



BOLETIM

Número: 6 - Maio/2017

MAÇONHABRÁS

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CONSELHO EDITORIAL: Elisaldo A. Carlini, Lucas de Oliveira Maia, Rafael Morato Zanatto e Renato Filev.

COORDENAÇÃO: Renato Filev. SUPERVISÃO: Elisaldo A. Carlini

CONTATO: maconhabras@gmail.com

ACESSE: www.cebrid.com.br www.facebook.com/maconhabras

Boletins anteriores: www.cebrid.com.br/boletins/maconhabras

NESTA EDIÇÃO

P. 2

EDITORIAL - V SIMPÓSIO INTERNACIONAL

"Maçanha: Outros Saberes colocará na mesa muitas verdades que até agora não foram evidenciadas claramente, retardando por mais de meio século a realidade, prejudicando milhares de cidadãos sofredores."

P. 3

EFEITOS DA MAÇONHA SOBRE A SAÚDE

"Hoje, diversos efeitos da cannabis, terapêuticos ou nocivos, já foram avaliados cientificamente. Apesar disso, o conhecimento científico é construído por meio do acúmulo de evidências, de modo que resultados contraditórios tendem a diminuir à medida que um fenômeno vai sendo mais bem estudado."

P. 6

REVISEM AS POLÍTICAS DE DROGAS

"Embora existam consequências negativas em decorrência do consumo da maconha, há um entendimento que as políticas que tornam a planta ilícita causam maiores danos aos usuários e à sociedade como um todo."

P. 7

DA UTOPIA À REALIDADE OU A IMPORTÂNCIA EM RECUPERAR AS PERDAS DO PROGREDIR

"O discurso em curso desde o início do século XX ganhou maior vitalidade e nas escolas de medicina, as terapias tradicionais à base de plantas passaram a ser tratadas na esfera da superstição e da ignorância dos mais pobres, carentes de cultura própria, assim como os consumidores de maconha."



V SIMPÓSIO INTERNACIONAL

MAÇONHA

OUTROS SABERES

LOCAL : TEATRO MARCOS LINDEMBERG - ED. ANFITEATROS (2º ANDAR)

RUA BOTUCATU, 862 - VILA CLEMENTINO, SÃO PAULO - SP

WWW.SIMPOSIOMACONHA.COM.BR

CEBRID
Centro Brasileiro de Informações
sobre Drogas Psicotrópicas

EDITORIAL - V SIMPÓSIO INTERNACIONAL - CANNABIS SATIVA L

*Por Elisaldo A. Carlini**

Lembro-me desde o primeiro da série. Foi em 1995, em Brasília, com apoio do então Ministro da Saúde Adib Jatene e de Luiz Mathias Flach, chefiando o ex-CONFEN (Conselho Federal de Entorpecentes) do Ministério da Justiça. O mote era a liberação do delta 9-Tetrahydrocannabinol sintético nos EUA para uso médico contra náusea e vômito produzidos pelos agentes anticancerígenos. Presentes estavam médicos, farmacêuticos, enfermeiros, profissionais de laboratórios farmacêuticos e agentes do Governo. Os médicos presentes, principalmente aquele que seria representante dos oncologistas, negaram que o delta 9-THC já tivesse efeito clínico aceitável ou fosse atóxico. Ficou então decidido que o pleito seria levado pela Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica ao Congresso Nacional de Oncologia no fim daquele ano. Isto nunca aconteceu. Fracasso!

Anos mais tarde, em 2005, novo ânimo e o CEBRID conseguiu propor para que o nosso Governo oficiasse a Assembleia Geral da ONU solicitando que a maconha fosse retirada da lista IV da Convenção da ONU de 1961, das substâncias proibidas por ser particularmente perigosa, por proposição (vergonha nossa) do representante brasileiro na Liga das Nações em 1924. A moção foi aprovada e deveria ser encaminhada à ONU pelo Ministério de Relações Exteriores do Brasil (Itamarati); mas isto não ocorreu e não sabemos o porquê. Foi o segundo fracasso.

Em 2010, achamos que havia surgido nova oportunidade, desta vez da própria ONU. Talvez pressionada por muitos países, aquela entidade internacional produziu uma diretriz autorizando os países que quisessem permitir o uso médico da maconha poderiam fazê-lo desde que fosse criada uma Agência Nacional da Cannabis Medicinal, baseada em uma outra diretiva que abordava o controle internacional da *Papaver somniferum* (Papoula-do-oriental). O CEBRID então organizou o III Simpósio da maconha. Muitas autoridades, pesquisadores e demais interessados aprovaram a Agência Brasileira da Cannabis Medicinal, mas este documento não foi levado à frente. Outro fracasso! Entretanto, para a surpresa de todos, descobriu-se que em 2006 já haviam sido aprovadas e estavam publicados no Diário Oficial da União uma lei (N.º 11.343, de 23 de agosto de 2006) e um decreto (N.º 5.912, de 27 de setembro de 2006) normatizando o uso medicinal da maconha; ou seja, a lei e o decreto eram letras mortas. Houve um período

de estupefação que paralisou todos os esforços.

