

Boletim Maconhabras

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE
DROGAS PSICOTRÓPICAS

Conselho editorial: E. A. Carlini, Graziella Molska, Lucas Maia, Rafael Zanatto e Renato Filev

Coordenação: Lucas Maia

Supervisão: E. A. Carlini

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

Editorial



Spray oral (Sativex®) contendo extratos de Cannabis ricos em delta-9-THC e CBD.

Nos últimos nove anos, estive hospitalizada por várias vezes, me submeti a inúmeros exames, usei muita morfina oral e intravenosa, associada a diversas outras medicações para dor e espasmos. Mesmo assim sofria com espasmos musculares e cólicas abdominais em crises intensas que duravam mais de 24 horas. Usei, durante 4 anos, uma bomba de infusão de morfina implantada no abdome, que liberava a droga continuamente na medula espinhal para tentar controlar a dor e os espasmos.

Era levada ao hospital contida, amarrada. O corpo todo chicoteava, os joelhos batiam na minha boca, ficava deitada no chão - porque senão era queda na certa - tamanha a agressividade dos espasmos. Náuseas, vômitos e confusão mental faziam parte do meu cotidiano. Só pra citar alguns sintomas. Passava as noites acordada, totalmente dopada, mas os movimentos involuntários violentos junto a dores lancinantes me impediam de dormir.

Tarefa complicada explicar para alguém saudável, o que é deitar e levantar sentindo-se mal todos os dias. Dores intensas pulsando pelo corpo, fadiga extrema e mesmo assim ter que "tocar a vida" da melhor maneira possível.

Tenho uma doença séria, incapacitante, sem um tratamento específico adequado até o momento. Conto apenas com tratamentos paliativos. Usei toda medicação analgésica e sintomática disponível no mercado brasileiro. Fiz todos os tipos de fisioterapia possíveis, acupuntura, dentre outras terapias adjuvantes e alternativas. A dor neuropática impõe um sofrimento desumano.

Consumo vários cigarros de maconha por dia como remédio, mas de origem duvidosa e desqualificada. Sou mãe de duas crianças, cuido delas sozinha e dependo de uma

medicação que, por enquanto, só consigo ilicitamente. Com a maconha fumada, procuro apenas diminuir a dor e encontrar um pouco de paz pra viver.

Durante todo esse tempo, eu lutei para sobreviver, agora eu quero viver. Tenho direito à saúde, à qualidade de vida, à dignidade. Cansei de sofrer preconceito da sociedade que simplesmente ignora a terapêutica com cannabis e julga, sem sequer imaginar o que seja uma dor neuropática.

Hoje, o que me resta é uma esperança imensa na possibilidade de me tratar satisfatoriamente com cannabis. De ter acesso à medicação adequada, seja através de medicamentos industrializados, seja por meio de uma maconha cultivada com qualidade medicinal. Esse tratamento é capaz de trazer alívio para o sofrimento de milhões de pessoas com doenças graves. Será que a maconha medicinal precisaria ser considerada como último recurso? Porque não podemos escolhê-la como uma alternativa inicial?

Mesmo conseguindo uma liminar na justiça autorizando a importação do Sativex, o processo burocrático é enorme e depende muito mais do que de uma decisão judicial.

Preciso de alívio de urgência, e que esse alívio seja contínuo e duradouro. Se a solução, ou pelo menos o amparo no sentido atenuante existe, não posso aceitar que meu acesso à maconha medicinal seja negado.

A chave, portanto, está na regulamentação da cannabis medicinal, para que as pesquisas avancem sem burocracia e os benefícios cheguem sem mais delongas aos necessitados.

*Este editorial foi escrito, a convite, por **Juliana Paolinelli**, a primeira brasileira a obter autorização judicial para a importação do Sativex®.*

Nesta edição:

Epilepsia 2

Esclerose múltipla 3

Alterações cerebrais 4

Medicina e proibicionismo 5

Divulgação 6

Cannabis no tratamento da epilepsia

Por Lucas Maia

A revista científica *Epilepsia* publicou recentemente uma série especial de artigos sobre o uso da maconha, e especialmente do canabidiol (CBD), no tratamento da epilepsia. Os autores revisaram os estudos que avaliaram os efeitos anticonvulsivantes do CBD e fizeram uma análise sobre a segurança e a eficácia deste canabinoide^{1,2,3}.

