

**FACULDADE NOVA ESPERANÇA
NÚCLEO DE PESQUISA E EXTENSÃO ACADÊMICA - NUPEA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM BIOMEDICINA**

MATHEUS HENRIQUE FRANCISCO DE OLIVEIRA

O PARADOXO DA *CANNABIS SATIVA*: UMA REVISÃO NARRATIVA

Mossoró/RN

2020

MATHEUS HENRIQUE FRANCISCO DE OLIVEIRA

O PARADOXO DA *CANNABIS SATIVA*: UMA REVISÃO NARRATIVA

Monografia submetida à Faculdade Nova Esperança como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Bacharel em Biomedicina, sob a orientação da Profa. Mestra Jamile Rodrigues Cosme de Holanda.

Mossoró/RN

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Faculdade Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN. Catalogação da Publicação na
Fonte. FACENE/RN – Biblioteca Sant'Ana.

O48p Oliveira, Matheus Henrique Francisco de.

O paradoxo da cannabis sativa: uma revisão narrativa /
Matheus Henrique Francisco de Oliveira. – Mossoró, 2020.
112 f. : il.

Orientadora: Profa. Ma. Jamile Rodrigues Cosme de Holanda.
Monografia (Graduação em Biomedicina) – Faculdade
Nova Esperança de Mossoró.

1. Cannabis. 2. Consumo. 3. Maconha. I. Holanda, Jamile Ro-
drigues Cosme de. II. Título.

CDU 633.522

MATHEUS HENRIQUE FRANCISCO DE OLIVEIRA

O PARADOXO DA CANNABIS SATIVA: UMA REVISÃO NARRATIVA

Monografia apresentada pelo aluno Matheus Henrique Francisco de Oliveira para a obtenção do título de Bacharel em Biomedicina, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores,

Aprovado em: 01/ 12/ 2020.

BANCA EXAMINADORA

Jamile R. Cosme de Holanda

Prof. Ma. Jamile Rodrigues Cosme de Holanda (FACENE/RN)

Orientadora

Almino Afonso de Oliveira Paiva

Prof. Dr. Almino Afonso de Oliveira Paiva

Membro Examinadora

Rodrigo José Fernandes de Barros

Prof. Mestre Rodrigo José Fernandes de Barros

Membro Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por ter me dado saúde e forças para atravessar todos os obstáculos pelos quais me deparei ao longo desta graduação.

Aos meus amigos e colegas de faculdade José Nyedson e Mayara Gabrielle, por estarem ao meu lado desde o início dessa trajetória, me dando todo o apoio, ajuda e estímulo necessários para que eu chegasse até aqui.

E à todas as demais pessoas que de alguma forma, direta ou indiretamente, deram-me suporte para a finalização do presente projeto, meu imenso obrigado.

A sociedade que coloca a igualdade à frente da liberdade irá terminar sem igualdade e liberdade...

(Milton Friedman)

RESUMO

A planta *Cannabis sativa*, popularmente conhecida como maconha, é na atualidade uma das substâncias psicoativas mais utilizadas em todo o mundo. Sua introdução no Brasil se deu com a própria descoberta do país e seu consumo rapidamente disseminou-se entre os escravos e os indígenas. Sua popularização ocorreu posteriormente com a descoberta de suas propriedades medicinais, no entanto, a partir do século XX se iniciou um processo de repressão ao consumo da droga em território brasileiro em decorrência dos dispositivos legais acionados após a II Conferência Internacional do Ópio de 1924. Assim, criou-se gradualmente uma demonização em torno da maconha e de seus usuários, de um lado a partir de uma concepção carregada de mitos, preconceitos e desinformação, e de outro, a partir de um jogo político-econômico de interesse da corporação médico-farmacêutica e da burguesia. O objetivo desse trabalho de revisão narrativa é analisar os impactos sociais positivos e negativos em torno do uso da *Cannabis sativa* no Brasil, a partir de fontes científicas nacionais dos bancos de dados Lilacs, Scielo e da biblioteca física da FACENE. Com o material coletado foi possível observar que a maconha está inserida em um contexto complexo de discussão na sociedade, no qual, na maioria das vezes, imputa-se à droga mais efeitos negativos do que positivos. Portanto, debater sobre os benefícios e malefícios da maconha é propor um entendimento sobre a estrutura do problema-droga atual, possibilitando ao leitor uma compreensão da extensão desse fenômeno a nível social e, assim, auxiliar na quebra dos preconceitos historicamente associados.

Palavras-chave: Impactos sociais. consumo. maconha.

ABSTRACT

The *Cannabis sativa* plant, popularly known as marijuana, is currently one of the most widely used psychoactive substances worldwide. Its introduction in Brazil happened with the discovery of the country and its consumption quickly spread among the slaves and the indigenous people. Its popularization occurred afterwards with the discovery of its medicinal properties, however, from the 20th century onwards, a process of repression of the consumption of drugs in Brazilian territory began due to the legal provisions triggered after the II International Conference of the Opium of 1924. Thus, a demonization was gradually created around marijuana and its users, on the one hand from a conception laden with myths, preconceptions and disinformation, and on the other, from a political-economic game interest of the medical-pharmaceutical corporation and the bourgeoisie. The aim of this narrative review work is to analyze the positive and negative social impacts surrounding the use of *Cannabis sativa* in Brazil, from national scientific sources in the Lilacs, Scielo databases and the physical library of FACENE. With the material collected, it was possible to observe that marijuana is inserted in a complex context of discussion in society, in which, in most cases, more negative than positive effects are attributed to the drug. Therefore, to debate about the benefits and harms of marijuana is to propose an understanding of the structure of the current drug problem, enabling the reader to understand the extent of this phenomenon at a social level and, thus, assist in breaking down the historically associated prejudices.

Keywords: Social impacts. consumption. marijuana.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação de um corte sagital médio do encéfalo humano com a marcação das principais áreas do sistema de recompensa cerebral	17
Figura 2 – Neurônio dopaminérgico da via mesolímbica que parte da área tegmentar ventral (lado esquerdo) e inerva o núcleo <i>accumbens</i> (lado direito).....	18
Figura 3 – Fatores que influenciam no desenvolvimento da dependência de drogas..	21
Figura 4 – A planta <i>Cannabis sativa</i>	24
Figura 5 – Propaganda dos cigarros Grimault, à base de <i>Cannabis</i> , para tratamento de desordens patológicas	25
Figura 6 – Estrutura base de um canabinóide.....	27
Figura 7 – Principais canabinóides presentes na <i>Cannabis sativa</i>	32
Figura 8 – “A ratoeira” (Cuidado com a bebida – tentação, ruína, doença, pobreza)	52
Figura 9 – “Beber leva à negligência do dever, degradação moral e crime”	53
Figura 10 – Imagens de propagandas do filme estadunidense <i>Reefer Madness</i> divulgadas nos Estados Unidos entre os anos 1936 a 1939.....	55
Figura 11 – Legislação sobre a <i>Cannabis</i> no mundo.....	84
Figura 12 – Panorama da liberação da maconha nos Estados Unidos da América	85
Figura 13 – Fluxograma de pesquisa evidenciando as etapas de pesquisa e leitura dos artigos utilizado para construção desta revisão.....	91

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

Gráfico 1 – Evolução no número de publicações referentes à <i>Cannabis</i> e ao canabidiol em 45 anos.....	26
Quadro 1 – Resumo dos efeitos dos canabinóides em seres humanos	28
Quadro 2 – Efeitos farmacológicos de alguns canabinóides naturais	33
Quadro 3 – Uso na vida entre as 9 substâncias relatadas pelos entrevistados.....	67
Quadro 4 – Dependência por uso de substâncias em %	67
Quadro 5 – Prevalência de uso na vida para qualquer droga, exceto álcool e tabaco	68
Quadro 6 – Prevalência de dependência entre os usuários de substâncias.....	69
Quadro 7 – Prevalência em % de consumidores de maconha, entre 12 a 65 anos, nas diferentes regiões do Brasil	69
Quadro 8 – Prevalência em % de consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, segundo a faixa etária.....	70
Quadro 9 – Prevalência em % de dependência por droga, exceto álcool e tabaco, nos últimos 12 meses para o conjunto de pessoas de 12 a 65 anos.....	70
Quadro 10 – Distribuição das referências bibliográficas obtidas a partir das bases de dados ...	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CB1	Receptores Canabinóides Tipo 1
CB2	Receptores Canabinóides Tipo 2
CBD	Canabidiol
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CNFE	Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecente
EUA	Estados Unidos da América
LENUD	Levantamento Nacional sobre Uso de Drogas
LSD	Ácido Lisérgico
ONU	Organização das Nações Unidas
SN	Sistema Nervoso
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
THC	Tetrahydrocannabinol

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO	14
1.2 OBJETIVOS	14
1.2.1. Geral	14
1.2.2. Específicos	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 NEUROCIÊNCIAS: DROGAS E SISTEMA NERVOSO.....	15
2.1.1 Sistema de Recompensa Cerebral	16
2.1.2 Tolerância, Abstinência, Fissura e Dependência	19
2.2 A <i>CANNABIS SATIVA</i>	23
2.2.1 Um Breve Histórico	23
2.2.2 A Introdução da <i>Cannabis</i> no Brasil	24
2.2.3 Mecanismo de Ação Neurofisiológica dos Canabinóides	27
2.2.4 A <i>Cannabis sativa</i> e suas Utilidades Terapêuticas	31
2.3 O “PROBLEMA-DROGA” E SUAS IMPLICAÇÕES HISTÓRICAS.....	36
2.3.1 O Saber Médico como Instrumento Normalizador	36
2.3.2 O Proibicionismo como Estratégia Médico-Política	45
2.3.3 O Ideal Civilizatório Protestante-Puritano	51
2.3.4 O Discurso Médico e a Escalada Punitivista no Brasil	56
2.3.5 A Drogadição em Números no Brasil e no Mundo	66
2.3.6 A “Guerra às Drogas”: Uma Guerra sem Fim	72
2.3.7 Modelos Alternativos ao Proibicionismo	81
2.3.8 A Liberação da Maconha no Século XXI	83
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	89
3.1 TIPO DA PESQUISA.....	89
3.2 LOCAL DA PESQUISA	89
3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	89
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	90
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	91
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
6 REFERÊNCIAS	103

1 INTRODUÇÃO

O uso de drogas não é algo novo entre as civilizações. Desde tempos imemoriais o ser humano faz uso de substâncias psicoativas para diversas finalidades, de celebrações religiosas e místicas a cura de doenças e eventos festivos. No entanto, nas últimas décadas, o uso cada vez mais frequente e abusivo dessas substâncias tornou-se uma epidemia que vem gradualmente desestruturando a ordem social (PASSAGLI, 2018).

Uma das substâncias psicoativas mais utilizadas no mundo atualmente é a maconha, de nome científico *Cannabis sativa*. A maconha, assim como as demais drogas psicoativas tidas hoje como ilegais, foi ao longo da história cercada por preconceitos e interdições sociais que perduram até os tempos atuais. No âmbito internacional, até o final do século XIX, não existiam legislações em relação ao consumo e produção de drogas, mas já existiam movimentos sociais na Inglaterra e nos Estados Unidos da América (EUA) desde o século XVII contrários ao consumo de álcool. Os Movimentos de Temperança, como assim eram chamados, contribuíram decisivamente para o surgimento de sociedades abstêmias e, posteriormente, para a instauração do “empreendimento proibicionista” contemporâneo. Na virada para o século XX o acesso a psicoativos passa a ser discutido e as políticas repressivas se intensificam, encabeçadas pelos Estados Unidos, objetivando criminalizar o tráfico e o uso com propósitos não médicos (FERNANDES, 2015; PAIVA, 2018; TORCATO, 2016). Nesta época, a medicina começa a atuar fora de seu domínio tradicional, impondo sua autoridade ao doente e ao não doente. A saúde passa, então, a funcionar como instrumento da medicina e tudo que garante saúde ao indivíduo, inclusive o consumo de substâncias psicoativas, torna-se um campo de intervenção médica (FOUCAULT, 2010).