Em 2014, novo esforço e o IV Simpósio sobre Cannabis foi realizado pelo CEBRID. Mudou-se a estratégia. Foi optado convidar pacientes que sofriam de doenças e que poderiam se beneficiar do tratamento com Cannabis. Médicos brasileiros e de outros países (Canadá, EUA e Reino Unido) então discutiram as apresentações. Foi um sucesso, com muita intervenção da assistência. Seguiu-se nos dias e semanas seguintes um envolvimento intenso da imprensa escrita, falada, além de programas de TV.

O Governo ficou pressionado e cercado de críticas; e como consequência, finalmente surgiu à aprovação de extratos de maconha enriquecidos com canabidiol para o tratamento de epilepsia resistente, sobretudo em crianças. Como dissemos, foi tal a emoção daqueles pacientes descrevendo seus sofrimentos sem poderem receber medicamentos à base de maconha que se apresentavam ativos no Exterior, conforme atestado pelos médicos estrangeiros presentes, que praticamente o Governo (diga-se ANVISA) realmente começou a estudar como aprovar o uso médico da maconha. E não tardou a surgir a Resolução n.º 130/2016 da ANVISA aprovando o uso sob receita médica do medicamento Mevatyl® lançado pelo Laboratório Ipsen, de origem francesa.

Vitória, finalmente, embora que ainda muito limitada: aprovação para esclerose múltipla e para dores. Estamos agora na vigência do V Simpósio Internacional, organizado pelo CEBRID, ligado ao Departamento de Medicina Preventiva (EPM/UNIFESP).

Este simpósio enfrenta a situação de que o conhecimento não pode ser apanágio de uma única especialidade, qualquer que seja ela, pois quando uma especialidade chega a dominar qualquer fatia do conhecimento hegemonicamente, a verdade muitas vezes é mascarada devido a outros interesses. É o que pode-ter-acontecido! A medicina tanto se declarou como a única verdade sobre a maconha que outros dizeres da sociologia, religião, justiça, educação, etc., não puderem valer seus argumentos na apaixonante tema maconha serem discutidos, ficando a verdade sobre a maconha distorcida por muito tempo.

Assim, Maconha: Outros Saberes colocará na mesa muitas verdades que até agora não foram evidenciadas claramente, retardando por mais de meio século a realidade, prejudicando milhares de cidadãos sofredores.

Espero sinceramente que a verdade sobre a maconha seja evidenciada neste V Simpósio, anulando mesmo a necessidade de ser organizado um sexto encontro no futuro...

* Diretor do CEBRID

EFEITOS DA MACONHA SOBRE A SAÚDE

Por Lucas de Oliveira Maia

Os efeitos da Cannabis spp. são experimentados e manipulados pelos seres humanos há milênios. No entanto, foi apenas a partir do século 19 que alguns dos efeitos da maconha começaram a ser testados empiricamente dentro do paradigma científico biomédico ocidental. Merecem destaque os trabalhos pioneiros do médico britânico William Brooke O'Shaughnessy, que viveu e trabalhou na Índia, onde publicou seus primeiros artigos acerca das aplicações médicas da cannabis. O'Shaughnessy descreveu diversos usos populares da cannabis na Índia e demonstrou algumas das suas propriedades medicinais, com destaque para o controle dos espasmos musculares causados pelo tétano.

Hoje, diversos efeitos da cannabis, terapêuticos ou nocivos, já foram avaliados cientificamente. Apesar disso, o conhecimento científico é construído por meio do acúmulo de evidências, de modo que resultados contraditórios tendem a diminuir à medida que um fenômeno vai sendo mais bem estudado. Nesse sentido, alguns efeitos da maconha já estão bem estabelecidos e validados cientificamente, enquanto outros – grande parte – carecem de mais estudos para que se possa afirmar com rigor que se trata de um efeito genuinamente gerado pela cannabis e seus constituintes químicos.

Recentemente, a Academia Nacional de Ciências, Engenharia e Medicina dos Estados Unidos, diante da regulação do uso médico e recreativo da maconha em grande parte do país, decidiu revisar os estudos disponíveis acerca dos seus efeitos sobre a saúde. Para isso, a entidade designou um comitê formado por 16 cientistas especializados em diferentes áreas da saúde, que analisaram cerca de dez mil estudos publicados entre 1999 e 2016, que paralisou todos os esforços.