Os primeiros estudos a respeito disso foram realizados pelo CEBRID na Escola Paulista de Medicina a partir da década de 70, liderados pelo professor Elisaldo Carlini. Evidenciou-se, então, os **efeitos benéficos** do CBD contra convulsões, primeiramente em ratos e mais tarde em pacientes com epilepsia^{4,5,6}. No estudo clínico principal, dos oito pacientes que receberam o tratamento com CBD (doses de 200 a 300 mg/dia durante 4 meses), quatro permaneceram livres de convulsões, três demonstraram uma melhora parcial e um não apresentou resposta. Em contraste, apenas um dos pacientes que recebeu placebo apresentou melhoras. Verificou-se também uma **ausência de toxicidade** do CBD, investigada por meio de análises de sangue, urina, atividade elétrica cardíaca e cerebral (ECG e EEG), exames clínicos e neurológicos. **Sonolência** foi o único efeito adverso relatado. Porém, apesar dos resultados promissores, limitações metodológicas como o número reduzido de pacientes nestes estudos restringem a extrapolação dos resultados para a população em geral.

Apenas outros dois estudos clínicos foram encontrados, publicados em 1986 e 1990. Em ambos não houve efeito do tratamento com CBD. Entretanto, um deles trata-se de uma carta ao editor, e outro um resumo apresentado em congresso, de forma que dados e detalhes divulgados foram considerados incompletos, colocando em dúvida a confiabilidade dos resultados.

Mais recentemente, um levantamento realizado nos EUA investigou o uso de linhagens de *Cannabis* spp. ricas em CBD utilizadas no tratamento de crianças com epilepsias refratárias, principalmente a **Síndrome de Dravet**⁷. Dos 19 pais que responderam à pesquisa, 53% relataram uma redução maior que 80% na frequência das convulsões; e 11% das crianças não apresentaram crises convulsivas durante os três meses de acompanhamento. Os pais reportaram ainda uma melhora no **estado de alerta** das crianças e não foram relatados **efeitos adversos** graves, embora alguns tenham observado sonolência e cansaço.

Embora estes dados sejam animadores, um dos principais desafios no uso terapêutico de extratos de maconha para a epilepsia é entender os motivos da **variabilidade** nos resultados, o que pode estar relacionado com a própria complexidade da planta. A *Cannabis* spp. contém cerca de 489 constituintes conhecidos, dentre os quais diversos possuem potencial efeito sobre o sistema nervoso central. A concentração variável dos diferentes compostos adiciona uma dificuldade a mais no uso medicinal da planta como um todo, uma questão que divide pacientes – que frente aos impeditivos burocráticos e econômicos impostos pela

legislação atual estão impossibilitados de importar os medicamentos – e médicos, preocupados com a variabilidade e segurança dos efeitos, principalmente em relação às **extrações caseiras**. Embora a maconha seja utilizada na medicina popular há milênios – os primeiros registros datam de 2700 a.C. na farmacopeia chinesa *Pen Ts'ao Ching* –, sem haver relatos de mortes por intoxicação, a ocorrência de reações adversas aumenta na medida em que se eleva a concentração de princípios ativos, especialmente o delta-9-tetraidrocanabinol (delta-9-THC). A produção caseira, que na maior parte das vezes desconhece as concentrações de canabinoides nos extratos, pode estar sujeita ao risco de **sobredosagem**. Recentemente, alguns casos de intoxicações pediátricas foram relatados informalmente nos EUA, resultantes de extrações caseiras com manteiga¹.

A opção de se isolar um componente único responsável pelo efeito específico desejado, neste caso o CBD, pode ser clinicamente atraente. Entretanto, existem evidências de que o **efeito sinérgico** da ação conjunta dos diferentes canabinoides – o chamado “efeito comitiva” –, ao invés de uma única substância, pode ser responsável por efeitos antiepilépticos mais consistentes³, o que traz a necessidade de estudos que investiguem os efeitos da associação entre diferentes canabinoides.

