



Boletim Maconhabras

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE
DROGAS PSICOTRÓPICAS

Conselho editorial: Elisaldo A. Carlini, Graziella Rigueira Molska, Julino Soares Neto, Lucas de Oliveira Maia, Rafael Morato Zanatto e Renato Filev

Coordenação: Lucas de Oliveira Maia

Supervisão: E. A. Carlini

Contato: www.cebrid.com.br / cebrid.unifesp@gmail.com / maconhabras@gmail.com

Editorial – Sociedade organizada luta pela regulamentação da maconha medicinal no Brasil

Dois meses após a reclassificação do canabidiol (CBD) pela ANVISA, pacientes epiléticos refratários graves, por todo o país, continuam encontrando grandes dificuldades em ter acesso ao óleo rico em CBD para auxílio no controle de crises convulsivas, produzido a partir de espécies de *Cannabis* com altas concentrações deste canabinoide. Como o CBD ainda não existe na forma de um medicamento isolado, estando disponível somente em óleos ou extratos que possuem quantidades menores de outros canabinoides, a reclassificação em nada ajudou. Persistem as exigências burocráticas que demandam autorizações especiais, termos de responsabilidade, relatórios e receitas médicas muito difíceis de conseguir.

Por outro lado, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua resolução 2113 de 16/12/2014, limita a prescrição à neurologistas e psiquiatras somente para casos de crianças e adolescentes epiléticos refratários. Independente da resolução do conselho, a quase totalidade da classe médica brasileira desconhece o benefício medicinal da maconha, sem falar que faltam especialistas, tanto neurologistas quanto psiquiatras, em várias regiões do país. A Receita Federal, por sua vez, bloqueia a entrega do óleo no domicílio do paciente, forçando seus pais ou responsáveis a retirarem o produto em

aduanas de alguns aeroportos nacionais sob o risco de pagar imposto de importação e taxas de custódia. Neste cenário, ainda pesam as preocupações quanto à composição química, controle sanitário e procedência destes produtos importados.

Seria muito mais fácil se a produção do óleo rico em CBD fosse realizada no Brasil, com rigoroso controle de qualidade, tanto químico quanto sanitário, destinada a grupos de pacientes específicos, sob supervisão das autoridades. Além de

facilitar, ampliar o acesso e reduzir custos, uma produção nacional qualificada poderia incluir o óleo como prática terapêutica dentro do Sistema Público de Saúde.

Diante de tantas dificuldades aliadas à total indignação, familiares e pacientes, unidos através das redes sociais após ampla divulgação nacional dos bons resultados com o óleo, não só para o tratamento de epilepsia como também para outras doenças incapacitantes, fundaram a **Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal (AMA+ME)** em assembleia presencial realizada no Rio de Janeiro em dezembro/14. Hoje, a AMA+ME conta com 90 associados pacientes distribuídos em 14 estados de todas as regiões brasileiras e luta para promover, garantir, consolidar e expandir a inclusão social e o respeito aos direitos humanos para todos os pacientes que precisam de maconha medicinal.

Representados, nossos associados poderão cobrar, tanto do poder público quanto do CFM, agilidade para solução de todos os entraves, legais, burocráticos e médicos, para acesso emergencial aos produtos importados. Poderão, também, fomentar a possível produção nacional com qualidade além de informar a classe médica e a sociedade sobre os benefícios da maconha medicinal. Neste sentido, a diretoria médico-científica da AMA+ME conduz, com metodologia e rigor científico, um estudo observacional relacionado aos 70 associados epiléticos incluídos 18 adultos. Deste total, 51 são usuários de algum óleo rico em CBD e 19 aguardam ansiosamente. Os resultados preliminares deste estudo evidenciam expressiva redução no número e intensidade das crises convulsivas. 62,5% dos usuários deixaram de comparecer à serviços de urgência e emergência para socorro a *status epilepticus* (crises convulsivas contínuas com elevado risco de morte por insuficiência respiratória). Além de redução significativa do risco de morrer, esse dado favorece o Estado e as operadoras de planos de saúde que poderão gastar menos recursos financeiros em atendimento de urgência e emergência.

A AMA+ME, assim como outras associações de pacientes com fins semelhantes que começam a surgir no país, está somente iniciando sua jornada em prol da regulamentação da maconha medicinal no Brasil.

Este editorial foi escrito, a convite, por Leandro Ramires, diretor médico-científico da AMA+ME.