O relatório final, publicado em janeiro de 2017 (Figura 1), dividiu as conclusões segundo efeitos terapêuticos e outros efeitos. Neste texto pretendo analisar e resumir o tocante sobre os efeitos terapêuticos, na qual se avaliou a eficácia da maconha e/ou dos canabinoides no tratamento de diversas condições de saúde com base nas evidências de estudos clínicos disponíveis. A segunda parte deste texto, a ser publicada na próxima edição do Boletim Maconhabras, irá tratar sobre os 'outros efeitos', abordando os possíveis efeitos nocivos à saúde.

As conclusões foram classificadas de acordo com o nível das evidências encontradas e o quanto estas evidências suportam a conclusão de que a cannabis ou os canabinoides oferecem um tratamento eficaz ou ineficaz para determinada condição de saúde (Tabela 1).

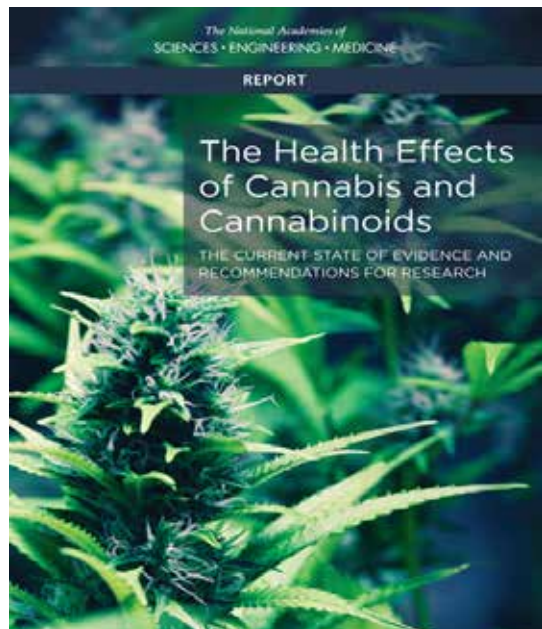


Figura 1. Capa do relatório (468 págs.).

Tabela 1. Definições dos Pesos das Evidências

Conclusivas: quando existem diversos estudos de boa qualidade cujos resultados apontam na mesma direção e não existem resultados contrários. Uma conclusão sólida pode ser feita, excluindo-se limitações, vieses e fatores de confusão.

Substanciais: quando existem diversos estudos de boa qualidade que apontam na mesma direção, com muito poucos resultados contrários. Uma conclusão sólida pode ser feita, contudo, mínimas limitações, vieses e fatores de confusão não podem ser descartados.

Moderadas: existem estudos de qualidade boa ou justa, cujos resultados apontam na mesma direção e existem muito poucos resultados contrários. Uma conclusão geral pode ser feita, mas limitações, vieses e confundidores não podem ser descartados.

Limitadas: existem estudos de qualidade justa apontando em uma direção ou resultados mistos, a maioria favorecendo uma conclusão. Uma conclusão pode ser tomada, porém há uma incerteza significativa devido a limitações, vieses e confundidores.

Inexistente ou insuficiente: existem achados mistos, apenas um estudo fraco, ou a condição de saúde em questão simplesmente não foi estudada até o momento. Não é possível fazer conclusões devido à incerteza substancial oriunda do acaso, vieses e fatores de confusão.

Foram encontradas evidências conclusivas ou substanciais de que a cannabis ou canabinoides são eficazes:

- Para o tratamento da dor crônica em adultos;
- Como antieméticos no tratamento da náusea e vômito induzidos pela quimioterapia;
- Para o controle de sintomas de espasticidade causados pela esclerose múltipla, de acordo com o relato dos pacientes.

Foram encontradas evidências moderadas de que a cannabis ou canabinoides são eficazes para:

- Melhorar parâmetros de sono em indivíduos com apneia obstrutiva do sono, fibromialgia, dor crônica e esclerose múltipla.

Foram encontradas evidências limitadas de que a cannabis ou canabinoides são eficazes para:

- Aumentar o apetite e diminuir a perda de peso associada à AIDS;
- Controlar sintomas de espasticidade causados pela esclerose múltipla, segundo medidas clínicas;
- Melhorar sintomas da Síndrome de Tourette;
- Melhorar sintomas de ansiedade, avaliados por meio de um teste de falar em público (canabidiol);
- Melhorar sintomas do transtorno de estresse pós-traumático.

Existem evidências limitadas de uma associação estatística entre canabinoides e:

- Melhor prognóstico (considerando mortalidade e incapacidade) após traumatismo craniano ou hemorragia intracranial.

Há evidências limitadas de que a cannabis ou canabinoides são ineficazes para:

- Melhorar sintomas associados à demência;
- Melhorar a pressão intraocular associada ao glaucoma;
- Reduzir sintomas depressivos em indivíduos com dor crônica ou esclerose múltipla.