Apesar disso, os estudos realizados até o momento demonstram a segurança e a eficácia do CBD, de forma que este pode ser o primeiro canabinoide a ser implementado no tratamento da epilepsia. Mas a necessidade de **estudos clínicos** controlados – especialmente estudos farmacocinéticos – se faz urgente, com o objetivo de determinar as doses ideais e identificar possíveis interações com drogas antiepilépticas e outros medicamentos que possam causar toxicidade ou diminuir a eficácia do tratamento com o CBD. Além do mais, não entendemos completamente os alvos através do qual este canabinoide, que possui uma vasta gama de ações, produz seus efeitos anticonvulsivantes. A identificação desses alvos pode produzir *insights* importantes sobre os mecanismos fisiológicos da epilepsia.

No entanto, as décadas de **proibição** deixaram as terapias derivadas da maconha em uma zona cinzenta que representa um desafio para a pesquisa e aplicação clínica dos canabinoides. Apesar disso, a crescente aceitação dos benefícios potenciais dos tratamentos com estes compostos, em muitos países, pode facilitar a abertura dos caminhos regulatórios, a fim de viabilizar a realização de estudos que poderão confirmar o potencial terapêutico dos canabinoides, provendo assim evidências científicas para o uso medicinal da *Cannabis*.

Referências:

- [1] Maa E (2014) *Epilepsia* 55(6):783-6; [2] Cilio MR *et al* (2014) *Epilepsia* 55(6):787-90; [3] Devinsky O *et al* (2014) *Epilepsia* 55(6):791-802; [4] Carlini EA *et al* (1975) *Res Commun Chem Pathol Pharmacol* 12(1):1-15; [5] Cunha JM *et al* (1980) *Pharmacology* 21(3):175-85; [6] Carlini EA (1981) *J Clin Pharmacol* 21:417-427; [7] Porter BE (2013) *Epilepsy Behav* 29(3):574-7.

Cannabis no tratamento da esclerose múltipla

Por Graziella Molska

Estudo clínico publicado recentemente no periódico *European Neurology* avaliou a eficácia, segurança e tolerabilidade do Nabiximols® (nome comercial do medicamento Sativex® nos EUA) em pacientes com esclerose múltipla (EM) pelo período de 12 meses. Este medicamento é um spray oral composto por dois extratos de *Cannabis sativa* L., um deles rico em delta-9-tetrahydrocannabinol (delta-9-THC) e outro em canabidiol (CBD), em proporções semelhantes (1:1). Este medicamento é uma opção terapêutica para os pacientes portadores de EM que apresentam **espasmos musculares** (espasticidade) moderados a grave e que não respondem adequadamente aos medicamentos convencionais.

A EM é uma doença crônica **neurodegenerativa** (ver figura abaixo) que afeta cerca de dois milhões de pessoas em todo o mundo. Cerca de 80% dos indivíduos com EM apresentam espasticidade, um sintoma incapacitante que ocorre de acordo com a progressão e a gravidade da doença.

Os resultados mostraram que a espasticidade média dos pacientes, avaliada por uma escala de classificação numérica, **diminuiu significativamente** de 6,0 para 4,8 pontos após um mês de tratamento; e manteve-se neste nível após 12 meses. Além da melhora na espasticidade, o tratamento com o medicamento canabinoide também mostrou efeitos benéficos