A construção desses ideais deturpados em torno da maconha e também das demais drogas foi, dessa forma, lenta e prolongada. Associada a grupos sociais considerados perigosos pela maioria norte-americana branca e protestante, a maconha era relacionada aos mexicanos, assim como a cocaína era relacionada aos negros e o ópio aos chineses. A declaração de guerra às drogas formalizada pelo presidente americano Richard Nixon, em 1972, coloca os Estados Unidos da América como vítimas desse flagelo, intensificando políticas repressivas tanto no Brasil quanto em outros países e reafirmando a distinção entre países produtores e consumidores. Os mecanismos repressivos acionados contra essas drogas fazem parte, portanto, de uma conjunção de fatores, tais como a radicalização do puritanismo norte-americano, o interesse da corporação médico-farmacêutica pela monopolização da produção

das drogas, os conflitos geopolíticos do século XX e o medo das elites assustadas com as agitações sociais (FIORE, 2012). Assim, moldado pelo discurso protestante da sociedade estadunidense e orientado pelo discurso médico, o modelo americano de repressão às drogas torna o proibicionismo um instrumento médico-político e contribui para a instauração do sistema repressivo em todo o planeta.

A primeira lei no Brasil que demonstra a preocupação do Estado com as substâncias psicoativas foi elaborada em 1851 no Regulamento Imperial, onde foram estabelecidas regulamentações em relação à saúde dos portos, inspeção da vacinação, exercício da medicina, polícia sanitária, venda de medicamentos e/ou quaisquer substâncias medicinais (PAIVA, 2018). A partir de então o Estado começa a regular o mercado de todo e qualquer tipo de substâncias em território brasileiro. Em 1911, com a elaboração do Código Sanitário em substituição ao Código de 1894 e a criação da Polícia Sanitária, a política coercitiva estatal se consolida e a produção, venda e o comércio de drogas para uso não médico são vistos como “atentado” à saúde pública (PAIVA, 2018; TORCATO, 2016). A “drogadição” da sociedade brasileira e o marco proibicionista estatal deram-se a partir da metade do século XIX quando as drogas passaram a entrar no país vindas da Europa. Nessa perspectiva, foram instituídos regulamentos e políticas de controle sanitário influenciados pela política proibicionista adotada pelos Estados Unidos. A conduta coercitiva do Estado aumenta no final daquele século, quando da criação da Polícia Sanitária, responsável por vigiar estabelecimentos e punir aqueles que vendiam drogas fora do uso médico legítimo (PAIVA, 2018).

Ainda no século XX, grupos conservadores influenciados pelo protestantismo americano passaram a reprimir a drogadição da sociedade – o consumo era visto como prática “suja” e que feria a moral e os bons costumes. As intensas campanhas antidrogas empreendidas por esses grupos auxiliaram na formação de um ambiente favorável para o Estado adotar suas práticas criminalizadoras. Assim, de forma progressa, adotou-se no Brasil uma política repressiva, seguindo o modelo estadunidense de criminalização das drogas (PAIVA, 2018; TORCATO, 2016). Na medida em que cresceu o consumo de drogas no Brasil, criou-se um estigma, no qual os usuários passaram a ser marginalizados pela sociedade (PASSAGLI, 2018). A associação entre usuário e criminoso foi construída de forma lenta, principalmente quando o hábito de utilizar drogas se popularizou entre as camadas baixas da sociedade. No entanto, é importante salientar que essas visões negativas da sociedade sobre os usuários de drogas são deturpadas porque as substâncias psicoativas, sejam elas lícitas ou ilícitas, não necessariamente levam a usos problemáticos (TORCATO, 2016).

A década de 1930 é decisiva para o Brasil. Com os decretos 780 de 1936 e 2.934 de 1938 e do ingresso do país no modelo internacional de controle (Decreto-Lei 898 de 1938), consolida-se o sistema repressivo às drogas (PAIVA, 2018). A partir daí passam a surgir novas drogas e novos movimentos populares, na contramão ao controle imposto pelos governos (LACERDA, 2008). A década de 50 é marcada pelo surgimento dos benzodiazepínicos, já a década de 60 floresce com os hippies e os psicodélicos, movimento revolucionário que contestava os ditames morais da sociedade. Nos anos 70 surgem os solventes orgânicos, utilizados em larga escala no Brasil e nos EUA. Nos anos 80 surgem os anfetamínicos, dando início ao “boom” da produção de drogas em laboratório (DETONI, 2009; LACERDA, 2008). Até então, a maior parte dessas substâncias ainda tinha utilidade terapêutica conhecida, sendo utilizadas para tratar diversas desordens de saúde. No entanto, os anos 90 são marcados pelo surgimento do *crack*, sendo esta droga a primeira criada exclusivamente para o mercado ilegal, despontando como uma das substâncias psicoativas conhecidas de maior poder destrutivo (TORCATO, 2016).

O final do século XX e início do século XXI foram marcados por importantes mudanças sociais em meio à atuação repressiva do Estado frente ao “problema-droga”. As críticas ao modelo estatal de proibição de substâncias surgiam num momento crucial: de um lado, movimentos populares iam às ruas contestando os ditames morais consolidados nas sociedades e pedindo uma maior tolerância na política proibicionista dos Estados, e, por outro lado, novas drogas eram produzidas para alimentar o narcotráfico que, até então, começara a se fortalecer sem o controle do Estado sobre as drogas ilegais. Diante do agravamento social do “problema-droga”, os debates passam a se intensificar, dividindo a sociedade entre os que apoiam a liberação das substâncias ilegais, principalmente a maconha, e os que defendem a manutenção do modelo proibicionista vigente.

Cercada por mitos e inserida no “problema-droga” contemporâneo, a *Cannabis sativa* apresenta uma dualidade de efeitos: seu lado negativo condensa os inúmeros problemas do uso abusivo e dos crimes associados, e seu lado positivo condensa uma gama de utilidades terapêuticas – as recorrentes pesquisas sobre suas potencialidades medicinais têm proporcionado uma revolução científica nas últimas décadas. Discutir a problemática em torno da *Cannabis* é compreender o fenômeno do problema-droga e suas implicações sociais, é entender a estrutura “mitológica” construída ao longo dos séculos através de pensamentos retrógrados e deturpados associados e, só assim, é possível através desse entendimento, quebrar os mitos, as desinformações e os preconceitos em torno da droga.

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

- Quais os benefícios e malefícios associados à *Cannabis sativa* e como o seu uso afeta a estrutura social brasileira?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Gerais

Este trabalho tem como objetivo analisar e descrever os benefícios e malefícios da *Cannabis sativa* no Brasil, com intuito de promover uma compreensão do impacto deste fenômeno sobre a estrutura social.

1.2.2 Específicos

- Especificar as utilidades terapêuticas da *Cannabis sativa*;
- Demonstrar a problemática em torno do uso de maconha em território brasileiro;
- Analisar o “problema-droga” como fenômeno social;
- Criticar o discurso médico e a escalada punitivista em torno das drogas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 NEUROCIÊNCIAS: DROGAS E SISTEMA NERVOSO

O termo “droga” tem origem na palavra francesa *drogue*, sendo provavelmente uma derivação do neerlandês “*droge*” que significa “folha seca”, isso porque na antiguidade a maior parte dos medicamentos era produzida a partir de vegetais, utilizados para a cura de doenças, afastar maus espíritos, atenuar a fome, obter sucesso nas caçadas, estando associada a rituais religiosos, sócio-culturais, militares, entre outros (CARNEIRO, 2005; LACERDA, 2008; LESSA, 1998; PASSAGLI, 2018; SEIBEL; TOSCANO, 2001; SILVA, 2018). Já o termo “*psicotrópico*” significa atração pelo psiquismo, e, portanto, drogas psicotrópicas ou mais comumente “psicoativas”, são aquelas substâncias que atuam diretamente no Sistema Nervoso Central (SNC), alterando-o de alguma forma. Entretanto, essas alterações no psiquismo nem sempre são no mesmo sentido e direção em razão da atuação diferenciada das drogas psicotrópicas no organismo. Estas alterações são influenciadas por fatores ambientais, comportamentais e genéticos, explicando-se assim o fato de uma droga causar maior probabilidade de dependência que outras (PASSAGLI, 2018). As drogas psicotrópicas podem ser consideradas estimulantes, depressoras ou perturbadoras do sistema nervoso, sendo que a dependência de drogas, devido ao consumo regular, causa diretamente problemas à saúde, à família, aos amigos, ao rendimento escolar e indiretamente à todos os que convivem com o usuário (NIEL, 2009; PASSAGLI, 2018).

As funções orgânicas do corpo humano são dependentes de um sistema de controle singular integrado denominado Sistema Nervoso (SN). É este quem coordena as funções dos demais sistemas do organismo, recebendo sinais sonoros, tácteis, cognitivos e visuais, para então decodificá-los e desencadear respostas (BEAR; CONNORS; PARADISO, 2002; COSENZA, 2005; PASSAGLI, 2018). O SN humano é dividido em duas partes principais: topográfica (anatômica) e funcional, e subseqüentemente em áreas específicas, Central (SNC) e Periférico (SNP). O SNC, anatomicamente, é constituído por estruturas localizadas no esqueleto axial, encéfalo (cérebro, cerebelo e tronco) e medula espinhal, responsável por receber estímulos e desencadear respostas. O SNP é formado pelos nervos e glânglios nervosos e tem como função ligar o SNC a outros órgãos para assim transportar informações (BEAR; CONNORS; PARADISO, 2002; COSENZA, 2005; PASSAGLI, 2018). O cérebro humano é dividido também em dois hemisférios, esquerdo e direito. O esquerdo é dominante em 98% dos seres humanos (destros) e responsável pelo pensamento lógico e pela

comunicação. O direito resume-se ao pensamento simbólico e pela criatividade. O cérebro é um órgão capaz de se adaptar e se modificar, de acordo com as demandas externas. A isto se dá o nome de neuroplasticidade (BEAR; CONNORS; PARADISO, 2002; PASSAGLI, 2018). Assim, o indivíduo torna-se mais adaptado e capacitado para lidar com diversas situações cotidianas. Se este indivíduo desenvolve-se em situações de violência, um comportamento agressivo de sobrevivência é essencial. Esse estado constante de alerta fará com que este indivíduo reaja prontamente a uma ameaça (PASSAGLI, 2018).

Uma imensa rede de comunicações neuronais, onde são liberadas substâncias químicas, constitui o sistema nervoso humano. Cerca de 100 bilhões de neurônios se comunicam entre si, formando essa imensa rede de mais de 100 trilhões de conexões, as sinapses. Os neurônios não se tocam. A condução dessas informações se dá através de biomacromoléculas chamadas de neurotransmissores. Estes atuam mediando vários processos de transmissão de impulsos nas sinapses nervosas e estão amplamente distribuídos no cérebro (BEAR; CONNORS; PARADISO, 2002; CARLINI *et al.*, 2001a; PASSAGLI, 2018). As substâncias psicoativas, por terem estruturas semelhantes aos neurotransmissores, atuam modificando, potencializando, retardando ou bloqueando a ação destas macromoléculas. Essa interação neurotransmissor-droga se dá a nível das fendas pré-sinápticas e nessas áreas podem ocorrer alterações fisiológicas variadas (CARLINI *et al.*, 2001a; PASSAGLI, 2018). Assim, após o uso recorrente dessas drogas, a função fisiológica cerebral é modificada, passando a funcionar como se essas substâncias e seus estímulos fizessem parte do organismo, causando um fenômeno conhecido por neuroadaptação ou dependência (PASSAGLI, 2018).