Finalmente, não existem ou as evidências disponíveis são insuficientes para estabelecer conclusões sobre a eficácia/ineficácia da cannabis ou dos canabinoides no tratamento de:

- Cânceres, incluindo gliomas;
- Anorexia nervosa ou anorexia associada ao câncer;
- Sintomas da síndrome do intestino irritável;
- Epilepsia;
- Espasticidade em pacientes com paralisia devido à lesão da medula espinhal;
- Sintomas associados à esclerose lateral amiotrófica;
- Coréia ou certos sintomas neuropsiquiátricos associados à doença de Huntington;

- Sintomas motores associados à doença de Parkinson ou à discinesia induzida por levodopa;
- Distonia;
- Dependência de drogas (tratamento baseado em se atingir a abstinência);
- Parâmetros de saúde mental em indivíduos com esquizofrenia (canabidiol).

Algumas destas conclusões nos saltam aos olhos. Por exemplo, o efeito de estimulação do apetite e combate à perda de peso decorrente da AIDS é conhecido cientificamente há décadas e foi a principal indicação quando lançada a versão sintética do delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), o dronabinol. Outro uso terapêutico consideravelmente disseminado diz respeito ao glaucoma – condição para a qual as evidências encontradas no estudo sugerem uma ineficácia da cannabis para reduzir a pressão intraocular que se encontra elevada nesta enfermidade. Por fim, talvez o que mais chame a atenção é a epilepsia, tendo em vista o grande impacto social gerado pelas melhoras quase ‘milagrosas’ apresentadas por indivíduos (especialmente crianças) com síndromes epiléticas graves e resistentes aos medicamentos convencionais.

Cabe aqui discutir sobre a relevância e as limitações deste relatório. Sem dúvida o trabalho de reunir e analisar milhares de estudos sobre os efeitos da cannabis é louvável. A compilação de evidências científicas é de grande importância por possibilitar um embasamento do uso médico – a chamada “medicina baseada em evidências” – e para o desenvolvimento de políticas públicas sobre a regulação do uso medicinal da maconha.

No entanto, é importante considerar que as conclusões são baseadas nas evidências científicas disponíveis, as quais possuem as suas limitações. Por exemplo, no caso da epilepsia, as evidências anedóticas (informais) demonstram o grande potencial da cannabis/canabinoides no controle de convulsões. No entanto, simplesmente não foram publicados até a data de conclusão do relatório estudos clínicos controlados com um grande número de pacientes, de modo que se obtenha um resultado fidedigno. Semelhante ao caso do glaucoma. No exemplo da AIDS, não existem estudos que avaliaram os efeitos da planta como um todo sobre o apetite e o peso como parâmetros primários – os estudos disponíveis utilizaram o THC (dronabinol) isolado, de modo que o efeito sinérgico dos demais componentes da planta não foram avaliados e podem contribuir para os benefícios sobre o apetite/ganho de peso verificados por inúmeras pessoas.

Ou seja, faltam estudos. Isso acontece, em partes, devido aos diferentes obstáculos impostos à pesquisa com a maconha, principalmente por ela estar categorizada na Lista I das convenções internacionais que controlam substâncias psicotrópicas. A Lista I, o nível mais alto de restrição, define que as substâncias contidas nessa lista têm alto potencial de abuso e são desprovidas de potencial terapêutico. Essa lista inclui, além da maconha, drogas como heroína e cocaína. Essa classificação

impõe políticas e regulações restritivas sobre a pesquisa em relação aos efeitos da cannabis. Para além das barreiras regulatórias, limitações de financiamentos e de acesso à substância, além de inúmeros desafios metodológicos afetam a possibilidade de se desenvolver pesquisas robustas e abrangentes acerca dos efeitos da cannabis sobre a saúde, acarretando consequências a diversos sobre a saúde, acarretando consequências a diversos possíveis beneficiários destas pesquisas. Na ausência de uma agenda de pesquisas devidamente financiadas e apoiadas, se restringe que pacientes estejam cientes das opções de tratamento viáveis, que médicos estejam cientes e possam prescrever tratamentos eficazes, que os legisladores possam desenvolver políticas baseadas em evidências, e as organizações de saúde tenham uma base para rever suas políticas de cuidado. Em suma, estes obstáculos representam um atraso à saúde pública.

Desta maneira, o relatório traz uma série de recomendações para ampliar e melhorar a qualidade das pesquisas sobre a maconha, prover fundos e suporte às mesmas, e indicar as principais lacunas no conhecimento científico sobre os efeitos do uso da planta.