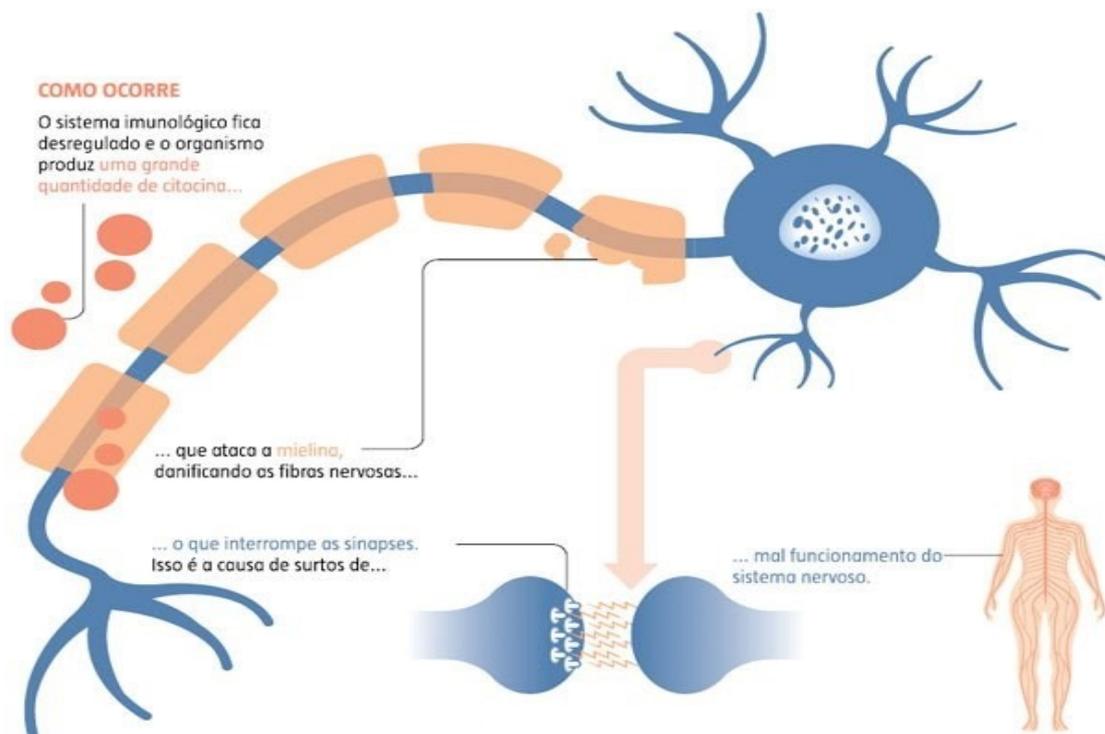
sobre o **sono e a qualidade de vida** dos pacientes ao longo do período do estudo. A maioria dos pacientes (84%) não relataram **efeitos adversos**, mas 16% dos pacientes relataram problemas gastrointestinais, e alguns casos isolados apresentaram distúrbios psiquiátricos (ansiedade e delírios persecutórios) e distúrbios do sistema nervoso central (tontura e dor de cabeça).

Contudo, o estudo apresenta algumas **limitações**, como o tamanho relativamente pequeno da amostra, que diminui o poder de extrapolação dos dados para a população em geral. Apesar disso, os resultados estão de acordo com estudos clínicos anteriores já descritos na literatura, o que apoia a **validade** dos resultados apresentados.

Assim, os resultados deste estudo confirmam os **efeitos terapêuticos** dos canabinoides – nomeadamente delta-9-THC e CBD – no **controle de espasmos** da esclerose múltipla em pacientes resistentes aos medicamentos convencionais, promovendo melhor qualidade de vida e sem apresentar efeitos adversos significativos.

Referência:

Flachenecker P *et al.* (2014). **Long-term effectiveness and safety of nabiximols (tetrahydrocannabinol/canabidiol oromucosal spray) in clinical practice.** *Eur Neurol* 72(1-2): 95-102.



Fonte: adaptado de Saúde Plena, S/A Estado de Minas (<http://bit.ly/1vqkWOP>)

Uso regular de maconha e alterações cerebrais

Por Renato Filev

Estudos em **neuroimagem** permitem visualizarmos o tamanho e delimitações dos núcleos cerebrais; o que ocorre no cérebro no momento da evocação de alguma memória ou quando alguma ação é realizada. Estas ferramentas são úteis tanto para diagnóstico de doenças do tecido nervoso quanto para a resolução de hipóteses criadas nas neurociências.

Diversos estudos buscam interpretar o que ocorre em cérebros de indivíduos com doenças neuropsiquiátricas e, através dessa ferramenta, conseguem visualizar alterações no cérebro de indivíduos que desenvolveram algum transtorno, como o **abuso de substâncias**.

A **maconha** é a droga ilícita de maior consumo no mundo e existem relatos que os humanos utilizam esta há pelo menos 10 mil anos. Em março de 2014 um grupo de pesquisadores suíços publicou na *Neuropsychopharmacology*, uma das revistas de grande prestígio do grupo Nature, um artigo intitulado: “*Long-Term Effects of Cannabis on Brain Structure*” que em tradução livre seria como – Efeitos de longo prazo da *Cannabis* sobre a estrutura cerebral.