Nesta edição:

Pacientes e médicos buscam a maconha medicinal

2

Medicamentos e formas de uso

2

Acesso ao CBD: a velha luta pelo direito dos pacientes

3

Estudo compara efeito de extrato e CBD puro

4

A fitoterapia e a indústria: histórico de um combate desleal

5

Formação e informação: pacientes e médicos feito cegos em tiroteio

Por *Lucas Maia*

Com a recente popularização da maconha medicinal, o CEBRID tem recebido muitas cartas de pacientes em busca de tratamento com canabinoides. Dentre os relatos, destacam-se: casos de **câncer**, onde a maconha possui um pronunciado efeito no controle de náuseas e vômitos provocados pela quimioterapia; **dor crônica**, oriunda principalmente de neuropatias e também do câncer – diversos estudos evidenciam os efeitos analgésicos dos canabinoides, tanto do delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) quanto do canabidiol (CBD), que muitas vezes podem reduzir a dose ou até mesmo substituir o uso de morfina, uma substância sabidamente com potencial de dependência e efeitos adversos superiores aos do THC; **epilepsia**, na qual o uso do CBD tem se mostrado altamente seguro e eficaz (ver [revisão](#) no boletim nº2); **esclerose múltipla**, para o controle de espasmos musculares e dor neuropática; **doença de parkinson**, pesquisas recentes têm mostrado resultados promissores do CBD sobre os sintomas motores; e condições menos comuns, incluindo um caso de **amiloiose** – condição que provoca dor neuropática gerada pelo acúmulo amiloide nos tecidos – e um caso de **blefaroespasma**, patologia que causa o fechamento involuntário das pálpebras oculares, levando à cegueira funcional – para responder esta carta encontramos um [relato de caso](#) demonstrando que o tratamento com *dronabinol* (THC sintético) reduziu a intensidade dos sintomas (em escala numérica) de 10 para 3, promovendo uma considerável melhora na qualidade de vida da paciente, sem haver efeitos adversos após o ajuste da dose.

Para além dos efeitos terapêuticos dos canabinoides, os principais questionamentos nas cartas recebidas pelo CEBRID se

referem ao modo de ter acesso aos produtos derivados de maconha. Embora a ANVISA tenha reclassificado o CBD este ano, passando de substância proscrita para substância controlada, e venha buscando [facilitar](#) o processo de importação dos extratos de maconha ricos em CBD, permanece praticamente inviável a obtenção legal desses produtos, conforme abordado no editorial deste boletim. Além do mais, infelizmente percebe-se uma grande dificuldade em encontrar médicos capacitados e dispostos a prescrever medicamentos derivados da maconha. Muitos podem ser os motivos deste quadro, mas destacamos aqui a total ausência do tema na formação médica brasileira; as restrições impostas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em sua [resolução](#) nº 2.113/2014 sobre o uso do CBD, que limita a prescrição da substância a neurologistas, neurocirurgiões e psiquiatras, os quais precisam preencher um número excepcional de documentos, incluindo o cadastro especial do médico e do paciente no CFM, relatórios de acompanhamento, protocolo de utilização e termo de consentimento informado livre e esclarecido – burocracia desproporcional quando comparado a outros medicamentos controlados, os quais possuem riscos de administração superiores ao CBD. Vale ainda ressaltar que a resolução do CFM limita a prescrição a crianças e adolescentes com epilepsia refratária aos tratamentos convencionais, de forma que não contempla pacientes maiores de 18 anos e outras patologias em que os canabinoides mostram-se eficazes.

Diante deste quadro, o CEBRID está planejando, junto à Universidade de Washington (EUA), a realização de um curso online sobre o uso da maconha medicinal para o tratamento de variadas condições, voltado a profissionais de saúde. Aguardem notícias!

Cannabis: medicamentos e forma de uso

Por *Graziella Molska*

A *Cannabis* é constituída por inúmeros compostos ativos, os canabinoides, que possuem propriedades terapêuticas. Os canabinoides podem ser divididos em: fitocanabinoides, com ocorrência natural e de origem vegetal; e endocanabinoide, de origem natural (não vegetal) produzidos de maneira endógena por estímulos fisiológicos.

É possível encontrar produtos e preparações de origem sintética, natural e extratos vegetais comercializadas e utilizadas internacionalmente. O tetrahydrocannabinol (THC) possui versões sintéticas, o *dronabinol* (Marinol®) e o *nabilona* (Cesamet®), os quais podem agir ao se ligar nos receptores canabinoides tipo 1 (CB1), ativando-os. Ambos são utilizados para aliviar a náusea ocasionada pela quimioterapia em pacientes com câncer e aumentar o apetite de pacientes com anorexia. Sua venda é permitida nos Estados Unidos mediante prescrição médica e o custo médio do THC sintético (*drona-binol*) é de 2,20 dólares/mg.