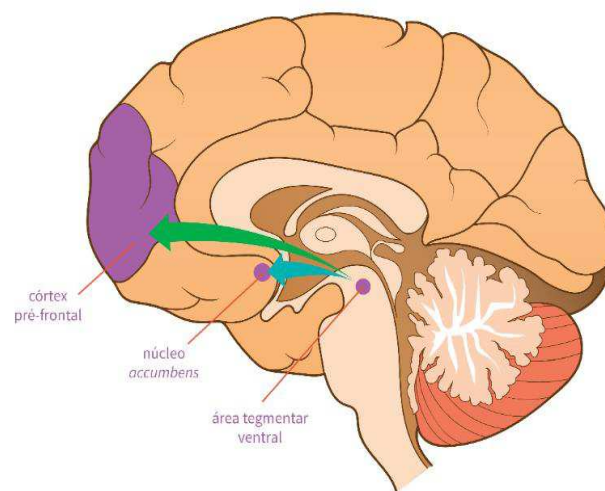
2.1.1 Sistema de Recompensa Cerebral

Alegria, tristeza, medo, raiva e prazer são emoções que suscitam manifestações fisiológicas e de comportamento. As manifestações fisiológicas estão a cargo do sistema nervoso autônomo. Já as comportamentais são resultantes da ação do sistema nervoso motor somático e são características de cada tipo de emoção e de cada espécie. As emoções estão relacionadas à áreas específicas do cérebro que juntas formam o sistema límbico (BEAR; CONNORS; PARADISO, 2002; PASSAGLI, 2018).

O sistema mesolímbico-mesocortical, também chamado de sistema de recompensa cerebral (Figura 1), é composto pela área tegmentar ventral, núcleo *accumbens*, amígdala e

corpos pré-frontais. É responsável por promover e estimular comportamentos que favoreçam a manutenção da vida e da espécie (alimentação, sexo, proteção, acolhimento), desencadeando reações de prazer e satisfação (BEAR; CONNORS; PARADISO, 2002; PASSAGLI, 2018). É neste sistema que as drogas psicoativas atuam, aumentando a atividade basal, provocando alterações sinápticas que podem ser duradouras dependendo do tipo e frequência do uso da substância (CARLINI *et al.*, 2001a; PASSAGLI, 2018).

Figura 1: Representação de um corte sagital médio do encéfalo humano com a marcação das principais áreas do sistema de recompensa cerebral.

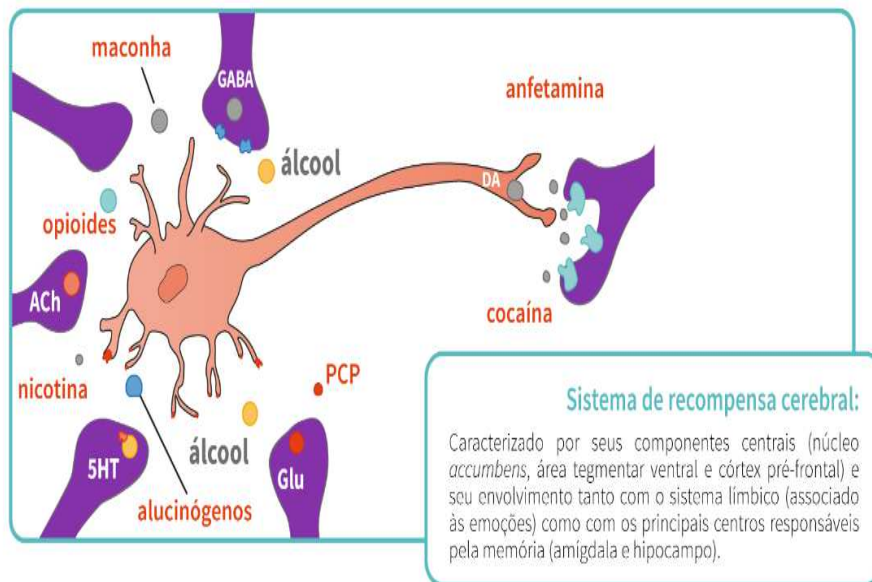


Fonte: NUTE-UFSC (2016).

A ativação do sistema de recompensa pelas drogas psicotrópicas é gerada de forma artificial por processos químicos, geralmente potencializados e imediatos. Os principais neurotransmissores envolvidos no desenvolvimento de abuso e dependência de substâncias são os sistemas opioides, de catecolamina (particularmente dopamina) e de ácido aminobutírico (GABA). Os neurônios dopaminérgicos da área tegmentar ventral se projetam para as regiões cortical e límbica, principalmente para o núcleo *accumbens* (Figura 2). O maior grupo de neurônios adrenérgicos, o locus ceruleus, medeia os efeitos dos opiáceos e dos opioides (PASSAGLI, 2018; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). A dependência se instala após estimulação exagerada dos neurônios deste sistema, o que resulta em gradual diminuição

da sensibilidade dos receptores e redução de seu número. Com isso, doses cada vez maiores são necessárias para se obter o mesmo prazer inicial (DETONI, 2009; PASSAGLI, 2018).

Figura 2: Neurônio dopaminérgico da via mesolímbica que parte da área tegmentar ventral (lado esquerdo) e inerva o núcleo *accumbens* (lado direito).



Fonte: NUTE-UFSC (2016).

Pesquisadores identificaram neurotransmissores específicos envolvidos com a maioria das drogas de abuso, com exceção do álcool. Os opióides atuam sobre receptores opióides. Um indivíduo com atividade endógena baixa ou com atividade alta de um antagonista endógeno de opióides pode correr um risco maior de desenvolver dependência de opióides (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Dessa forma, de um modo geral, as drogas psicotrópicas atuam corrompendo o circuito fisiológico cerebral, alterando as comunicações entre os neurônios, podendo produzir diversos efeitos de acordo com o tipo de neurotransmissor envolvido e a forma como a droga atua (CARLINI *et al.*, 2001a; PASSAGLI, 2018). Apesar da maior parte das alterações decorrentes do uso dessas substâncias serem reversíveis, os processos biológicos de reparação são lentos e prolongados. Assim, pode-se concluir que as substâncias psicotrópicas causam danos fisiológicos, psicológicos e sociais de intensidade variável, (DIEHL; CRUZ CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011; DETONI, 2009; GALDURÓZ *et al.*, 2009; PASSAGLI, 2018).

2.1.2 Tolerância, Abstinência, Fissura e Dependência

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define toxicomania ou toxicofilia como “estado de intoxicação periódica ou crônica, nociva ao indivíduo ou à sociedade, produzida pelo repetido consumo de uma droga natural ou sintética”. Por tóxico ou droga entende-se um grupo enorme de substâncias naturais, sintéticas ou semissintéticas que podem provocar intoxicação, abuso ou uso nocivo, tolerância, dependência e síndrome de abstinência (PASSAGLI, 2018). O transtorno geral de dependência de drogas está incorporado no DSM-IV-TR (ANDREASEN; BLACK, 2009). Transtornos por uso de substâncias são condições psiquiátricas de grande complexidade assim como outros transtornos psiquiátricos (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

O uso de drogas é recorrente na sociedade por motivos variados. Como observa Passagli (2018), as pessoas consomem bebidas alcoólicas (cervejas, drinks) para esquecer o estresse diário, fumam tabaco ou baseado para relaxar, fazem uso de cocaína e metanfetaminas para se sentirem mais confiantes e espertas, algumas usam ecstasy para amar o próximo e outras fazem uso de Ácido Lisérgico (LSD) para ir ao encontro de “Lucy in the sky with diamonds”. O que algumas pessoas esperam alcançar trabalhando, estudando, criando a família, outras, de modo contrário, tentam obter mais facilmente por meio do uso de determinadas substâncias. Assim, o uso de drogas pode se tornar um hábito e evoluir para um comportamento abusivo, desencadeando problemas como dependência, abstinência, vício e muitos outros prejuízos que podem impactar gravemente a saúde do próprio usuário e, como um todo, as pessoas de seu convívio social (DETONI, 2009).

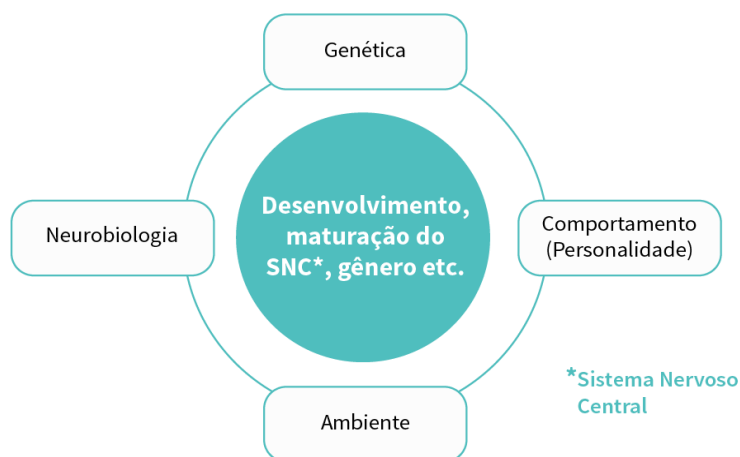
O organismo humano torna-se tolerante quando este se expõe continuamente ao uso de determinada substância (no caso, a droga psicotrópica), em que o efeito bioquímico da substância diminui progressivamente e o indivíduo necessita de doses cada vez maiores para se atingir o mesmo efeito inicial. Consideram-se dois tipos de tolerância: a inata, na qual o indivíduo nasce geneticamente mais resistente e a adquirida, em que o organismo se adapta após a interação biológica com a droga. Neste segundo caso, sabe-se que no organismo do usuário há, numa primeira etapa, uma produção maior de enzimas que metabolizam a substância psicoativa e, posteriormente, ocorre uma neuroadaptação que provoca um efeito diminuto gradual da droga (PASSAGLI, 2018). Em ambos os casos, fenômenos como estes levam os usuários a fazerem uso da droga de forma mais nociva, uma vez que acabam usando uma quantidade muito maior que a habitual.

Os usuários de drogas reagem a estímulos provocados pelas substâncias com aumento de atividade nas regiões límbicas (amígdala e cíngulo anterior). Em usuários de cocaína, há indícios de que as mesmas regiões ativadas por estímulos induzidos pela droga são também ativadas por estímulos sexuais. O abuso de substância é um equivalente masturbatório – alguns usuários de heroína descrevem a sensação inicial como algo semelhante a um orgasmo sexual prolongado. Hipóteses relacionam o uso de substância como uma expressão de um ego perturbado, no qual o usuário torna-se incapaz de lidar com a realidade (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). A característica essencial do abuso ou uso nocivo de substâncias é um padrão mal-adaptativo de uso manifestado por conseqüências adversas recorrentes e significativas relacionadas a utilização repetida da droga (LACERDA, 2008; PASSAGLI, 2018). O uso de drogas, seja de maneira eventual ou compulsiva, pode reforçar comportamentos anteriores ao interromper estados de dor, depressão ou ansiedade. Além de seus efeitos farmacológicos, cada droga de abuso evoca um reforço positivo rapidamente, seja provocando euforia induzida pela substância, seja provocando alívio dos sintomas de abstinência (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

O fenômeno de tolerância é comumente observado em indivíduos que se tornaram dependentes de drogas, como as que deprimem o Sistema Nervoso Central (benzodiazepínicos, barbitúricos e álcool etílico em altas doses). A perda de tolerância ocorre após um período de abstinência, podendo ser perigosa e levar a overdoses acidentais (PASSAGLI, 2018). A síndrome de abstinência, por sua vez, é definida como um conjunto de sinais e sintomas desencadeados por fenômenos neuroquímicos induzidos pela retirada da substância psicotrópica do organismo. O usuário, já adaptado àquela substância estranha, tem seu equilíbrio biológico rompido na ausência da droga, ocasionando sintomas como vômitos, tremores, inquietação, náuseas, irritação, anorexia e distúrbios do sono (LACERDA, 2008; PASSAGLI, 2018). Nos estados de abstinência das drogas de abuso, em geral, o usuário apresenta sintomas opostos aos observados quando ele está sob o efeito agudo das substâncias. A interrupção do uso de drogas pelo dependente pode desencadear a abstinência, que pode provocar sintomas como dores, alterações nervosas, febre, vômito, diarreia e insônia. Nesses casos, verifica-se uma “depleção” dos níveis de dopamina, principalmente no núcleo *accumbens*, provavelmente desencadeando a fissura ou *craving*. Esse desejo intenso e quase incontrolável de utilizar a droga (*craving*) é caracterizado pela ação da substância psicotrópica no SNC, sendo observado em algumas das drogas psicotrópicas conhecidas (CARLINI *et al.*, 2001a; PASSAGLI, 2018).