Este artigo compara dois grupos de usuários de maconha, um ocasional com outro regular. No grupo ocasional os voluntários

Entendendo o cérebro

A **substância, matéria ou massa cinzenta** é a parte do tecido nervoso em que se localizam os corpos dos neurônios e células da glia. Costuma-se dizer que esta parte é responsável pelo controle motor, emoções, percepção sensorial e memória.

Já a **substância branca** é a parte do tecido nervoso que em sua composição estão essencialmente os axônios, partes dos neurônios condutoras dos impulsos nervosos, fazem a comunicação entre estas células e as adjacentes.

consumiram pelo menos um baseado nos últimos três meses e menos de um baseado por semana. Para o grupo regular foram incluídos aqueles que fumavam pelo menos dez baseados por mês.

Os voluntários foram colocados em um aparelho de ressonância magnética para avaliar a integridade das suas **estruturas cerebrais**. O que os autores afirmam ter encontrado foi uma diminuição no volume da **substância cinzenta** em certas estruturas cerebrais no grupo de usuários regulares quando comparados com os ocasionais.

Foi encontrada no grupo de consumidores regulares uma **diminuição bilateral**, ou seja, nos dois hemisférios cerebrais, do volume da substância cinzenta no polo temporal e no giro para-

hipocampal. Além de uma diminuição, apenas no hemisfério esquerdo, na insula e no córtex orbitofrontal. As primeiras relacionadas com processos motivacionais, emocionais e afetivos e a última com cognição e tomada de decisão. Além disso, os autores apontam que ocorreu um aumento da substância cinzenta no cerebelo de usuários da erva. O grupo assume que esta diminuição está atrelada com a quantidade de maconha consumida (dose-dependente) e a idade de início de uso, se agravando quando este for mais precoce.

O que foi pouco comentado na conclusão do estudo está acerca das suas **limitações**. Em nenhum momento os autores questionam qual o papel funcional efetivo que estas alterações provocam nos comportamentos dos indivíduos. Nenhum teste neuropsicológico foi realizado na tentativa de corroborar com as alterações morfológicas. Como por exemplo, avaliações de comportamentos impulsivos ou relacionado à tomada de decisão.

O cérebro é um órgão constituído por um tecido bastante **plástico**, ou seja, sofre alterações volumétricas (aumentos ou diminuições) em regiões específicas segundo os estímulos ambientais

que lhes é apresentado. Estas alterações morfológicas podem ocasionar alterações comportamentais e de conduta como também podem ser irrelevantes para o resultado final! Uma coisa não está diretamente relacionada com a outra.

Um exemplo da **ausência de correlação** entre alterações morfológicas cerebrais e o comportamento observado apresenta indícios neste mesmo estudo. Foi constatado um aumento da substância cinzenta no cerebelo dos usuários tanto regulares quanto ocasionais, porém fica difícil de imaginar que este aumento tenha proporcionado uma “melhora” na destreza ou um aumento no desempenho de equilíbrio destes voluntários. O que ocorre é que este aumento de substância cinzenta não apresenta um **resultado funcional** evidente. Da mesma forma podemos imaginar o contrário. A parte do resultado que aponta a diminuição do volume de matéria cinzenta em importantes regiões cerebrais nestes mesmos indivíduos pode não ser traduzida em déficits cognitivos ou comportamentais. Apenas com os resultados de imagem volumétrica, fica impossível prever que esta diminuição afeta a funcionalidade do tecido cerebral, que de acordo com sua plasticidade pode lançar mão de mecanismos compensatórios para esta finalidade, o que poderia tornar a evidência comportamental desta alteração imperceptível.

Outro fator de grande importância e aparentemente negligenciado pelos autores do estudo foi o **uso de álcool** significativamente diferente entre os dois grupos. Nos detalhes da publicação podemos observar que os indivíduos que consomem *Cannabis* regularmente usam até o dobro de álcool por semana do que os indivíduos do grupo controle e, além disso, existe um dos voluntários do grupo regular que consome até oito vezes mais álcool por semana que o grupo controle!