Referência:

¹ National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2017. The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research. Washington, DC: The National Academies Press. doi: 10.17226/24625

REVISEM AS POLÍTICAS DE DROGAS

Por Renato Filev

O uso da maconha não é inócuo e pode causar prejuízos. Dentre os efeitos colaterais principais de seu consumo há o risco de dependência, que pode vir acompanhado de síndrome de abstinência, e acometer cerca de 10% dos usuários; o prejuízo cognitivo e psicomotor em usuários crônicos que, embora controverso, é considerado relevante, sobretudo entre adolescentes; e a diminuição do limiar para induzir um surto psicótico, que em um organismo predisposto pode precipitar o aparecimento de um quadro esquizofrênico, sobretudo pelo uso de variedades com alto teor de THC 1. No entanto, ao contrário de diversos outros fármacos livres de prescrição, o consumo de maconha mesmo em excesso, nunca matou ninguém. Vale ressaltar que além dos eventos adversos a planta apresenta amplo potencial terapêutico para uma diversidade de doenças 2. Esse assunto foi apresentado no texto acima. Embora existam consequências negativas em decorrência do consumo das drogas, há um entendimento que as políticas que tornam as substâncias

ilícitas causam maiores danos aos usuários e à sociedade como um todo³. Pesquisadores de importantes centros de pesquisa como a Universidade McGill e Johns Hopkins e de periódicos como o British Medical Journal e Lancet se debruçaram em torno do tema e clamaram pela urgente reforma na atual política de drogas^{1,4,5}. Estes estudos mostram que os custos do enfrentamento aumentaram enquanto a demanda permaneceu estável ou aumentou. Ou seja, a proibição não conseguiu diminuir a produção, distribuição e uso das substâncias ilícitas, muito menos os problemas diretamente relacionados ao consumo das mesmas. Apenas tornou este comércio potencialmente danoso, mais perigoso e oneroso para a saúde pública. Usuários vêm sendo encarcerados ou afetados por outros problemas legais. Estima-se que 10% dos usuários podem ser presos por tráfico ao longo da vida. No Brasil, após a Lei 11.343/2006, que supostamente acabou com a punição de prisão para os usuários, ocorreu um aumento exponencial de crimes relacionados às drogas⁶. Um em cada quatro presos no país estão nesta situação por conta destes delitos. No mesmo período a população carcerária feminina aumentou em 567% onde duas em cada três presas estão apenas por tráfico⁶. Atualmente as

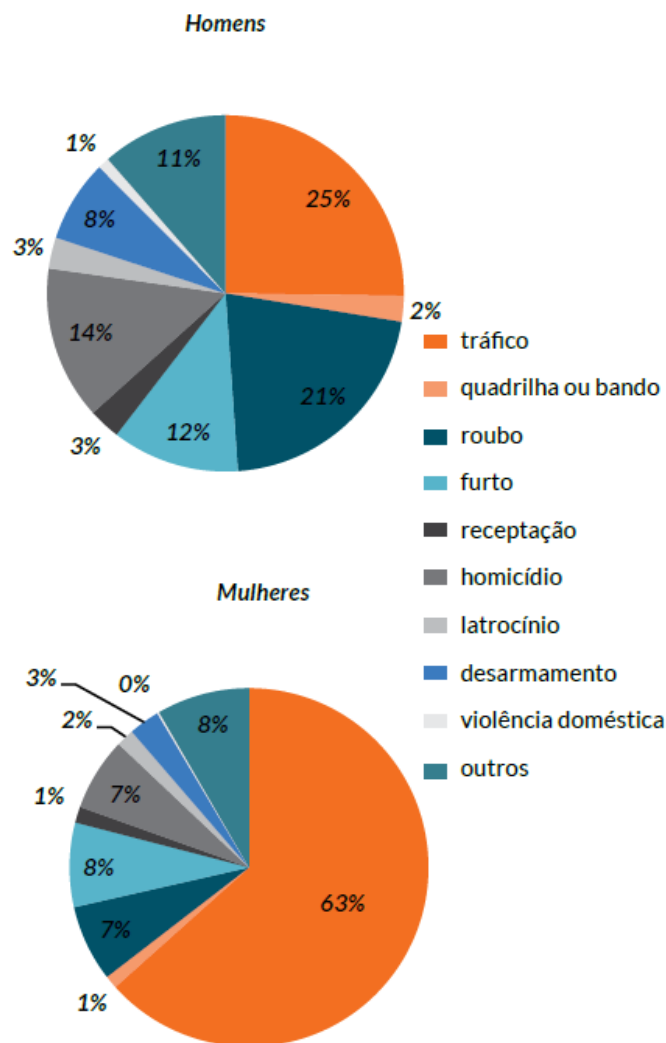


Gráfico 1 - Distribuição por gênero de crimes tentados/consumados das pessoas privadas de liberdade. Infopen, junho/2014