A intoxicação é um fenômeno caracterizado por um conjunto de efeitos nocivos produzidos pela interação de uma substância química com um sistema biológico. O efeito nocivo, entretanto, só será produzido se a interação com o receptor biológico apropriado ocorrer em dose e tempo suficientes para quebrar a homeostasia do organismo. Um padrão repetido de auto-administração de substâncias psicotrópicas resulta, geralmente, em tolerância, abstinência e uso abusivo da droga (CARLINI *et al.*, 2001a; DETONI, 2009; PASSAGLI, 2018). Já a dependência de substâncias caracteriza-se pela presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos e se instala após o uso repetido da droga. O usuário, mesmo apresentando sintomas associados à droga de abuso, continua a utilizar a substância, característica comum associada à dependência (DETONI, 2009; LACERDA, 2008; PASSAGLI, 2018; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). A definição de dependência requer que o usuário desenvolva pelo menos três de sete comportamentos problemáticos em qualquer momento durante 12 meses, sendo incluído o comportamento de uso da substância, os prejuízos desencadeados, além do desenvolvimento de tolerância ou abstinência (ANDREASEN; BLACK, 2009) e, como mostrado na Figura 3, a seguir, esse quadro se instala em meio a um conjunto de fatores, entre eles o comportamento do usuário, o meio ambiente em que ele vive, sua genética, etc.

Figura 3: Fatores que influenciam no desenvolvimento da dependência de drogas.



Fonte: NUTE-UFSC (2016).

Há ainda outros termos utilizados para se referir aos transtornos desencadeados por substâncias, como: codependência, que se refere a padrões comportamentais de membros familiares que foram afetados pelo uso ou adição a substância de outro membro da família; facilitação, em que os familiares têm pouco ou nenhum controle sobre os atos facilitadores, continuando a agir como se o uso da substância fosse voluntário ou intencional; e negação, quando tanto o usuário quanto seus familiares negam o real problema em torno do uso da substância (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Durante um longo período após a abstinência de drogas, como é o caso dos opioides, da nicotina e do álcool, o usuário exposto a estímulos ambientais pode experimentar abstinência condicionada, fissura condicionada ou ambas. Esse aumento no desejo de voltar a consumir a substância pode ser despertado por condições associadas à disponibilidade ou uso da droga dentro do convívio social ou fora dele, como observar outra pessoa usando heroína ou acendendo um cigarro, ou ainda receber a oferta de drogas de um amigo. Entretanto, esse desejo não é necessariamente acompanhado por sintomas de abstinência (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A substância psicoativa é, portanto, um dos fatores que leva a abuso, tolerância, abstinência e dependência química e que desencadeia variadas desordens físicas e psíquicas. Porém, o uso abusivo de uma substância psicoativa ainda não tem explicação concreta definida, uma vez que esse uso contínuo é influenciado por inúmeros determinantes que podem ser sociais, culturais, educacionais, comportamentais e genéticos, tendo, assim, causas multifatoriais (CARLINI *et al.*, 2001a; DETONI, 2009; PASSAGLI, 2018; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Todavia, é importante destacar que as drogas exercem um papel relevante no convívio social de muitas culturas, como, por exemplo, o uso de bebidas alcoólicas em celebrações ou para promover a inserção de um indivíduo a um grupo, funcionando neste último caso como ritual de passagem para a adolescência (SEIBEL; TOSCANO, 2001). Por um lado, novas pesquisas sobre a utilidade médica dessas substâncias psicoativas são anualmente publicadas, particularmente em relação à *Cannabis sativa*. Houve um crescimento vertiginoso no número de pesquisas científicas sobre a *Cannabis* e seus compostos, principalmente após a descoberta do sistema endocanabinóide ainda na década de 1990. No entanto, por outro lado, a escalada na utilização de forma abusiva tanto da maconha quanto de outras substâncias psicoativas, cada vez mais recorrente nos dias atuais, vem causando direta e indiretamente efeitos problemáticos sobre a estrutura social e, de forma paralela, suscitando intensos debates na sociedade.

2.2 A *CANNABIS SATIVA*

2.2.1 Um Breve Histórico

A maconha é supostamente originária da Ásia central, pois cresce até hoje espontaneamente no Himalaia. Tem seus primeiros registros datados há 12 mil anos antes de Cristo, seu cultivo coincide com a invenção da agricultura e há pelo menos quatro mil anos é usada para fins medicinais. Tem uma relação cultural com a humanidade desde o início das civilizações. Propagou-se como medicamento no Oriente e era prescrita para alívio de diversos tipos de dores e inflamações (DETONI, 2009; LACERDA, 2008; LESSA, 1998; PASSAGLI, 2018; SEIBEL TOSCANO, 2001). A *Cannabis* já era consumida de forma abundante pelos povos das terras muçulmanas, quando abandonaram o hábito na Idade Média. Com a proibição do álcool entre os muçulmanos, iniciou-se uma discussão sobre a proibição da maconha na região do Oriente Médio. A erva foi difundida pela África graças ao contato com os árabes, incorporando-a a seus ritos e à sua medicina (BURGIERMAN, 2002).

Entre as diversas finalidades medicinais da maconha entre os povos antigos, destacam-se sua utilização para estimular o apetite, curar doenças venéreas e induzir o sono. Na China, foram encontrados seus primeiros restos datados de aproximadamente 4.000 a.C. e seus usos terapêuticos estavam presentes num tratado de medicina chinesa do século I (LACERDA, 2008; SEIBEL; TOSCANO, 2001). Os budistas usavam a maconha para auxiliar nas meditações e terapeuticamente em problemas oftalmológicos, contra a febre, insônia, tosse seca e disenteria (MACRAE; SIMÕES, 2000). Já os gregos e os romanos usavam velas e cordas de cânhamo em seus navios, embora já se tivesse conhecimento do potencial psicoativo da planta no Império Romano. No ano de 1798, objetivando destruir as plantações de maconha que abasteciam a Marinha da Inglaterra, as tropas de Napoleão invadem o Egito. Nessa época era promulgada por Napoleão a primeira lei do mundo moderno proibindo a maconha (BURGIERMAN, 2002).

A *Cannabis sativa* Linnaeus (Figura 4) foi classificada botanicamente em 1753 por Carl Von Linné. Apesar de inúmeros registros milenares de sua utilização médica, recreacional e espiritual, hoje a maconha encontra-se sob controle internacional, contemplada na lista da Convenção Única sobre Entorpecentes da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1961 (PASSAGLI, 2018).

Figura 4: A planta *Cannabis sativa*.



Fonte: Bynum e Bynum (2014).

2.2.2 A Introdução da *Cannabis* no Brasil

A história do Brasil está intrinsecamente ligada à planta *Cannabis sativa*. Segundo CARLINI (2006a), as embarcações portuguesas, por volta de 1500, tinham em suas estruturas fibras de cânhamo como as velas e o cordame, embora a introdução da planta no Brasil só se deu de fato em 1549 pelos negros escravos. No século XVIII, a Coroa Portuguesa passou a incentivar o cultivo da maconha, recomendando o plantio em território brasileiro (CARLINI, 2006a). O cultivo da maconha em terras brasileiras fazia parte de um projeto econômico que tinha como objetivo fortalecer a agricultura, além de reforçar uma necessidade modernizadora do Estado português que estava passando por dificuldades comerciais (SAAD, 2010). Com o passar dos anos, o uso não médico da planta se disseminou entre os negros escravos e os índios brasileiros.

O primeiro documento restringindo o uso de maconha no Brasil foi formalizado no ano de 1830 pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Na ocasião, a venda e o uso do “pito do pango” eram penalizados em 20\$000 réis para quem vendesse e três dias de detenção para os usuários. A diferença entre as penas para os vendedores, geralmente brancos, e para os usu-

ários, negros escravos, denota o ideal racista, xenófobo e autoritário dos governantes da época que associavam a maconha à população negra, às classes baixas e à bandidagem, exprimindo, também, uma tentativa de controlar a população usuária e o consumo de maconha (SAAD, 2010). Na segunda metade do século XIX, a maconha ganha maior visibilidade, principalmente após a divulgação dos trabalhos do Prof. Jean Jacques Moreau, da Faculdade de Medicina de Tour, na França, sobre os efeitos hedonísticos da planta. O uso medicinal da maconha foi rapidamente difundido no Brasil e aceito pela classe médica (CARLINI, 2006a). Através de propagandas, a maconha era indicada para tratamentos de variados distúrbios patológicos, como mostrado na Figura 5, a seguir, em um anúncio do ano de 1905:

Figura 5: Propaganda dos cigarros Grimault, à base de *Cannabis*, para tratamento de desordens patológicas.



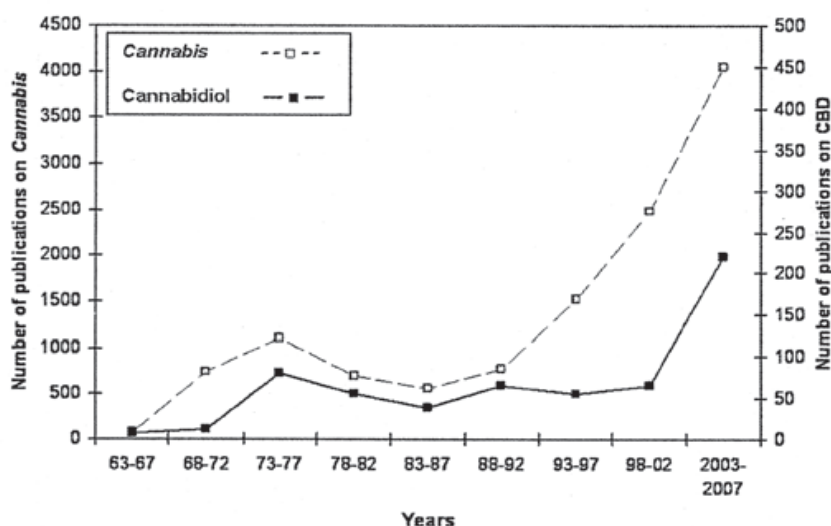
Fonte: Carlini (2006a).