É conhecido pela literatura científica que o uso de álcool reduz o volume de substância cinzenta em diversas regiões cerebrais e que esta redução foi detectada por uma série de estudos com diferentes técnicas. Como sugestão de leitura: “*Alcohol and the human brain: a systematic review of different neuroimaging methods*”. Esta revisão permite questionar se no estudo em questão o uso de álcool, significativamente diferente entre os grupos, interferiu de forma relevante neste resultado. Curiosamente os autores apontam que o uso de álcool não foi considerado como uma variável de controle para os grupos experimentais: “*We included age, total brain volume (TBV, the sum of gray matter and white matter), and alcohol consumption as regressors of no interest to control for the effects of these variables.*” *

Sabendo que o álcool é um importante fator a ser controlada quando o interesse é observar a variação no volume de tecido cerebral, a proposição feita pelo grupo suíço torna-se equivocada, apontando a maconha como causadora exclusiva desta diminuição no volume de matéria cinzenta.

A importante lição que fica deste estudo é que mesmo proveniente de revistas confiáveis e laboratórios de primeiro mundo, existe uma **limitação metodológica** evidente que impede que a discussão dos resultados seja feita sob uma ótica tão abrangente. O leitor deve estar atento àquilo que os pesquisadores apontam como sendo o fator causador de alterações cerebrais e como as **variáveis de confusão** afetam na análise destes dados. Desta forma torna-se clara a opinião dos pesquisadores apresentada na conclusão do estudo, mas que por vezes desconsidera categoricamente evidências importantes e provocadoras de questionamentos sobre essa simplificação entre causa e efeito.

**Nós incluímos idade, volume total do cérebro (TBV, a soma das substâncias cinzenta e branca), e consumo de álcool como regressores sem interesse para o controle dos efeitos destas variáveis.*

Referência:

Battistella G *et al* (2014). **Long-term effects of cannabis on brain structure**. *Neuropsychopharmacology* 39:2041-8.

Medicina e proibicionismo: notas históricas de um discurso

Notas sobre As Toxicomanias do Após-Guerra (1945), de Roberval Cordeiro de Farias

Por Rafael Morato Zanatto

Nos trabalhos anteriores, demonstramos a fragilidade do procedimento científico adotado pelos médicos brasileiros no estudo dos efeitos maléficos da maconha, orientados por princípios eugênicos que viam na cura da mestiçagem o meio para eliminar a fratura de nossa integridade nacional, causa de nosso subdesenvolvimento. Hoje, querido leitor, a história é outra, o réu da vez é o Dr. Roberval Cordeiro de Farias, então Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde.

A guerra mal havia acabado e Farias já disseminava o pânico em solo nacional: é em épocas posteriores a guerras que a toxicomania costuma se disseminar entre os cidadãos, tão fragilizados psicologicamente pelas inúmeras mortes que ocasionaram e presenciaram cumprindo ordens. Embasando suas convicções, o Dr. Roberval lembrava aos cariocas em sua palestra no Rotary Clube que após a Guerra de Secessão (1860-64) o consumo de ópio e seus derivados disseminou-se entre os soldados e grande parte da sociedade, ficando conhecida como a “doença do exercito”. O mesmo teria ocorrido após a Guerra da Criméia e, é claro, após a I Guerra Mundial (1914-18), quando o uso da morfina, cocaína e heroína se espalhou por diversos países, inclusive no Brasil.

O Dr. Roberval destacava que os EUA era então o país mais ameaçado pelas toxicomanias, e que em julho de 1944 aprovaram a Lei Judd, onde decidiu não poupar esforços junto aos países produtores de papoula para que entrassem em um acordo quanto à limitação da produção de ópio e seus derivados, restringindo-os aos fins medicinais. O médico brasileiro importa o temor estadunidense, destacando que a superprodução da substância aumentaria o número de viciados entre nós, a partir da atividade de traficantes que diante da desorganização social decorrente da guerra, aliado ao relaxamento da fiscalização de entorpecentes nas zonas ocupadas e de beligerância. Estas hipóteses baseadas na experiência estrangeira forneciam-lhe os motivos para acreditar que os temíveis traficantes estavam preparados para inundar o mercado estadunidense com drogas derivadas da papoula, da coca e da maconha. Parece-me que estava ao mesmo tempo, dando corpo a ideia de inimigo interno, que corrói por dentro o *American Way Of Life*, do mesmo modo que os comunistas e suas ideias de igualdade.