Outro medicamento padronizado, comercializado na Holanda desde 2003, é o *Bedrocan*® indicado somente para vômitos causados pela quimioterapia, dor neuropática associada ao HIV/AIDS e perda de peso. Porém, estudos recentes demonstraram resultados relevantes para glaucoma, dor crônica e esclerose múltipla. Esta maconha padronizada pode ser fumada, vaporizada,

ou usada para preparar produtos co-mestíveis de base oleosa. A concentração de THC no *Bedrocan*® pode variar dependendo da forma de uso, por exemplo: de 14% para uso vaporizado até 24% para produção de extratos e de produtos comestíveis. O uso vaporizado é sugerido para maximizar a volatilização de compostos canabinoides, sem que produza boa parte de com-postos cancerígenos associados à combustão. Cada grama de *Bedrocan*® custa em média 7,5 dólares.

O *Sativex*® é produzido à base de *Cannabis*, a partir de duas cepas diferentes da planta e com a concentração controlada de THC e canabidiol (CBD). Este extrato é administrado pela via oral (spray), o que permite flexibilizar e individualizar a dose. Os pacientes usam o *Sativex*®, em média, cerca de 8-12 vezes por dia, o que equivale a uma dose de 20-30 mg/dia de THC e CBD. O custo, em média, de 10 ml de *Sativex*® contendo 243 mg de THC é de 185 dólares.

Os extratos padronizados com alta concentração de CBD reduzem as convulsões, sendo utilizado inclusive em crianças. Os extratos padronizados, atualmente, podem ser considerados como uma melhor opção de consumo devido ao custo, eficácia e garantia de qualidade.

Referência

Pamplona FA (2014). Quais são e pra que servem os medicamentos à base de Cannabis? *Revista da Biologia*. 13(1): 28-35.

Acesso ao CBD: a velha luta pelo direito dos pacientes

Por *Julino Soares*

A Organização Mundial da Saúde considera que o acesso a medicamentos é um indicador da evolução dos diretos à saúde. O Brasil vem implementando importantes políticas de acesso a medicamentos nos últimos anos, como a Política de Medicamentos Genéricos e o Programa Farmácia Popular, mas ainda enfrenta muitos desafios. Em parte, pelos altos custos dessas tecnologias de saúde, e por termos um sistema público de saúde que busca garantir o acesso universal e igualitário em um país continental¹.

Atualmente, com a popularização e aceitação do uso medicinal da maconha, muitos pacientes e familiares estão importando o canabidiol (CBD) para o tratamento de epilepsias na infância e adolescência refratárias às terapias convencionais. Segundo [dados oficiais](#), até janeiro de 2015, a ANVISA recebeu 374 pedidos de importação do CBD para uso pessoal ([dados do portal G1](#) informam que a agência já recebeu 696 pedidos até abril), e também irá analisar o primeiro pedido de registro de um medicamento no país com CBD. Na última semana, a ANVISA aprovou uma [resolução](#), que será publicada nos próximos dias, para diminuir as dificuldades de importação de produtos à base de canabidiol que permite, dentre outros, que associações de pacientes façam a intermediação das importações, na tentativa de reduzir os custos do processo de aquisição e transporte. De fato, o alto custo na aquisição do medicamento trouxe velhos problemas: o impacto na renda familiar ou a incapacidade de adquirir o produto.

Segundo informado pela paciente [Juliana Paolinelli](#), de Belo Horizonte (MG), “apenas uma seringa, contendo 10ml do *HempOil Hempmeds* custa US\$499,00 (R\$ 1.483,98), além dos impostos, taxas e despesas com despachantes aduaneiros”. Esses pacientes são crônicos, ou seja, precisam do medicamento por toda a vida e geralmente precisam de várias seringas por mês.