Nas primeiras décadas do século XX, a maconha era liberada no Brasil, embora fosse vista com “maus olhos” pela população – atribuía-se à droga a “coisa de negro”. Era fumada nos terreiros de candomblé e nos confins do País por agricultores após o trabalho (BURGIERMAN, 2002). Na década de 1930, a maconha ainda era citada nos compêndios de medicina e catálogos de produtos farmacêuticos – dezenas de remédios contendo *Cannabis* eram fabricados (BURGIERMAN, 2002; CARLINI, 2006a). A indústria de outros setores também dependia da *Cannabis*, como a produção de papel, tecidos, cordas, velas de barco e redes de pesca retiradas do cânhamo (BURGIERMAN, 2002). No entanto, foi a partir dessa década que se iniciou a repressão ao uso da planta no Brasil, desencadeada após a II Conferência In-

ternacional do Ópio, realizada em 1924, em Genebra, pela antiga Liga das Nações. Chegando à convenção, cuja agenda estava marcada apenas para a discussão do ópio e da coca, o Dr. Pernambuco Filho, representante da delegação do Brasil, em conjunto com a delegação do Egito, afirmou ser a maconha mais perigosa que o ópio. Por considerarem que o uso da substância era endêmico nos dois países, nenhum país da Convenção se opôs ao discurso, sendo assim, aplicada a proibição da venda de maconha em território brasileiro (CARLINI, 2006a).

Ao longo dos anos posteriores à II Conferência Internacional do Ópio, a repressão à maconha em território brasileiro se acentuou, atingindo vários estados. As primeiras prisões em relação ao comércio clandestino registram-se no Rio de Janeiro em 1933 e na Bahia em 1940. Situações semelhantes acontecem em Pernambuco, Maranhão, Alagoas e Piauí, objetivando-se uma luta sem tréguas contra a droga (CARLINI, 2006a). Atualmente, a maconha é cultivada em pequenas áreas dos estados do Maranhão, Bahia, Pernambuco, Pará e Amazonas, atendendo apenas ao mercado consumidor local. Nas últimas décadas, ocorreu um aumento vertiginoso de novas publicações concernentes à *Cannabis* e ao canabidiol (Gráfico 1), principalmente em relação às propriedades terapêuticas da erva, especialmente após 1990 quando foram identificados os receptores canabinóides (PASSAGLI, 2018).

Gráfico 1: Evolução no número de publicações referentes à *Cannabis* e ao canabidiol em 45 anos.



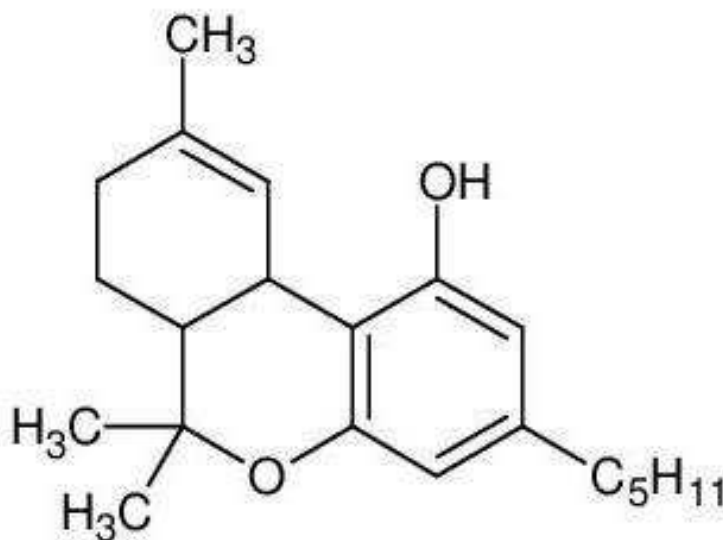
Fonte: Zuardi (2008).

2.2.3 Mecanismo de Ação Neurofisiológica dos Canabinóides

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a maconha é a droga ilícita mais consumida do planeta, com um total superior a 180 milhões de usuários atualmente (UNODC, 2018). Mesmo com número tão relevante de usuários, a maior parte deles não conhece os efeitos dessa substância na saúde e na sociedade.

Os compostos originalmente identificados em plantas do gênero *Cannabis* foram chamados coletivamente de canabinóides, com efeitos associados aos receptores canabinóides (CB1 e CB2). O canabinóide é um composto constituído por 21 átomos de carbono, apresentando os grupos funcionais éter (O) e fenol (OH) (Figura 6). Atualmente, com a diversidade de estruturas naturais e sintéticas de substâncias com atuação nestes receptores, ampliou-se bastante o grupo de compostos classificados como canabinóides, de maneira que os de ocorrência natural e origem vegetal são denominados fitocanabinóides (MATOS *et al.*, 2017; PASSAGLI, 2018).

Figura 6: Estrutura típica de um canabinóide.



Fonte: Matos *et al.* (2017).

Do vegetal *Cannabis sativa* podem ser extraídos diversos constituintes com diferentes atividades psicoativas. Até agora, as pesquisas científicas identificaram mais de 489 compostos naturais na planta, sendo 70 canabinóides. Destes, os principais são o

tetrahydrocannabinol (THC), canabinol (CBN) e canabidiol (CBD). Endocanabinóide é a denominação dada a canabinóides de origem natural não vegetal presentes endogenamente e produzidos através de estimulação fisiológica. Entretanto, esses canabinóides produzidos no cérebro humano possuem diferenças estruturais e farmacológicas em relação aos canabinóides da planta (MATOS *et al.*, 2017; PASSAGLI, 2018; PERNONCINI; OLIVEIRA, 2014). Após o isolamento do canabinol em 1895 e do canabidiol em 1934, o THC só foi isolado e caracterizado por Gaoni e Mechoulam (1964), sendo posteriormente considerado o principal canabinóide responsável pelos efeitos psicoativos da *Cannabis*, como alucinações, pensamentos anormais, despersonalização, sonolência, etc.

Existe certa “crença” entre os usuários de maconha de que a droga não causa tantos problemas à saúde como outras substâncias. É sabido que de todas as drogas ilícitas, a maconha é a menos perigosa e a que menos causa mortes (DETONI, 2009). No entanto, para que a droga cause um determinado efeito no comportamento do usuário, são necessários alguns determinantes que incluem a dose da substância, a via de administração, a personalidade do indivíduo, o uso concomitante com outra substância, além de fatores ambientais e, ainda, o número de tragadas, o volume e o tempo de inalação (PASSAGLI, 2018). O Quadro 1, a seguir, enumera os diversos efeitos e sintomas provocados pelos canabinóides:

Quadro 1: Resumo dos efeitos dos canabinóides em seres humanos.

EFEITOS / SISTEMA	SINTOMAS
Efeitos psicológicos	Euforia, disforia, ansiedade, despersonalização, agravamento de comprometimentos psíquicos.
Efeitos perceptivos	Aumento da percepção sensorial, distorção do sentido de tempo e espaço, erros perceptuais, alucinações.
Efeitos sedativos	Depressão generalizada do sistema nervoso central, tontura, sonolência, efeito aditivo com outros depressores do sistema.
Efeitos na cognição e no desempenho psicomotor	Fragmentação dos pensamentos, obnubilação mental, prejuízo de memória, prejuízos do desempenho geral.
Efeitos motores	Aumento da atividade motora seguida de inércia e descoordenação, ataxia, disartria, tremores musculares, fraqueza.

Efeitos analgésicos	Eficácia similar à da codeína.
Efeitos antieméticos	Em doses agudas, efeito reverso no uso prolongado e aumento do apetite.
Tolerância	Para a maior parte dos efeitos comportamentais e somáticos, incluindo o aumento com o uso crônico.
Dependência e síndrome de abstinência	Raramente presente, mas tendo sido produzida experimentalmente após intoxicação ou administração de antagonistas.
Efeitos no batimento cardíaco	Aumento com o uso agudo e redução com o uso crônico.
Efeitos na circulação periférica	Vasodilatação, vermelhidão conjuntival e hipotensão postural.
Efeitos no débito cardíaco	Elevação no débito cardíaco e na demanda miocárdica de oxigênio.
Efeitos no fluxo sanguíneo cerebral	Elevação em uso agudo e redução em uso crônico.
Sistema pressórico ocular	Redução de pressão intraocular.
Sistema imunológico	Redução da ação macrofágica em pulmões e baço.
Sistema reprodutor	Redução da espermometria e da motilidade espermática, supressão de ovulação, efeitos complexos na síntese de prolactina e aumento do risco obstétrico.
Respiração	Pequenas doses estimulam, doses altas deprimem a tosse, mas com o tempo desenvolve-se tolerância.
Vias aéreas	Obstrução devido à fumaça crônica.

Fonte: adaptado de Cardoso (2016).

A maconha é, em geral, fumada como um cigarro, popularmente chamado “baseado”. A intoxicação é causada entre 10 a 30 minutos e pode durar de 2 a 4 horas, dependendo da dose. Dentre os efeitos agudos observados pelo uso de maconha, podem-se citar: estado inicial de euforia, agitação, hilaridade; estado secundário com reflexão, relaxamento e tranquilidade; nota-se taquicardia podendo chegar a 140bpm; secura na boca e garganta; comprometimento do equilíbrio, de atenção e de memória recente; alterações na percepção de tempo e espaço; acentuação dos sentidos sensoriais; aumento do apetite e hiperemia das conjuntivas. Em doses mais elevadas podem aparecer sintomas semelhantes aos dos alucinógenos, como ansiedade, confusão, paranoia, alucinação, delírio, pânico, despersonalização, comportamento

agressivo e psicose tóxica. Essas sensações são descritas pelos usuários como *bad trip* (má viagem) (ALVES; SAPNIOL; LINDEN, 2012; ANDREASEN; BLACK, 2009; CARLINI *et al.*, 2001a; COSTA *et al.*, 2011; CRIPPA *et al.*, 2005; DETONI, 2009; GONÇALVES; SCHLICHTING, 2014; HALES; YUDOFISKY; GABBARD, 2012; LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007; MELEIRO, 2018; PASSAGLI, 2018; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Muitos dos efeitos atribuídos à maconha são similares aos relatados por adictos a LSD, como distorções percentuais, sensibilidade ao som e sensação de unidade com o ambiente (ANDREASEN; BLACK, 2009).

A maior parte dos efeitos da maconha é desencadeada pelo THC – cerca de 50% do THC contido em um cigarro de maconha é absorvido rapidamente por via pulmonar, ligando-se quase que totalmente às proteínas plasmáticas, sendo imediatamente distribuído para o cérebro e outras áreas do organismo (PASSAGLI, 2018). O THC e seus metabólitos são altamente solúveis em lipídeos e se acumulam nas células gordurosas (ANDREASEN; BLACK, 2009). Além de atravessar a barreira hematoencefálica, o THC pode atravessar também a barreira placentária e ser excretado no leite de lactantes (PASSAGLI, 2018). Mulheres com intuito de engravidar ou gestantes devem ser aconselhadas a não usarem *Cannabis*, uma vez que há indícios de que a substância provoca prejuízos cognitivos, comportamentais e de crescimento ao feto, além de desencadear sintomas psiquiátricos subsequentes na criança (HALES; YUDOFISKY; GABBARD, 2012). Há controvérsias sobre a estimulação dos canabinóides sobre os centros de recompensa cerebral. No entanto, é sabido que ocorre tolerância a *Cannabis*, e, ainda, dependência psicológica, embora não existam evidências consistentes sobre o desenvolvimento de dependência fisiológica. A abstinência de *Cannabis* causa irritabilidade, inquietação, anorexia, náusea leve e insônia. Entretanto, esses sintomas apenas surgem após o uso de doses elevadas da substância (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Pesquisas evidenciam também a existência de transtorno psicótico associado ao uso de *Cannabis*. Esse transtorno é raro, sendo mais comum em países onde os usuários dispõem de acesso prolongado a *Cannabis* mais potentes e geralmente está correlacionado a um transtorno preexistente no usuário (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Transtornos de ansiedade induzidos por *Cannabis* são comuns em quadros de intoxicação aguda pela substância. Esses transtornos induzem estados de ansiedade rápidos frequentemente provocados por pensamentos paranoides. Usuários inexperientes têm maior probabilidade de desenvolver sintomas de ansiedade do que os usuários experientes (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Os efeitos tóxicos crônicos da maconha necessitam de mais comprovações científicas, no entanto, alguns estudos sugerem haver alterações neurofisiológicas como atrofia cerebral e redução da substância cinzenta em usuários de longo prazo que iniciaram um uso regular no início da adolescência, além de infertilidade, irritabilidade, depressão, insônia e náuseas associadas ao uso prolongado da substância (CRIPPA *et al.*, 2005; PASSAGLI, 2018; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). O uso crônico da droga pode levar também a danos em diversas áreas do organismo, principalmente no coração, desencadeados pela inalação e combustão incompleta do monóxido de carbono (CO) no ato de fumar e, nos pulmões, através de inalação de substâncias sólidas irritantes presentes na fumaça. As alterações cardiovasculares são perigosas em pacientes com histórico de angina, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular encefálico, hipertensão e aterosclerose coronariana, podendo ser fatal. Os sintomas respiratórios comumente associados à inalação de substâncias tóxicas da fumaça são tosse, enfisema pulmonar, sinusite, bronquite crônica obstrutiva e câncer de pulmão (HALES; YUDOFSKY; GABBARD, 2012; LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007; PASSAGLI, 2018; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). O uso crônico de maconha também tem sido associado a uma síndrome amotivacional, caracterizada pela falta de persistência nos trabalhos escolares e nas tarefas que requer período de atenção prolongado (ANDREASEN; BLACK, 2009; LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

