVEIRA JUNIOR, E.Q. Resolução permite o uso do canabidiol. Disponível em: <<http://eudesquintino.jusbrasil.com.br/artigos/146846434/resolucao-permite-o-uso-de-canabidiol>> Acesso em: 11 set. 2015.

OLIVEIRA, M.. Justiça autoriza importação de remédio derivado de maconha para criança com epilepsia. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2014/04/1435521-justica-autoriza-importacao-de-remedio-derivado-de-maconha-para-crianca-com-epilepsia.shtml>> Acesso em: 21 set. 2015.

PAULO, V.; ALEXANDRINHO, M.. Direito Constitucional descomplicado. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2012.

PRETEL, M.. O direito constitucional da saúde e o dever do Estado de fornecer medicamentos e tratamentos. Disponível em: <<http://www.oabsp.org.br/subs/santoanastacio/institucional/artigos/O-direito-constitucional-da-saude-e-o-dever-do>> Acesso em: 29 out. 2015

RASMUSSEN, B.. O que mudou nos países que decidiram regulamentar a maconha medicinal. Disponível em: <<http://www.hypeness.com.br/2015/07/quais-foram-os-impactos-do-uso-medicinal-da-maconha-nos-paises-que-o-legalizaram/>> Acesso em: 07 set. 2015.

ROSA, A.. Canabidiol ações judiciais cabíveis: Ônus Constitucional da União, Estados e Municípios. Disponível em: <<http://www.parkinsongoias.org/site/?p=151>> Acesso em: 04 nov. 2015.

ROSA, R.S.da. O usuário de drogas ilícitas e a legislação vigente: o novo entedimento dado aos usuários e dependentes de drogas ilícitas diante da legislação em vigor. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/4097/O-usuario-de-drogas-ilicitas-e-a-legislacao-vigente>> Acesso em: 18 ago. 2015

RUBINI, R.. Reclassificação pelo Acesso. Revide. Ribeirão Preto e região, ano29, n.7, Edição semanal 749, p.10-13, fev. 2015.

SALGUEIRO, Â.dos A.A. et al. Ordenações Filipinas on-line: Livro 5 Tit. 89: Que ninguém tenha em sua casa rosalgar, nem o venda nem outro material venenoso. [1998?]. Disponível em: <<http://www.ci.uc.pt/ihti/proj/filipinas/ordenacoes.htm>> Acesso em 03 ago. 2015.

SILVA, L.C.da. Judicialização da saúde: em busca de contenção saudável. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13182&revista_caderno=9> Acesso em: 01 nov. 2015.

SOBRINHO, W. P. Maconha: preço alto de remédio estimula o cultivo - Anvisa autorizou a entrada no Brasil do medicamento à base da erva, mas frasco sai a R\$ 1,7 mil, estimulando a produção caseira. Carta Capital. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/saude/cara-importacao-do-cannabidiol-movimenta-a-fabricacao-caseira-do-remedio-de-maconha-6133.html>> Acesso em: 26 out. 2015.

VALLE, G. H. M. D. V.; CAMARGO, J. M. P. Audiência Pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. Disponível em: <www.revistas.usp.br/rdisan/article/download/13220/15034> Acesso em: 03 nov. 2015.

VESPA, A.. Maconha pode ser usada no tratamento de Epilepsia, Câncer e até HIV. Disponível em: <<http://www.vilamulher.com.br/bem-estar/saude/maconha-pode-ser-usada-no-tratamento-de-epilepsia-cancer-e-ate-hiv-11-1-60-1007.html>> Acesso em: 13 set. 2015.

WERNER. P. U. P. O Direito Social e o Direito Público à Saúde - O Desafio de Compreender um direito com duas faces. Disponível em: <www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13119> Acesso em: 03 nov. 2015.