Ainda segundo Juliana: “tenho sequelas neurológicas graves, devido a uma espondilolistese congênita, operada duas vezes, sem sucesso. A justiça me concedeu o direito de importar o Sativex, um extrato de maconha em spray contendo 2,7mg de THC e 2,5mg de CBD por borrifada, para tratar as dores neuropáticas e espasticidade, refratárias a todo tipo de medicação disponível no Brasil e no exterior. Mas de nada adianta uma decisão judicial no Brasil, se é preciso uma consulta para a prescrição de um médico no país de origem da importação para efetuar a compra. A única importadora que afirmou que poderia trazer o Sativex (3 frascos por U\$2,500.00) enviou um orçamento de U\$9,300.00 (R\$ 28.400,00 - inclui o medicamento mais as taxas). Como sustentar um tratamento tão oneroso? Um custo insustentável, totalmente fora da realidade econômica do país. A única

alternativa que pacientes como eu têm de conseguir se tratar é sendo desobedientes civis, uma vez que precisamos conseguir a maconha de forma ilegal, sujeitos a todo tipo de produto, sem nenhuma garantia de procedência ou qualidade”.

O Estado precisa considerar que um tratamento inadequado resulta em maiores danos à saúde e custos adicionais para as famílias e para o sistema de saúde. Por outro lado, os direitos conquistados na saúde, estabelecidas na Constituição Federal (1988) e ofertadas por meio do [Sistema Único de Saúde \(SUS\)](#), precisam ser construídos **coletivamente**. É importante resgatar as diversas experiências de lutas por [direitos sociais na saúde](#), para articular as ações efetivas em prol dos pacientes que precisam da maconha medicinal. O próprio [SUS é fruto de reivindicações sociais](#), do movimento de [Reforma Sanitária](#).

Assim, os pacientes e familiares precisam participar e/ou criar associações representativas e atuantes que defendam seus interesses. Estas associações podem participar ou reivindicar junto aos Conselhos de Saúde² ([CNS](#), [CONASS](#), [CONASEMS](#)), e estabelecer um canal de comunicação com os veículos de comunicação, assessores e políticos em todos os níveis da federação (fazer o corpo-a-corpo), e especialmente, articular pautas nacionais entre as associações.

Além do histórico médico, os pacientes também devem registrar todos os gastos e percursos na busca de atendimento e orientação, para ajudar a sustentar as suas reivindicações. Nesse sentido, os Movimentos Populares de Saúde, ou mesmo associação internacionais, podem contribuir com sua experiência. Como exemplo, duas importantes frentes que agregam associações com larga experiência é a dos pacientes vítimas da [talidomida](#) e pacientes portadores de [HIV](#) (luta por acesso aos medicamentos, dentre outros – [Enong](#)).

Certamente que, além do acesso ao medicamento, fazer com que o Estado reconheça as necessidades desses pacientes é ao mesmo tempo fortalecer os fundamentos do SUS, acima dos preconceitos e oposições sem legitimidade.

Gostaria de compartilhar relatos de sucesso, reclamações, iniciativas da sua associação? Envie suas experiências ao CEBRID!

Referências

- [1] Boing AC et al (2013). Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 29(4):691-701.
- [2] Gerschman S (2004). Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*. 20(6):1670-1681.

Tikum Olam - do hebraico: Reparar o mundo da injustiça social

Por Renato Filev

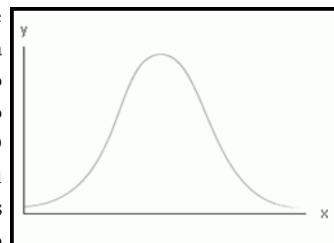
O Canabidiol (CBD), um dos componentes essenciais da maconha e suas potencialidades terapêuticas, vêm sendo investigados pela ciência contemporânea desde a década de 60. Seus efeitos anticonvulsivante, ansiolítico, antipsicótico, anti-inflamatório e analgésico foram estudados em todo mundo, inclusive no Brasil. Recentemente a capacidade do CBD em atenuar crises convulsivas foi tema de grande comoção e mobilização nacional, que culminou com a aprovação excepcional do uso terapêutico para casos de epilepsia refratária, aquela que não responde ao tratamento com os remédios das prateleiras de farmácias.

A resolução que aprovou o uso do canabinoide foi uma medida emergencial adotada pelas instancias regulatórias que se encontravam sob pressão popular. Essa decisão política desconsiderou o conhecimento acumulado ao longo de décadas sobre o uso médico dos canabinoides, que sequer incluiu as outras propriedades terapêuticas do CBD supracitadas. Restringiu o acesso pela faixa etária dos enfermos, que pela tal resolução não estão sendo contemplados epiléticos maiores de 18 anos. Negligenciou o fato dos extratos de maconha, que contém CBD e outros diversos componentes, serem usados amplamente como medicamento há cerca de 5 mil anos e que passaram a ser proibidos apenas no século 20. Tampouco levaram em conta que por todos esses anos a maconha nunca causou nenhum efeito colateral grave, como morte em decorrência do uso. As pesquisas biomédicas sobre o tema atestam que o único efeito colateral descrito do CBD até o presente momento é sonolência¹.