Durante a guerra, estimavam que a produção de ópio fosse estimada em cerca de 2.650 toneladas, ao passo que as necessidades médicas da droga, no após guerra, não deveriam ir além de 440 toneladas anuais. O excedente seria desviado para os viciados, mas o doutor olvida que o aumento da produção de ópio decorre diretamente do aumento da demanda de seus derivados para atender os feridos no conflito, independente do lado que estavam lutando.

Com a retomada dos mandatos de Inglaterra e da Holanda nos territórios que dominavam no extremo Oriente, havia o interesse de proibir o ópio e de evitar o estabelecimento do monopólio governamental e o caso do México era alarmante, já que mesmo com a legislação proibitiva, o país continuava a atender a grande demanda recreativa dos EUA, em uma lista de exportadores liderados por Índia e Iran. O Dr. Farias relembra que os japoneses utilizaram o ópio como arma de guerra nos territórios ocupados na China, comentário este que lhe serviria para afirmar sua posição: “as drogas escravizam a humanidade”, e não custava lembrar que a “luta humanitária” da China contra o vício de entorpecentes, que havia reabilitado grandes porções da população fora totalmente anulada, sendo que não apenas os antigos “viciados” voltaram o uso, como também surgiram novos consumidores. Deveríamos, segundo Farias, encampar uma campanha de restrição e proibição de substâncias a partir da repressão dos que as negociam, porque segundo ele, “o sofredor da guerra não resistirá a tentação da oferta do entorpecente que lhe for feita e o traficante não deixará escapar a oportunidade”.

O combate ao ópio começou no Brasil quando, em 1921, as autoridades começaram a exercer uma campanha sistemática, da qual fizeram parte autoridades sanitárias e policiais para reprimir o uso recreativo de opiáceos. Dr. Cordeiro destacava que o Brasil apenas importava quantidades estritamente necessárias de medicamentos derivados da papoula, fazendo o país figurar entre os menores consumidores da América Latina. Era com orgulho que

ressaltava que a heroína, “o mais traiçoeiro dos entorpecentes”, não estava mais chegando ao país devido à interrupção de sua importação, e o uso da morfina estava declinando em razão de sua substituição pela codeína e dionina, substâncias “muito menos nocivas”, graças à campanha educativa direcionada a médicos e farmacêuticos. O mesmo ocorria com a cocaína. Essas conquistas, para Farias, derivavam da criação da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, em 1936, subordinada ao Ministério das Relações Exteriores, que no processo de globalização das políticas proibicionistas fez com que os brasileiros estabelecessem contato mais regular com o Comitê Central do Ópio da Liga das Nações.

Neste momento, não se tratava mais de vencer a fitoterapia, mas afirmar internacionalmente a classe médica brasileira, ilustrada mediante o diálogo e compasso com as questões em voga no mundo. Tratava-se de integrar a política proibicionista no interior do país e buscar, nos países desenvolvidos, modelos que aqui seriam adaptados a realidade nacional.

A Comissão de Entorpecentes tomou decisões importantes, como limitar a entrada de entorpecentes no território nacional pela Alfandega do Rio de Janeiro, o que imaginavam permitir maior controle sobre a importação e distribuição destas substâncias para o restante do país. Essa política resultou, ao contrário das previsões, na escassez de morfina para fins medicinais. O receituário médico deveria ser controlado com rigidez e a internação compulsória dos “toxicômanos” em estabelecimentos hospitalares era garantia, segundo o doutor, da rápida diminuição da toxicomania.

Afirmações estas tão pragmáticas quanto as afirmações que a maconha levava as pessoas a cometer vis assassinatos, pelo que podemos observar nos artigos médicos contemporâneos e imediatamente posteriores que em conjunto denunciavam a disseminação do “flagelo da humanidade” entre a casta branca da sociedade. O doutor assegurava que o maior foco de cultivo e consumo se encontrava nos estados da Bahia, Sergipe e Alagoas, na região do rio São Francisco e mais ao norte, nos estados do Piauí, Maranhão e Pará, mas assegurava que as autoridades sanitárias e policiais estavam trabalhando arduamente no combate a erva maldiva.