Outro efeito colateral grave dessa regulação é a violência relacionada à produção e distribuição de certas plantas ou substâncias. A premissa de um mundo livre de drogas vem encarcerando e matando há décadas. México, Filipinas, Brasil entre outros países empregam políticas de repressão ostensiva para lidar com o assunto. Enquanto a proporção de usuários problemáticos é pequena, o número de pessoas mortas nessa guerra cresce exponencialmente a partir das leis de coerção. Há uma semelhança aterradora quando se avalia o perfil de pessoas perseguidas por estas leis. Existe uma seletividade punitiva dentre aqueles que sofrem os reflexos desta guerra, em geral jovens, pobres e pretos. Estudos vêm mostrando que a maioria de presos ou mortos por tráfico não tinham associação com organizações criminosas, não estavam armados e portavam uma quantidade pequena de droga 7,8,9. Em suma, a política proibicionista vem sendo aplicada como uma lei discriminatória contra etnias não brancas e de baixo potencial econômico. Esse mercado paralelo, embora bastante rentável, é ilusório como forma de ascensão social. Raros são os exemplos de pessoas que enriqueceram por conta do varejo das drogas. Quem lucra de fato com este comércio não sofre as consequências da guerra. A proibição faz com que os vultosos lucros do consumo sejam monopolizados por empresários, políticos e banqueiros que arrecadam os bônus da inflação provocada pelo trânsito das substâncias proibidas de seu local de origem ao consumidor final. Este seletivo grupo lava dinheiro sem grandes intercorrências, mantendo-se blindados ao derramamento de sangue. Há um desperdício de recursos públicos em políticas que ferem os direitos humanos e não impedem o comércio ilegal de drogas, impossibilitam ainda que estes recursos sejam destinados às políticas de informação e prevenção, redução de danos e de atenção aos usuários problemáticos 10,11. Apenas estes breves argumentos torna clara a necessidade de revisão destas políticas. O discurso médico de que as drogas ilícitas viciam e por isso estão proibidas, sustenta a atual estratégia para lidar com algumas substâncias potencialmente danosas. A proibição que visa proteger a saúde pública, paradoxalmente, é a política que onera o bem jurídico por ela tutelado de maneira mais perversa. Por exemplo, o número de indivíduos que desenvolvem dependência de maconha é menor ou igual a outros comportamentos humanos como ingestão de alimentos, de drogas legais como o álcool, tabaco, benzodiazepínicos, anfetamínicos e opioides¹². Não enxergamos interesse do Estado em proibir pessoas de ingerir alimentos hipercalóricos mesmo sabendo o potencial risco de custo aos cofres públicos decorrentes deste comportamento. A relação entre o consumo de maconha e esquizofrenia também é controversa. O tamanho deste efeito é pequeno, estima-se que 9000 usuários que deveriam

parar de fumar maconha para prevenir apenas um único caso de esquizofrenia¹³. Em tempo, grupos de médicos, associados a equipes multidisciplinares, vêm buscando se redimir pedindo aos governos que reformem as leis de drogas 1,4,5. Até mesmo o Conselho Regional de Medicina de São Paulo, em 2016, emitiu um tímido parecer favorável à descriminalização ao porte de drogas para consumo pessoal¹⁴. É tempo de mudança! Resta saber se a nova lei de drogas terá os direitos humanos como premissa inabalável da sua elaboração.

Referências:

- 1- Leyton M (2016). Legalizing marijuana J Psychiatry Neurosci;41(2).
- 2- Pacher P, Kunos G. (2013). Modulating the endocannabinoid system in human health and disease-- successes and failures. FEBS J.;280(9):1918-43.
- 3- Nadelmann EA, Drug Prohibition in the United States: Costs, Consequences, and Alternatives, 5 Notre Dame J.L. Ethics & Pub. Pol'y 783 (2014).
- 4- Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Altice F, Balicki M, Buxton J, Cepeda J, Comfort M, Goosby E, Goulão J, Hart C, Kerr T, Lajous AM, Lewis S, Martin N, Mejía D, Camacho A, Mathieson D, Obot I, Ogunrombi A, Sherman S, Stone J, Vallath N, Vickerman P, Zábanský T, Beyrer C. (2016). Public health and international drug policy. Lancet. 387(10026):1427-80.
- 5- BMJ 2016;355:i6067
- 6- Infopen, junho/2014
- 7- Boiteux L (Coord) (2009). Relatório de Pesquisa "Tráfico de Drogas e Constituição". Universidade Federal do Rio de Janeiro/Universidade de Brasília. Rio de Janeiro/Brasília: Série Pensando o Direito.
- 8- NÚCLEO DE ESTUDOS DA VIOLÊNCIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Prisão Provisória e Lei de Drogas - Um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo. São Paulo: NEVUSP, 2011. Disponível em: <http://www.nevusp.org/downloads/down254.pdf>. Acessado em 17/04/2017
- 9- GOMES, MTU. (2014). Estudo técnico para sistematização de dados sobre informações do requisito objetivo da Lei 11.343/2006. Secretaria de Estado de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, Curitiba.
- 10- Miron JA. (2010). The Budgetary Implications of Drug Prohibition. Cambridge: Department of Economics; pp. 1-39.
- 11- Rolles S, Murkin G, Powell M, Kushlick D, Saunter N, Slater J. (2016). The Alternative World Drug Report, 2nd edition. Transform Drug Policy Foundation. www.countthecosts.org. Acessado em 17/04/2017.
- 12- Lopez-Quintero C, Pérez de los Cobos J, Hasin DS, Okuda M, Wang S, Grant BF, Blanco C. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Drug Alcohol Depend.;115(1-2):120-30.
- 13- Hickman M, Vickerman P, Macleod J, et al. If cannabis caused schizophrenia - How many cannabis users may need to be prevented in order to prevent one case of schizophrenia? England and Wales calculations. Addiction. 2009;104:1856-61.
- 14- <https://www.cremespo.org.br/?siteAcao=Noticias&id=4273>. Acessado em 17/04/2017.

DA UTOPIA A REALIDADE OU A IMPORTÂNCIA EM RECUPERAR AS PERDAS DO PROGREDIR.

Por Rafael Morato Zanatto

Em edições anteriores, discutimos alguns aspectos do discurso médico brasileiro e sua contribuição para a mitificação da maconha, ao associá-la à loucura, violência e degeneração sexual. Ao mesmo tempo, identificamos que a produção científica brasileira que estabeleceu resultados tão alijados da realidade com o fim de seguir a perspectiva hegemônica do período (1915-1960): a eugenia. Para os edificadores do projeto nacional, o povo brasileiro perderia sua cor, desbotaria e assim estaria mais próxima das raças mais elevadas e é claro, as práticas tradicionais de cura e prazer deveriam estar submetidas ao paradigma de sociedade que se pretendia importar. E assim começou a cruzada brasileira contra a maconha e as plantas medicinais. As ideias eugênicas no campo científico combateram as terapias tradicionais e facilitaram a adesão às terapias alopáticas e, ao mesmo tempo, criaram novos inimigos para legitimar o desenvolvimento de sistemas prisionais e manicomial. A investigação da metodologia científica adotada para a produção dos resultados basilares do proibicionismo demonstrou que o resultado era produzido antes mesmo da idealização do estudo, ou ainda, a partir da compilação de obras literárias, dicionários, textos de jornais e casos populares. Mas foram suficientes para estabelecer como conceito principal a relação entre a maconha e práticas criminosas. Mas nesse minúsculo pedaço da história da maconha no Brasil, o discurso médico e científico não foi unânime. Personagens como Jaime Regalo Pereira, José Ribeiro do Valle e Alceu Maynard Araújo ocuparam o campo oposto, nadaram contra a maré dos anos 1940/50 e produziram trabalhos sérios que hoje nos inspiram e que nos lançam adiante.

Os anos 1940 foi o grande palco de conferências e discussões proibicionistas cujos protagonistas foram, em sua maioria, médicos, juristas e autoridades policiais e políticas estabeleceram as bases da proibição da maconha ao desenvolver projetos iniciados na década anterior, como a Comissões Nacional e Estadual de Fiscalização de Entorpecentes (1936), contribuiu decisivamente para a ampliação do poder político e econômico de instituições manicomial, penais e jurídicas, ao ser forjado um acordo estabelecido majoritariamente entre especialistas de Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo ao final dos trabalhos da Convenção de Salvador (1946). Nesse contexto sombrio, é difícil acreditar que o trabalho



Cannabis Mas e Cannabis Foemina, Elizabeth Blackwell 'Herbarium Blackwellianum', 1757

maconha (1944), do Farmacologista Jaime Regalo Pereira, foi laureado por seus pares. No trabalho, Pereira analisa minuciosamente a história universal da maconha e seu consumo no Brasil, a partir da bibliografia disponível na época, como obras francesas, britânicas, compêndios, enciclopédias, jornais e revistas da época. No conjunto dos trabalhos brasileiros, o que distingue Pereira de seus contemporâneos é a ideia de que a maconha era a substância causadora de comportamentos criminosos, degenerações psíquicas e morais. Em suas conclusões, o Farmacólogo elimina essa tese, ao afirmar que os comportamentos atribuídos aos consumidores de maconha derivam dos fatores sociais envolvidos na constituição do indivíduo e com isso, afasta a hipótese de que a maconha era a responsável pelos considerados desvios de comportamento. O estudo foi tão importante que anos depois, a historiadora italiana Elizabeth Remini republicaria em seu *O Barato da História* o texto do brasileiro, que mais tarde, já aposentado, ministrou a ruidosa conferência *O Mito da Maconha*, promovida pelo Centro Acadêmico IX de Agosto, da Faculdade de Direito da USP (1958).