Atualmente, a discussão paira sobre os possíveis efeitos colaterais dos resíduos de THC, psicoativo da maconha, encontrados nestes fitoterápicos. A maior preocupação é que o medicamento dê “barato”. E com isso temem o abuso e a dependência, como se os anestésicos, emagrecedores, tranquilizantes, melhoradores cognitivos entre outros fármacos amplamente usados em medicina estivessem livres desses efeitos. Mantêm-se ainda um silêncio absoluto sobre os conhecidos efeitos terapêuticos do THC. Os conselhos e agências reguladoras buscam nas filigranas uma maneira de burocratizar e encarecer o acesso aos medicamentos que podem melhorar muito a qualidade de vida, funcionalidade, cognição, bem estar e sobrevida desses pacientes. Enquanto isso, muitos outros medicamentos permitidos matam por ano centenas de milhares de pessoas ao redor do mundo, mesmo submetidos a rigorosos estudos clínicos anteriores a comercialização². As autoridades alegam que não existe um estudo de longo prazo com a substância, que tem ação anticonvulsiva relatada desde 1839³. Acreditam ainda que esta deva ser a última opção de tratamento, ou seja, quando todos os outros anticonvulsivantes alopáticos não funcionarem, mesmo com seus danosos efeitos colaterais. Outros pesquisadores defendem a necessidade de restringir o acesso apenas à molécula isolada, fato improvável de se conseguir partindo de extratos oriundos da planta, mesmo que padronizados e purificados. O próprio CBD usado em pesquisas não atinge 100% de pureza.

Esse debate vem alimentando as hipóteses e incentivando pesquisadores a desenharem estudos que investigam o CBD “puro” versus extratos padronizados de variedades da planta que contenham altas concentrações do CBD além de outros canabinoides. Um estudo recente, publicado por pesquisadores de Israel, comparou estas duas formas de se apresentar o CBD. Uma com quase 100% de pureza contra o extrato de uma variedade de maconha, a Avidekel, que contém em sua composição aproximadamente 18% de CBD e 1% de THC. Este trabalho avaliou o efeito anti-inflamatório e anti-nociceptivo (componente biológico daquilo que consideramos dor) dessas drogas em um modelo de dor induzida em animais de laboratório⁴.

O que os pesquisadores encontraram foi que a forma purificada do CBD tem uma janela terapêutica curta, ou seja, a capacidade de proporcionar um efeito benéfico ao tratamento dos animais é restrita. Apenas uma única dose da substância isolada foi capaz de reduzir a inflamação e a nocicepção nos animais. A resposta da forma “pura” do CBD ficou restrita apenas à dose (5mg/kg), enquanto as concentrações menores (1mg/kg) ou maiores (25mg/kg e 50mg/kg) não apresentaram o efeito esperado. Este padrão é conhecido como dose resposta em formato de sino (ver gráfico ao lado) e é menos seguro para o enfoque clínico-terapêutico. O extrato, por sua vez, apresentou maior eficácia na diminuição dos parâmetros observados e o efeito foi dose-dependente, ou seja, quanto maior a dose maior o efeito terapêutico obtido. Os autores argumentam que este fato ocorre devido a um efeito presente não apenas na maconha, mas comum a outras fitoterapias.



O efeito comitiva, ou *entourage effect*, é o nome que se dá a resultante de efeitos causados pelas diversas moléculas presentes no extrato. Estas atuam de maneira conjunta proporcionando uma ação sinérgica que produz um efeito final. Os autores ainda afirmam que a diversidade de moléculas presentes no extrato permite com que o princípio ativo, CBD, seja usado em menor quantidade a fim de se obter o efeito desejado. A superioridade encontrada no extrato de maconha versus o CBD purificado dá indícios de que as próprias avaliações científicas que estudam os efeitos da molécula podem estar mascaradas por este fato. Se os israelenses estiverem certos os benefícios dos compostos naturais presentes na planta atuando em comitiva são maiores e mais efetivos do que o CBD isolado.