Com a guerra, em 1942 a Comissão de Entorpecentes estabeleceu “uma série de medidas, cercada de todas as garantias”, aprovadas no decreto-lei n. 4.720 de 21 de Dezembro de 1942, mas com o restabelecimento gradativo da importação de entorpecentes para fins medicinais, não se chegou a conceder qualquer autorização para o cultivo em solo nacional. É curioso notar que, no mesmo momento, os EUA produziram o filme *Hemp for Victory* (1942), ensinando aos agricultores do Kentucky e outros estados a cultivar maconha para a produção de cordames navais, já que a importação de juta havia sido interrompida com o controle do oceano Pacífico pelos japoneses.

Este procedimento foi de vantagem para a fiscalização do uso de tais substâncias no Brasil, dado o excesso de produção mundial do ópio existente nos nossos dias. Ao término da guerra, Farias alegremente anunciava que o Brasil voltava a importar, sendo que aqui não havia interesse pelo cultivo destas plantas. Estavam preparados para enfrentar “a avalanche de toxicômanos e os traficantes que tentarão disseminar o vício dos entorpecentes em nossa terra”. Todos juntos, autoridades policiais, aduaneiras, o corporativismo médico e farmacêutico, estavam a postos para evitar a “degeneração de nossa raça”. Com esperanças que a lei Judd provocasse o declínio da superprodução do ópio, “que em certos países era o ponto de partida para o tráfico e as toxicomanias. Só então poderá haver confiança de que finalmente se irá pôr um termo a este flagelo social, que tanto tem cooperado para a degradação da espécie humana”.

Em conjunto, as ideias presentes neste texto, como a apologia a lei Judd, era, em realidade, mais um mecanismo do governo estadunidense para legitimar qualquer intervenção militar em países produtores de papoula, tal qual ocorre hoje na Colômbia por conta do cultivo de Coca. A classe médica no momento parecia mais preocupada em defender a importação, ou seja, atender os interesses dos grandes laboratórios internacionais do que prezar pela construção de uma indústria nacional, o que reduziria os custos das terapias. Qualquer semelhança com o presente momento da política é mera coincidência. Só que não...

Divulgação

Vídeos do IV Simpósio Internacional da Cannabis Medicinal

O Grupo Maconhabras iniciou a divulgação dos vídeos dos **depoimentos**, **palestras** e **mesas redondas**.

Para acompanhar, "curta" a nossa [página](#) no Facebook ou inscreva-se no nosso [canal](#) no Youtube.

O primeiro vídeo apresenta a palestra do Prof. Dr. Elisaldo Carlini, sobre por que realizar um IV Simpósio da Cannabis Medicinal.

<http://youtu.be/70gIXhKuLeg>



Documentário ILEGAL

De um lado, uma menina de 5 anos com uma forma de epilepsia rara, grave e sem cura. Do outro, uma substância derivada da maconha que acaba com as convulsões da criança. Entre as duas, uma lei que torna o tratamento impossível. ILEGAL mostra a luta de uma mãe para garantir à sua filha o direito à saúde, e como seu exemplo deu origem a um movimento nacional pela legalização da cannabis medicinal. O documentário estreia dia **9 de Outubro** nos cinemas!



6ª Audiência Pública sobre Regulamentação da Maconha

Acontece no próximo dia 13 de outubro, das 9h às 16h, a sexta audiência pública sobre a regulamentação da maconha (Sugestão nº 8/2014), na Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH).

Endereço: Anexo II, Ala Senador Nilo Coelho, Plenário nº 2, Senado Federal

Esta audiência será interativa, com a possibilidade de participação popular. Interessados em participar com comentários ou perguntas podem fazê-lo por meio do Portal e-Cidadania (<http://bit.ly/audienciainterativa>) e do Alô Senado, através do número 0800 61 22 11.



Global Addiction 2014

Acontece, de **10 a 12 de novembro**, no Rio de Janeiro, a conferência anual da Associação Global sobre Adição.

Pela primeira vez no Brasil, a conferência discutirá diferentes aspectos sobre os impactos das adições, envolvendo: pacientes; sociedade; políticas e prevenção; neurobiologia; tratamento; saúde mental; entre outros.

Informações e inscrições: <http://www.globaladdiction.org/>



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](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)