Outro pesquisador brasileiro a quem devemos prestar homenagem é o folclorista Alceu Maynard Araújo, professor da Escola de Sociologia e Política de São Paulo e muito reconhecido em seu campo de atuação. Na década de 1950, Araújo produziu o documentário *Maconha* (1953) publicou um apêndice sobre a planta em seu livro *Medicina Rústica* (1959), laureado com o prêmio da Companhia Editora Nacional (1961). Tanto no texto quanto no filme, Araújo procurou chamar a atenção para questões relacionadas ao folclore,

mas também ao uso médico, ao comércio ilegal, às canções e aos rituais de consumo em confraria. O documentário etnográfico foi exibido em conferências ministradas para médicos e cientistas com o intuito de desconstruir mitologias que cercavam não apenas o consumo da maconha, mas de fitoterápicos em geral. É sempre válido lembrar que nos anos 1940, ao lado do acirramento do proibicionismo, a lei de prática ilegal da medicina foi aprovada, desferindo forte golpe em curandeiros e herbalistas. O discurso em curso desde o início do século XX ganhou maior vitalidade e nas escolas de medicina, as terapias tradicionais à base de plantas passaram a ser tratadas na esfera da superstição e da ignorância dos mais pobres, “carentes de cultura própria”, assim como os consumidores de maconha. Nesse sentido, podemos dizer que a difusão das terapias alopáticas, o fortalecimento político dos setores médicos e consolidação do progresso enquanto mito dominante é indissociável da proibição da maconha, um poderoso fitoterápico do período. Araújo em sua cruzada contra a ignorância, mas também contra a má fé dos representantes da indústria farmacêutica e seus produtos sintetizados em laboratório, estabelece uma das mais importantes contribuições do período, ao tratar o problema pela lente das ciências sociais.

Na esfera dos estudos de plantas medicinais, ao lado de Pereira e Araújo, devemos ainda lembrar as contribuições de José Ribeiro do Valle, professor de Farmacologia da Escola Paulista de Medicina e pesquisador de plantas medicinais. Ao procurar suscitar o interesse de seus alunos, Ribeiro do Valle foi pioneiro ao remeter um pedido de recursos para a realização de uma pesquisa científica com

a maconha, desdobrando um projeto que havia sido idealizado para suscitar o interesse dos alunos pela medicina tradicional, ou seja, pelas plantas medicinais: “De fato, mais e mais alunos foram aparecendo, principalmente depois que levantei a importância da maconha (*Cannabis sativa*) e passei a estudá-la com eles. Isso foi em 1958/60, a maconha já despertava a atenção. No entanto, o projeto para prosseguimento do estudo que eu e Elisaldo Carlini redigimos para o National Institute of Health (NIH) foi recusado com a justificativa de que o tema não interessava. Não correram dez anos e o problema tornou-se de interesse mundial”. No início de 1970, o prof. Carlini passa a integrar os quadros profissionais da Escola Paulista de Medicina – EPM, ao desenvolver pesquisas sobre plantas medicinais que havia entrado em contato anos antes na escola com seu primeiro mentor, o Dr. José Ribeiro do Valle. Seguindo a trilha aberta por do Valle no estudo das plantas medicinais, entre elas a maconha, o autor inicia na EPM estudos experimentais sobre maconha (*Cannabis sativa* L.), produzindo com seu grupo nas décadas de 1970 e 1980 mais de 40 trabalhos científicos em revistas internacionais e que conferiu musculatura para a realização do I Simpósio Internacional de Cannabis Medicinal, realizado em 1994.

Apesar das iniciativas destes pesquisadores, o problema mundial da maconha chega até nós e carrega consigo o peso de vidas arruinadas, tragadas antes da hora. Pesquisadores como Jaime Regalo Pereira, Alceu Maynard Araújo e José Ribeiro do Valle são flores utópicas que desabrocharam no inverno, mas que hoje reivindicamos para apresentar a longevidade de nossa perspectiva no debate que ora se faz urgente!

USO MÉDICO DA CANNABIS NO TRATAMENTO DA DOR CRÔNICA



CURSO
ONLINE

www.cebrid.com.br/curso

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

Boletins anteriores: www.cebrid.com.br/boletins/maconhabras

O trabalho Boletim Maconhabrás de CEBRID está licenciado com uma Licença Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