Referências

- [1] Bergamaschi et al (2011) Safety and side effects of cannabidiol, a Cannabis sativa constituent. *Curr Drug Saf.* 6(4):237-49.
- [2] http://medicalmarijuana.procon.org/view_resource.php?resourceID=000145
- [3] O'Shaughnessy WB (1839). Case of Tetanus, Cured by a Preparation of Hemp (the *Cannabis indica*). *Transactions of the Medical and Physical Society of Bengal* 8, 1838-40, 462-469.
- [4] Gallily et al (2015). Overcoming the Bell-Shaped Dose-Response of Cannabidiol by Using Cannabis Extract Enriched in Cannabidiol. *Scientific Research Vol.6 No.2.*

Por Rafael Morato Zanatto

Atualmente, muita tinta anda correndo na grande imprensa e em sites especializados sobre maconha, e como isenção não parece estar na pauta, um brinde à fitoterapia. Os temas são os mais variados, contudo, algo no cenário mudou com a reclassificação do CBD, pelo menos no âmbito das discussões. Podemos observar a presença de duas tendências fundamentais: a primeira ocupada em defender o CBD sintético, e a segunda, advoga obstinadamente pelas plantas, extratos e óleos que das distintas espécies são extraídos. Entre os defensores do composto sintético (CBD), comumente encontramos afirmações como “CBD não é maconha”, ou defendem a síntese “ao custo de alguns centavos”, mas fundamentalmente, empreendem o esforço de desqualificar as terapias tradicionais de 3.000 anos – que na verdade são cinco – para afirmar (com ar de obviedade) a atual, moderna.

Desta sugestão, podemos identificar do ponto de vista dialético a tese de que a modernidade suplantou a tradição. A ideia que sugere a ideologia do progresso (Kant), incorre pela vulgarização no erro em observar o processo histórico inscrito num *continuum* de prosperidade. Eis aqui nosso esforço inicial, apontar a existência de perdas significativas ao *progredir*, em outros termos, demonstrar como a medicina ocidental suplantou as terapias tradicionais, atirando plantas como a maconha na *lata de lixo da história* (Walter Benjamin).

O Professor Elisaldo Carlini afirma que uma das razões do “desuso médico da maconha foi provavelmente o não isolamento dos princípios ativos da maconha e o conseqüente uso de preparações brutas (extratos), cuja variabilidade química e deterioração com o tempo e luz faziam com que os efeitos clínicos fossem imprevisíveis”. Outra de “ordem legal e policial, com a associação do uso da maconha à degeneração psíquica, ao crime e a marginalização do indivíduo”. Desta constelação de fatores, podemos observar que a síntese química que substituiu os extratos significou o mesmo que substituir a economia natural pela monetária, ou seja, isolar os princípios ativos das substâncias significou criar uma padronização necessária que possibilitasse a produção em massa, sua conseqüente distribuição nos países recém-independentes e nas colônias de África e Ásia, formando um mercado consumidor de medicamentos estáveis em escala global. Mas para consolidar este projeto econômico, removeram paulatinamente os obstáculos, derrotando em um processo de 150 anos as terapias tradicionais, tendo como soldados obstinados médicos, farmacêuticos e dentistas. Aqui nos interessa os primeiros.

Pensando na formação da classe médica no contexto brasileiro, Lilia Moritz Schwarcz afirma que até 1808, data da chegada da família real portuguesa, a maior parte da atividade médica no país era desenvolvida por curandeiros e herbalistas, herdeiros de conhecimentos africanos e indígenas, por práticos que tinham suas atividades fiscalizadas pelos cirurgiões mores do Reino. Práticos e proto-médicos não passavam de simples iniciantes, eram geralmente mestiços, analfabetos e cuja atuação não levava a qualquer posição de prestígio social. Os práticos constituíam pequena minoria no meio da multidão de curandeiros, parteiras, boticários, dentistas e sangradores que abundavam em vista da carência absoluta de médicos e cirurgiões (existiam 4 em todo o reino)”.
A partir de 1808 são implantados dois cursos médico-

cirúrgicos no Brasil, transformadas em Faculdades de Medicina, pelo decreto de 1832, que atribuiu às academias o direito de conceder os títulos de doutor em medicina, farmacêutico e parteiro. Os primeiros professores, transformados em doutores por decreto (1832) eram pardos e mestiços, aparentados aos primeiros barbeiros e sangradores, mas com a inserção de alunos de classe mais privilegiada foram *transformando o ambiente*, atraídos pela valorização social da profissão (Schwarcz).