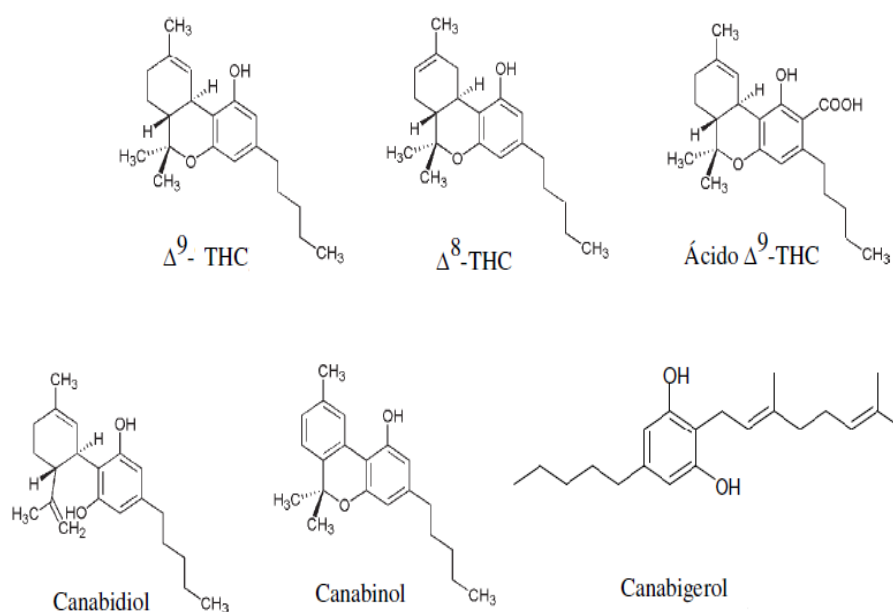
Como qualquer outra substância psicoativa, a maconha pode trazer danos à saúde, principalmente quando usada de forma irregular, o que contraria a crença de que esta droga não cause tantos malefícios à saúde do usuário como outras substâncias. O consumo desta droga no Brasil vem crescendo em todas as faixas etárias especialmente entre os jovens, o que é de certa forma ainda mais grave por esta fase ser de desenvolvimento da identidade e da personalidade. O consumo de maconha nesta fase da vida tende a fazer com que o jovem continue com esse hábito de curto a longo prazo, o que afeta o desempenho escolar, o convívio social e a própria saúde física e psíquica (DETONI, 2009; PASSAGLI, 2018).

2.2.4 A *Cannabis sativa* e suas Utilidades Terapêuticas

O Canabidiol (CBD) possui diversas atividades farmacológicas, agindo no organismo humano como neuroprotetor, anti-inflamatório, antitumoral, antiepilético, antipsicótico e ansiolítico, sendo muito utilizado para o tratamento de ansiedade, epilepsia e distúrbios do

sono (ALVES; SAPNIOL; LINDEN, 2012; COSTA *et al.*, 2011; CRIPPA *et al.*, 2005; DETONI, 2009; GONÇALVES; SCHLICHTING, 2014; MATOS *et al.*, 2017; PASSAGLI, 2018; PERNONCINI; OLIVEIRA, 2014). O CBD atua modulando a transmissão sináptica através do bloqueio dos canais de cálcio (Ca²⁺) e potássio (K⁺) dependentes de voltagem, induzindo seus efeitos farmacológicos sem exercer atividade sobre os receptores canabinóides, o que resultaria em efeitos psicotrópicos, como acontece com o Δ (9) THC. A seguir, na Figura 7, estão descritos os principais canabinóides e suas estruturas químicas, presentes na *Cannabis sativa*.

Figura 7: Principais canabinóides presentes na *Cannabis sativa*.



Fonte: Berger *et al.* (2009).

O CBD tem potencial de inibir as crises epilépticas e as convulsões, evitando a superexcitação das transmissões neuronais (CRIPPA *et al.*, 2005; LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007; PORTO *et al.*, 2007). Alguns efeitos causados pelo THC, como falha na memória curta, dependência química e letargia, podem ser revertidos pelo CBD. De maneira geral, endocanabinóides e fitocanabinóides atuam em receptores canabinóides tipo 1 (CB1) presentes no cérebro, provocando redução da liberação de neurotransmissores e diminuindo a excitação neuronal. É encontrado em concentrações mais elevadas nos gânglios basais, no hipocampo e no cerebelo, e em concentrações mais baixas no córtex cerebral. Este receptor

não é encontrado no tronco encefálico, o que evidencia os efeitos mínimos da *Cannabis* sobre as funções respiratória e cardíaca (PASSAGLI, 2018; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Todavia, a atuação dos endocanabinóides em locais diferentes gera efeitos fisiológicos diversos, tais como regulação do apetite e da temperatura corporal, redução da dor e modulação de processos cognitivos. Já os fitocanabinóides agem em todas as áreas cerebrais onde há expressão de receptores CB1, tendendo a causar efeitos complexos, os quais incluem analgesia, hipotermia, catalepsia e sedação, principalmente em doses elevadas (PASSAGLI, 2018; PERNONCINI; OLIVEIRA, 2014). O THC, substância que gera a maior parte dos efeitos psicoativos da *Cannabis*, age no corpo humano pela ligação aos receptores CB1 e CB2. Os receptores CB1 estão diretamente ligados ao SNC, enquanto os receptores CB2 estão ligados ao sistema imune (HONÓRIO; ARROIO; SILVA, 2005). Os efeitos farmacológicos de alguns dos compostos encontrados na *Cannabis sativa*, são descritos, a seguir, no Quadro 2:

Quadro 2 - Efeitos farmacológicos de alguns canabinóides naturais.

CANABINÓIDE	EFEITOS
THC	Analgésico, anti-inflamatório, antiemético.
THC carboxílico	Antibiótico.
Canabinol	Sedativo, antibiótico, anticonvulsivante, anti-inflamatório.
Canabidiol	Ansiolítico, antipsicótico, analgésico, antiespasmódico, anti-inflamatório.
Canabigerol	Antifúngico, analgésico, antibiótico, anti-inflamatório.
Canabicrumeno	Antifúngico, analgésico, antibiótico, anti-inflamatório.

Fonte: United Nations (2009).

Existem discussões sobre o uso de maconha em casos de Esclerose Múltipla (EM) no tratamento sintomático e preventivo, na doença de Parkinson e em outros distúrbios do movimento, além de dor neuropática e cefaleia. Os canabinóides podem ter efeito terapêutico sobre sintomas do transtorno comportamental do sono (REM) e minimizar sintomas não motores de Doença de Parkinson, tais como: psicose, distúrbios do sono, urgência miccional e dor. Em dor neuropática, mostram-se eficazes como analgesia adjuvante no tratamento de dor

central em pacientes acometidos por esclerose múltipla e melhora na intensidade da dor em pacientes com dor neuropática pós-traumática ou pós-cirúrgica, além de pacientes soropositivos. Em cefaleia, o uso de canabinóides mostra-se eficiente para tratamento de dor neuropática orofacial (neuralgia do trigêmeo, síndrome da boca ardente e dor orofacial persistente) e no sistema de dor central (sistema trigeminal e substância cinzenta periaquedutal) (BRUCKI *et al.*, 2015).

Em 2015, o Dr. Devinsky e sua equipe realizaram um levantamento norte-americano sobre os efeitos do uso de linhagens de *Cannabis* ricas em CBD no tratamento de crianças com epilepsias refratárias. Das dezenove crianças, treze possuíam Síndrome de Dravet, quatro tinham Síndrome de Doose, uma possuía Síndrome de Lennox-Gastaut e uma tinha epilepsia idiopática. Ao fim de três meses de acompanhamento, dezesseis (84%) dos pais que responderam a pesquisa relataram uma significativa redução na frequência das crises convulsivas. Dentre estes, dois (11%) confirmaram a extinção total das convulsões, oito (42%) relataram uma redução superior a 80% na frequência das crises e seis (32%) afirmaram observar uma redução de 25% a 60% das convulsões. Os pais ainda mencionaram uma melhora no estado de alerta das crianças, porém sem relatos de casos adversos graves (DEVINSKY *et al.*, 2015). Já em outra pesquisa científica, Devinsky e Friedman (2015) fizeram um levantamento com 137 pacientes tratados com uma formulação pura de CBD, o Epidiolex®. Durante 12 semanas de tratamento, a redução das convulsões nos pacientes foi de 54% (DEVINSKY; FRIEDMAN, 2015). Entretanto, apesar das evidências positivas para o uso de canabinóides na terapia dessas patologias, é importante levar em consideração alguns cuidados com a utilização dessas substâncias para estes pacientes, uma vez que elas podem acarretar efeitos adversos, como comprometimento cognitivo e alterações de humor e fadiga, podendo levar à depressão ou ideação suicida (BRUCKI *et al.*, 2015).

As pesquisas mais recentes reportam que o CBD não possui efeitos psicoativos, mas há indícios de efeito antiepilético atribuídos a esta substância. No entanto, alguns pontos ainda não estão totalmente esclarecidos, como a segurança de administração por longo período de tempo, suas propriedades farmacocinéticas, seu mecanismo de ação e sua interação farmacológica com outros canabinóides (BRUCKI *et al.*, 2015). Ao CBD, atribuem-se melhora significativa na perda de memória induzida em modelos animais (FAGHERAZZI, 2011); modulação de respostas emocionais induzidas por THC (HINDOCHA *et al.*, 2015); boa eficácia em testes de segurança e efetividade (MCCOY *et al.*, 2018; SZAFIARSKI *et al.*, 2018); redução das convulsões (ROSENBERG *et al.*, 2015; SURAEV *et al.*, 2018) e

diminuição na intensidade e frequência das convulsões (REDDY; GOLUB, 2016; SZAFIARSKI *et al.*, 2018). Mostra-se também eficaz para o tratamento de desmame em usuários de drogas, sendo mais seguro e efetivo do que algumas medicações (MANINI *et al.*, 2015; TRIGO *et al.*, 2016) e capaz de impedir a proliferação de células cancerígenas (LUKHELE & MOTADI, 2016).