Apesar disso, o exercício da medicina não era exclusivo dos médicos. Com a Proclamação da República, conta na redação da Carta Magna de 1891 a garantia do livre exercício de qualquer profissão moral, intelectual (visando excluir os privilégios de profissão). Sem amparo legal, os médicos atacavam as terapias tradicionais em sua imprensa médica. Schwarcz traz em destaque o artigo do Dr. José Ribeiro Couto, de 1902, publicado na revista *Brazil Médico*, onde o doutor denuncia que “o charlatanismo invade a profissão, reduz os nossos intelectuais médicos. Urge combatê-los com vigor. Fico por aqui”. A autora entende que para os médicos, na conformação de uma identidade de grupo, curandeiros, práticos e herbalistas surgiam como inimigos necessários, já que, ao apontar o *outro, curandeiro*, melhor se reconhecia o *nós, médicos*.

Se em 1891 nossa Carta Magna garantia o livre exercício de qualquer profissão moral, intelectual (visando excluir os privilégios de profissão), o Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 criminalizam as terapias tradicionais, configurando como “exercício ilegal da medicina, arte dentária e farmacêutica” o charlatanismo e o curandeirismo.

A promulgação da proibição da maconha e da prática ilegal da medicina entre o final da década de 1930 e 1940 foi um golpe fatal que suplantou tanto o uso medicinal da maconha quanto dos fitoterápicos, após décadas de campanhas publicitárias em jornais e revistas de variedades e disseminação ideológica nas revistas especializadas, removeram os últimos obstáculos para o acelerado desenvolvimento dos mercados de medicamentos e monopólio das práticas de cura segundo o paradigma da medicina ocidental adaptado à realidade nacional.

Um dado que coaduna com nossas afirmações pode ser observado na Revisão Criminal nº 767, datada de 1943, sob a responsabilidade do Desembargador Ademar Tavaves. O processo analisou o caso de Raimundo Clemente dos Santos, consertador de caixotes de profissão flagrado e preso na posse de 25 cigarros de feitura ordinária. Em sua apelação o réu questiona porque a ele não cabia o direito de vender a diamba, ao passo que nas farmácias sua venda permanecia livre, na forma das cigarrilhas *Grimault*, importadas da França. Seu argumento foi sumariamente desconsiderado, mas hoje nos fornece a impressão de que no contexto, importava menos a substância do que a consolidação do mercado de substâncias laboratoriais, atreladas à consolidação de seus representantes, os médicos.

Paul Feyerabend no livro *A ciência em uma sociedade livre* dedicou-se a questionar a predominância lógica e da racionalidade determinista na Filosofia da Ciência, ao substituir os saberes tradicionais. Segundo ele, nunca houve qualquer competição justa entre todo o complexo de ideias e os mitos, as religiões e os procedimentos das sociedades não ocidentais. Esses mitos, religiões e procedimentos desapareceram ou deterioraram não porque a ciência era melhor, mas porque os apóstolos da ciência eram os conquistadores mais determinados e porque suprimiram materialmente os portadores de culturas alternativas. Não houve

Medicina e proibicionismo

A fitoterapia e a indústria: histórico de um combate desleal

qualquer pesquisa, qualquer comparação objetiva de métodos e realizações. Houve colonização e supressão das ideias das tribos e nações colonizadas. As ideias foram substituídas, primeiro, pela religião do amor fraternal e, depois, pela religião da ciência. Alguns poucos cientistas estudaram as ideologias tribais, mas, por serem preconceituosos e insuficientemente preparados, foram incapazes de encontrar qualquer evidências de superioridade ou mesmo de igualdade (ou a teriam omitido se tivessem encontrado). Uma vez mais a superioridade da ciência não é resultado de pesquisas ou argumentos, mas de pressões políticas, institucionais e até militares. Feyerabend usa como exemplo histórico a medicina praticada na China: A China foi um dos poucos países que escapou da dominação intelectual do ocidente até o século XIX. No começo do século XX, uma nova geração, cansada das velhas tradições e das restrições nela implícitas e impressionada com a superioridade material e intelectual do ocidente, importou a ciência. Esta logo conseguiu marginalizar todos os elementos tradicionais. “A medicina herbórea, a acupuntura, a moxibustão, a dualidade yin/yang, a teoria do chi foram ridicularizadas e retiradas das escolas e hospitais, e a medicina ocidental foi considerada o único procedimento sensato”.