Mediante o exposto, é notório observar que os compostos da planta *Cannabis sativa* apresentam efeitos positivos para o tratamento de desordens físico e psicopatológicas, com destaque para o canabidiol (CBD), embora o quantitativo de estudos a respeito ainda seja escasso do ponto de vista científico. Essa deficiência no número de pesquisas está, principalmente, relacionada à legislação de muitos países que ainda consideram os subprodutos da *Cannabis* como drogas ilícitas, marginalizando esses compostos e inviabilizando-os como alternativas terapêuticas. Como mencionado anteriormente, alguns dos poucos estudos sobre o tema demonstram ser o canabidiol potencialmente terapêutico a nível de sistema nervoso central, sendo útil, por exemplo, para tratamento de distúrbios neurológicos, como convulsões epiléticas, diminuindo o número e a intensidade das crises, além de agir positivamente como ansiolítico e antipsicótico. O CBD mostra-se também ter uma boa eficácia em testes de segurança e efetividade e, ainda, ter potencialidade de impedir a proliferação celular de tumores malignos. Os canabinóides são, dessa forma, uma importante opção terapêutica para o tratamento de patologias. No entanto, são necessários mais pesquisas e estudos clínicos que determinem de forma mais precisa os mecanismos dessas substâncias no organismo humano, para que, no futuro, tenhamos um avanço na produção de medicamentos que substituam as alternativas atualmente disponíveis e na pesquisa com outros compostos ainda não explorados pela comunidade científica, a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

2.3 O “PROBLEMA-DROGA” E SUAS IMPLICAÇÕES HISTÓRICAS

2.3.1 O Saber Médico como Instrumento Normalizador

Ao longo dos séculos XVII e XVIII, surgiram técnicas de poder que estavam centradas nos corpos dos indivíduos, as chamadas técnicas disciplinares. Segundo Paiva (2018), o poder sobre os corpos visava aumentar a força útil através do exercício, do treinamento, do alinhamento, em um sistema de inspeções, hierarquia e vigilância. Já a partir da metade do século XVIII, de acordo com Foucault (1999), surge uma nova tecnologia de poder que não substituía a técnica disciplinar, mas passava a integrá-la. Essa nova tecnologia foi chamada de biopolítica e diferentemente à técnica disciplinar que exercia poder sobre o corpo dos indivíduos, a biopolítica imperou seu poder sobre a vida dos seres humanos, tratando-os como problemas biológico e de poder. Dessa forma, os mecanismos disciplinares do corpo e os mecanismos regulares da população passam a se articular, introduzindo sobre a população e os corpos dos indivíduos controle, inspeção e vigilância e, ao mesmo tempo, garantindo a essa população longevidade, procriação, etc. (PAIVA, 2018).

Desde o início da Idade Média, o poder exercia a função da guerra e da paz, a arbitragem dos litígios e a punição dos delitos, bem como o controle das funções judiciárias. Eis que surge no século XVIII uma nova função: a disposição da sociedade como meio de bem-estar físico, perfeita saúde e longevidade. O exercício dessas três funções (ordem, enriquecimento, saúde) foi assegurado por um conjunto de regulamentos chamado “polícia”. De acordo com Foucault (1979), o que se chamará de polícia até o fim do Antigo Regime não é somente a instituição policial, como também o conjunto de mecanismos pelo qual são assegurados o respeito da regulamentação econômica, o respeito das medidas de ordem e o respeito das regras gerais de higiene. Assim, o objetivo político da polícia passa a ser a garantia não apenas das regulações econômicas e obrigações da ordem social, mas também o problema envolvendo a doença entre os pobres e a saúde e o bem-estar físico da população.

A partir dos séculos XVIII e XIX, a medicina enquanto parte constitutiva do Estado passa a normalizar a prática e o saber médicos, sendo a ciência médica encarregada de cuidar do corpo estatal e aperfeiçoá-lo para o sucesso da Nação (SILVA, 2009). Constituída por três etapas (medicina de Estado, medicina urbana e medicina de força de trabalho), a medicina social se consolidara como instrumento de controle social do Estado. O capitalismo, desenvolvendo-se ainda naquela época, foi o ponto central da socialização do corpo enquanto força de produção. Diante do grande crescimento demográfico da Europa Ocidental durante o sécu-

lo XVIII, surge a necessidade de coordenar e integrar o desenvolvimento do aparelho de produção, objetivando sujeitar e aumentar a utilidade dos corpos dos indivíduos. Para Foucault (1979), o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera apenas através da consciência ou ideologia, mas se inicia no corpo, com o corpo. O capitalismo, portanto, investiu no biológico, e o corpo tornou-se, assim, uma realidade biopolítica e a medicina uma estratégia biopolítica.

Michel Foucault situa entre o final do século XVII e início do século XIX o surgimento de uma “medicalização” da sociedade, um dispositivo o qual se convencionou chamar de biopolítica, que se constituiria de uma medicalização minuciosa e gradual dos corpos, seja a nível da sexualidade, seja direcionada à psiquiatrização das perversões, em nome da responsabilidade da saúde familiar. Desde o fim do século XVIII, o corpo sadio, limpo, válido, o espaço purificado e a distribuição perfeita dos indivíduos, dos lugares, dos leitos, constituem algumas das leis morais essenciais da família, agente principal de medicalização. De acordo com Costa (1999), a partir da terceira década do século XIX a família começa a ser vista como incapaz de proteger a vida das crianças e dos adultos. Em meio aos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, a higiene passa a impor uma educação moral, sexual, física e intelectual à família, reduzindo-a a um estado de dependência aos agentes educativo-terapêuticos da medicina social. Como observa Costa (1999), “a norma familiar produzida pela ordem médica solicita de forma constante a presença de intervenções disciplinares por parte dos agentes de normalização” (p. 15). Assim, a vida privada dos indivíduos passa a ser regrada e programada como instrumento de dominação político-econômica.

A preocupação do Estado com a saúde das populações não era algo novo. Desde o final do século XVI e início do século XVII, as nações do mundo europeu começavam a se preocupar com o estado de saúde das massas, em meio a um clima político, econômico e científico denominado mercantilismo. No século XVII, a medicina atuava como instrumento de manutenção e reprodução da força de trabalho para o funcionamento da sociedade moderna e o aparelho estatal tinha como função a garantia da saúde física da população. É a partir dessa época que países como França, Inglaterra e Áustria passam a calcular a força ativa de seus habitantes. Na França, estabelecem-se estatísticas de nascimento e de mortalidade e na Inglaterra, por sua vez, são executadas as grandes contabilidades da população. Tais países tinham como preocupação central o estabelecimento de tabelas para nascimento e mortalidade dos indivíduos e índice de saúde das populações, sem, no entanto, tomar medidas para elevar a saúde desses mesmos indivíduos. Diferentemente ao ocorrido na França, Inglaterra e Áustria,

na Alemanha se inicia de fato uma prática médica organizada e efetiva objetivando a melhoria da saúde dos habitantes. É nesta época, precisamente na metade do século XVIII, que surge o termo “polícia médica” (FOUCAULT, 1979).

A polícia médica, programada primeiramente na Alemanha, foi efetivada e aplicada constituindo-se como: (i) - um sistema de observação da morbidade e dos fenômenos epidêmicos e endêmicos contabilizados pelos médicos e hospitais nas diferentes cidades e regiões; (ii) - um fenômeno normalizador do ensino, da prática e do saber médicos; (iii) - uma organização administrativa para controle da atividade médica; e (iv) - a criação de um corpo hierarquizado de funcionários médicos nomeados pelo governo, responsáveis por administrar determinado distrito ou cidade de acordo com seu patamar na hierarquia (FOUCAULT, 1979). A importância do médico surge justamente neste momento quando este se torna um administrador de saúde. Foucault (1979) afirma ocorrer uma “tomada de poder” pelo médico, na medida em que esse profissional passa a visitar os doentes em cada leito do hospital, seguido por alunos, assistentes, enfermeiras, etc. Dessa forma, o hospital torna-se um lugar não apenas de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber para o médico, anteriormente restritos apenas aos livros e tratados de medicina. Portanto, a normalização da prática e do saber médicos na sociedade alemã, ainda no século XVIII, fez parte da introdução de mecanismos disciplinares dentro e fora do hospital. A disciplina hospitalar, citada por Foucault (1979), torna-se médica, pois isso se deve à transformação no saber médico da época. É neste contexto de transformações que se consolida a medicina de Estado na Alemanha.

A segunda etapa da medicina social surge nos fins do século XVIII, chamada de medicina urbana. Esta nova direção da medicina social tem como alicerce a urbanização, diferentemente ao ocorrido na Alemanha com a medicina social tendo suporte na estrutura do Estado. A medicina urbana surge concomitantemente à urbanização da França, ao surgimento das cidades e ao amontoamento populacional. A cidade passa a ser local de importância central na economia, mas, ao mesmo tempo, lugar de tensões político-econômicas que aumentam com o crescimento de uma população pobre, a plebe. É a partir dessas tensões político-econômicas e revoltas da população pobre que se coloca a necessidade de unificação do poder urbano, de organizar o corpo urbano de modo homogêneo, dependente de um poder central (SILVA, 2009). Foucault (1979) expõe o chamado “medo urbano”, o medo em torno do crescimento urbano e de seus problemas em cidades como Paris: “medo das oficinas, medo das fábricas, medo do amontoamento populacional, medo das epidemias, medo dos cemitérios, medo dos esgotos” (p. 51). Assim, tem-se um conjunto de pânicos que surgem com o crescimento da

vida urbana nas grandes cidades europeias do século XVIII. É neste contexto político-sanitário que surge a necessidade de intervenção do poder central dos Estados sobre o caos instaurado nas cidades urbanas em crescimento.

Em meio às agitações sociais que abalavam o meio urbano, a burguesia, acuada pela desordem da época, passou a reagir adotando o modelo médico-político da quarentena. Desde o fim da Idade Média existia no continente europeu um plano de urgência que era posto em prática toda vez que uma peste ou doença epidêmica se alastrasse por uma cidade. Esse plano consistia em: (i) - sistema de monitoramento da população; (ii) - sistema de registro de ocorrências; (iii) - sistema de revista; e (iv) - sistema de desinfecção. Sob este plano de urgência, todas as pessoas deviam permanecer isoladas em suas casas; a responsabilidade sobre cada bairro ou distrito era dada a um chefe e aos inspetores, subordinados ao chefe; a vigilância sistemática esquadrihava o espaço urbano; os inspetores de rua ou de bairro faziam relatórios todos os dias para informar sobre as ocorrências; os inspetores também realizavam a revista nas casas da população a fim de saber se alguém encontrava-se doente ou morto; os doentes eram levados para enfermarias fora da cidade e a desinfecção era realizada exaustivamente, casa por casa (FOUCAULT, 1979). Já o hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média, ainda não era um meio de cura, mas uma instituição importante de assistência aos pobres. Assim, o hospital não se destinava ao doente para curá-lo, mas para o pobre que estava morrendo. Ajudava como também separava e excluía, na medida em que o pobre tinha necessidade de assistência e, como doente, portador de doença, era potencialmente perigoso ao meio social. Dessa forma, era fundamental a existência do hospital que tinha como função recolher o pobre enfermo e proteger a população do perigo que ele representava (FOUCAULT, 1979).