A atitude perdurou até 1954, quando o Partido Comunista, percebendo a necessidade de supervisão política de cientistas, ordenou que a medicina tradicional voltasse para os hospitais e universidades. A ordem restaurou a livre competição entre a Ciência e a Medicina tradicional. “Agora (1970) descobrimos que a medicina tradicional possui métodos de diagnóstico e de terapia que são superiores aqueles da medicina ocidental. Descobertas semelhantes foram feitas por aqueles que compararam as medicinas tribais com a ciência. A lição a ser aprendida é que ideologias, práticas, teorias e tradições não científicas podem se tornar rivais poderosos e também revelar deficiências importantes da ciência se lhes for dada uma justa oportunidade para competir”. No momento, fragmentos deste passado encontram-se presentes na contenda em que envolve os sintéticos e os produtos naturais para orientar o uso medicinal dos princípios ativos da maconha.

Em trabalho de 2011, Ethan Russo demonstrou que terpenóides (encontrados em óleos de essências e resinas vegetais) de maconha, como o limoneno, mirceno, linalol, fitol, etc., exibem efeitos terapêuticos únicos que podem contribuir para os efeitos comitiva (*entourage effects*) de extratos medicinais à base de cannabis, no tratamento de dor, inflamação, depressão, ansiedade, dependência, epilepsia, cancro, infecções fúngicas e bacterianas, ampliando as possibilidades de novos produtos terapêuticos à base de cannabis. Sazzad Hossain, diretor científico da *Inmed Pharmaceuticals*, laboratório atualmente que desenvolve o extrato

de cannabis para o tratamento de glaucoma e dor nas articulações, compartilha da mesma opinião. Vale citar o caso do *Sativex*, da *G.W. Pharmaceuticals*, afirmou que as pesquisas partiram da combinação de trechos de linhagens de plantas gerados para produzir concentrações diferentes de THC e CBD. Eles descobriram que uma mistura de dois extratos – uma alta em THC e uma alta em CBD – apresentaram efeitos mais potentes sobre espasmos musculares de pacientes com Esclerose Múltipla (EM). Modelos animais têm demonstrado que o THC interage com os receptores CB1 para reduzir overexcitation em nervos e restabelecer algum controle muscular. Ao mesmo tempo, o CBD tem efeitos anti-inflamatórios significativos no cérebro, susceptíveis de ajudar a proteger a mielina dos ataques auto-imunes que são a base EM. Além disso, o CBD é acreditado para mitigar os efeitos psicotrópicos do THC. “Achamos que as combinações de compostos com propriedades diferentes é um caminho lógico para ir”, diz Wright da GW.

Enquanto isso, na periferia do capitalismo, patinamos nestas discussões entre o uso do sintético ou do natural. A largada foi dada, e no cenário estadunidense a *INSYS Therapeutics* (sintético) está agora em uma corrida com GW (natural) para obter através da produção de ensaios clínicos os sete anos de exclusividade de mercado oferecido pelo FDA – *US Food and Drug Administration*, no tratamento de doenças raras. Diante do enfrentamento econômico entre estas tendências, não podemos ignorar a superioridade dos compostos naturais sobre os sintéticos, de ordem terapêutica (Terpenóides, efeito comitiva, etc.), econômica (ausência de patentes) e social – um ínfimo reparo histórico da violência empreendida pela ideologia do progresso que ainda reina nas academias brasileiras. A fitoterapia ressurgiu das cinzas e reclama seu lugar!

Referências

- [1] Immanuel Kant. Ideia de história universal do ponto de vista cosmopolita.
- [2] Walter Benjamin. Sobre o conceito de história.
- [3] Elisaldo Araújo Carlini. “Maconha (Cannabis Sativa): mito e realidade, fatos e fantasia”.
- [4] Lilia Moritz Schwarcz. O Espetáculo das Raças.
- [5] SABINO Júnior, Vicente. Direito Penal.
- [6] Russo EB (2011). Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. *Br J Pharmacol*. 163 (7):1344-64.
- [7] Cannabis Biotech. As medical marijuana businesses set up shop across the U.S., a handful of companies are taking the pharmaceutical route, guiding cannabis-derived drugs through clinical trials. In *Science*. By Daniel Cossins | December 1, 2014

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS

Departamento de Medicina Preventiva

Escola Paulista de Medicina

Universidade Federal de São Paulo

Contato: maconhabras@gmail.com / cebrid.unifesp@gmail.com

CEBRID

**BOLETIM
MACONHABRAS**

curta nossa página no
Facebook

<http://fb.com/maconhabras>



O trabalho Boletim Maconhabras de CEBRID está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)