Até meados do século XVIII, não se procurou primeiramente medicalizar o hospital, mas purificá-lo dos efeitos nocivos que ele acarretava, das doenças que poderiam infectar as pessoas internadas e se espalhar pelas cidades. A técnica médica da época, de forma geral, era ineficaz para fazer o doente sair vivo do hospital, este descrito por Foucault (2010) como “um claustro da morte, um verdadeiro morredouro” (p. 177). Anteriormente local de assistência aos pobres, a partir de meados do século XVIII o hospital torna-se um espaço de cura. Ainda nessa época, segundo Foucault (1979), dois grandes modelos de organização médica foram adotados pelas sociedades ocidentais: o primeiro é o modelo suscitado pela lepra, o segundo, suscitado pela peste. Durante a Idade Média, o leproso era alguém que era expulso do espaço urbano, posto fora dos muros da cidade, exilado em um lugar distante dali. Já o doente acome-

tido pela peste era isolado e vigiado sob um espaço individualizado e inspecionado. Temos, portanto, dois grandes modelos médico-políticos da Idade Média, dois mecanismos adotados pela medicina: um de exclusão no caso da lepra e um de isolamento, internamento e vigilância no caso da peste. A quarentena surgiu, assim, como esquema de organização médico-política almejado pelas cidades europeias do século XVIII e a higiene pública surgiu como uma variação sofisticada da quarentena. Dessa forma, a grande medicina urbana se desenvolveu a partir da segunda metade do século XVIII neste contexto de tensões e de desorganização urbanas nas cidades francesas (FOUCAULT, 1979).

A política médica do século XVIII, em todos os países da Europa, teve como ação a organização da família como primeiro alvo de medicalização dos indivíduos. Através da família, foi possível articular os objetivos gerais relativos à boa saúde do corpo social e controlar coletivamente a higiene e a técnica científica da cura, assegurada pela demanda dos indivíduos e das famílias. A velha noção de regime entendida como regra de vida, tende a se expandir e se tornar o regime coletivo de uma população em geral, objetivando o desaparecimento dos grandes surtos, a baixa taxa de morbidade e o aumento da duração média de vida (FOUCAULT, 2010). Portanto, essa higiene como regime de saúde das populações caracteriza o controle e as intervenções autoritárias por parte da medicina. Assim, os quatro grandes processos que caracterizam a medicina do século XVIII são: (i) - o surgimento de uma autoridade médica a nível social, enquanto pode tomar decisões sobre uma cidade, um bairro, uma instituição; (ii) - o surgimento de um campo de intervenção médica distinto das doenças, como o ar, a água, os esgotos, as construções, o espaço urbano; (iii) - introdução de um aparelho de medicalização coletiva, o hospital, instituição destinada à assistência aos pobres que estavam para morrer; e (iv) - introdução de mecanismos de administração médica, como registro de dados, estabelecimento de estatísticas, comparação, etc. (FOUCAULT, 1979).

A terceira direção da medicina social, seu último alvo, sua última etapa, é a medicina da força de trabalho. A medicalização se iniciou com o Estado, depois com a cidade e por fim com a classe trabalhadora. Para Foucault (1979), até o século XVIII, o pobre não era visto como um perigo médico na cidade. Eram os pobres que realizavam o trabalho de coleta e venda de lixo, transporte de água, eliminação de dejetos, ou seja, os pobres faziam parte do espaço urbano e a eles eram designadas funções variadas fundamentais para as cidades. Foi a partir do século XIX que o pobre passou a ser considerado como um perigo. As razões são variadas: (i) - por uma razão política, entendia-se que os pobres poderiam se tornar uma força capaz de se revoltar ou participar de revoltas; (ii) - o estabelecimento de um sistema postal e

um sistema de carregadores desencadeou uma série de revoltas populares contra esses sistemas; e (iii) - a cólera de 1832 que começou em Paris e posteriormente se espalhou pela Europa, causou uma série de medos político-sanitários em torno da população mais pobre, a plebe. Assim, de acordo com Foucault (1979), nesse contexto da época, o espaço urbano foi dividido entre espaços ricos e pobres e posteriormente necessitou-se de uma organização desses bairros diante do perigo que a população pobre representava. É neste momento de divisão da população e organização dos bairros que o poder político do Estado começa a atingir o direito da propriedade e da habitação, sendo, portanto, essas as razões pelas quais a plebe, durante muito tempo, não foi considerada um perigo médico para as cidades.

Uma nova forma de medicina social surge atrelada ao desenvolvimento industrial da Inglaterra e ao desenvolvimento do proletariado. Foi principalmente com a “Lei dos Pobres” que a medicina inglesa começou a tornar-se social. Essa legislação comportava um controle médico sobre o pobre, uma intervenção médica de assistência, de modo a submetê-lo a vários controles médicos. Esse controle médico também tinha viés político, uma vez que os representantes do governo e as classes ricas asseguravam a saúde dos pobres e, por conseguinte, proteção das classes ricas (FOUCAULT, 1979). Como salienta Foucault (1979), o controle médico da “Lei dos Pobres” era, em suma, um controle sanitário divisório, um controle médico autoritário estendido pelas cidades para separar os ricos dos pobres, garantindo aos pobres assistência gratuita em saúde, e aos ricos proteção de epidemias procedentes das classes pobres. Portanto, foi a partir da “Lei dos Pobres” que se iniciou um processo gradativo de constituição de sistemas de controle médico na Inglaterra ao longo dos anos: eram os sistemas *Health Service* e *Health Officers*.

Os sistemas *Health Service* e *Health Officers* que começaram na Inglaterra em 1875, tinham como objetivo: (i) - controle da vacinação, obrigando as populações a se vacinarem; (ii) - organização do registro das epidemias e doenças capazes de se tornar epidêmicas, obrigando as pessoas à declaração de doenças perigosas; e (iii) - localização e destruição de lugares insalubres. Enquanto a Lei dos Pobres estava associada a um serviço médico para o pobre, o *Health Service* primava atingir não apenas a população em geral, mas as coisas, os locais, o espaço social, ou seja, o controle social das classes pobres se efetivava através da intervenção nos locais insalubres, as verificações de vacina, os registros de doenças. Assim, o sistema *Health Service* funcionou impondo os mesmos controles aplicados pela Lei dos Pobres e foi a partir desse sistema que revoltas violentas foram desencadeadas pela população inglesa na

segunda metade do século XIX, emergindo, então, uma resistência antimedicina, antimedicinalização (FOUCAULT, 1979).

Enquanto o sistema de medicina de Estado alemão era pouco flexível e a medicina urbana francesa era um projeto geral de controle sem instrumento preciso de poder, o sistema inglês possibilitava a organização de uma medicina com formas de poder diversos (assistencial, administrativa e privada), permitindo um esquadramento médico geral e completo da população. Portanto, a medicina social surgida na Inglaterra no século XIX, diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado alemã, teve como características, por um lado, um controle autoritário sobre a saúde e os corpos das classes pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às elites e, por outro lado, este sistema permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como vacinação e epidemias e uma medicina privada destinada a quem tinha meios de pagá-la (FOUCAULT, 1979).

Durante a Segunda Guerra Mundial, ao mesmo tempo em que milhões de pessoas perdiam a vida, consolida-se um direito diferente e complexo: o direito à saúde. É a partir desse período da década de 1940 que o corpo do indivíduo torna-se um dos principais objetos de intervenção do Estado, após a elaboração do Plano Beveridge, na Inglaterra, em 1942. A sociedade assume não apenas a garantia de vida a seus membros, mas a garantia de vida em bom estado de saúde (FOUCAULT, 2010). Ocorre, assim, a formulação de um novo direito, uma nova moral, uma nova política do corpo saudável, objeto no qual o Estado intervém. O Plano Beveridge indica que o Estado se encarrega da saúde, mas não é algo novo, pois, desde o século XVIII, uma das principais funções do Estado era a de garantir a saúde física dos cidadãos e até meados do século XX essa garantia significava também “assegurar a força física nacional, sua capacidade de trabalho e de produção, bem como de defesa e ataques militares” (FOUCAULT, 2010, p. 168).

Para Foucault (2010), no século XIX, em todos os países do mundo surge um novo ideal sobre a saúde, sobre a obrigação dos indivíduos em garantir a própria saúde e a de seus familiares. O conceito de higiene e limpeza ocupa um lugar central na moral do corpo, pois era através da limpeza que o indivíduo alcançava a boa saúde, o bom estado de saúde para poder trabalhar e sustentar os filhos, assegurando, assim, o trabalho social e a produção. Segundo Costa (1999), o corpo, o sexo, as relações afetivas dos indivíduos passaram a ser utilizados sistematicamente como meio de manutenção da ordem social da burguesia. Já a partir

da segunda metade do século XX, surge outro conceito, que já não é o da higiene e limpeza para se alcançar boa saúde, mas o direito de estar doente quando se desejar e necessitar. Era o direito a interromper o trabalho que começava a tomar os corpos dos indivíduos, sendo mais importante que a antiga obrigação da higiene e limpeza que constituíam a moral do indivíduo com seu próprio corpo (FOUCAULT, 2010). Portanto, não foi como força de trabalho que o corpo foi atingido pelo saber médico, mas tal fato se deu posteriormente na segunda metade do século XIX quando os problemas do corpo, da saúde e do nível de força produtiva dos indivíduos foram assumidos pela medicina. Com o Plano Beveridge, a saúde entra na macroeconomia, na medida em que as despesas da saúde, da interrupção do trabalho e a necessidade de cobrir esses riscos tornam-se fenômenos de preocupação do Estado. A partir de então, a saúde ou a ausência de saúde convertem-se em fonte de despesas estatais, entrando nos cálculos da macroeconomia, ao passo que a saúde, a doença e o corpo convertem-se em instrumentos de socialização dos indivíduos (FOUCAULT, 2010).

Foi também no século XIX que se iniciou a construção dos grandes asilos e hospícios, justificada pela harmonia entre as exigências da ordem social contra a desordem dos loucos e as necessidades da terapêutica que pediam o isolamento dos doentes. Para Foucault (1979), o isolamento dos loucos era justificado por cinco razões: (i) - garantia de segurança pessoal dos loucos e de suas famílias; (ii) - libertação das influências externas; (iii) - garantir aos loucos suas vitórias sobre as resistências pessoais; (iv) - submetê-los a um regime médico; (v) - impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais. O que se observa na construção de hospícios é uma escalada da medicalização da sociedade iniciada ainda no século XVII, em que transtornos médicos e comportamentos transgressivos ou desviantes convergem a uma função normatizante da medicina, na qual surge a ideia da definição de limites entre normal e anormal. A criação dos hospícios em particular, revela, assim, uma questão de poder sobre o louco, neutralizando os poderes externos que possam ser exercidos sobre eles e estabelecendo um poder terapêutico e de adestramento. Portanto, o surgimento de uma disciplina hospitalar terá como função assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes estão. Estes serão distribuídos em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece, modificando-se o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, etc. Tem-se, então, uma escalada das técnicas de poder disciplinar, como no hospital e no hospício, que atingem não apenas a doença e o doente, mas expressam uma vasta intervenção médica sobre todo o meio.

Observando a escalada do poder-saber médico na sociedade, conclui-se que a formação da medicina social entre os séculos XVIII e XIX está intrinsecamente ligada a um projeto de controle das massas urbanas pelos Estados da Europa, que será posto em prática semelhantemente no Brasil. “Essa medicina perfaz um caminho onde primeiro ela medicaliza o Estado, depois os espaços e por fim as classes perigosas” (SILVA, 2009, p. 27), alcançando posteriormente o corpo e este corpo servindo de objeto de apropriação capitalista como força de produção. Conforme analisa Silva (2009), a medicina social apenas alcança essa “realidade biopolítica” na segunda metade do século XIX quando se impõe o gerenciamento da qualidade da força de trabalho em questão, uma vez que, até esse ponto, ela tenha percorrido uma longa trajetória buscando formalizar seu objeto de exame e alvo de ação. Nessa perspectiva, o direito do homem em manter seu corpo saudável torna-se objeto de ação do Estado a partir do século XX e a medicina encontra a economia por outra via quando a saúde torna-se objeto de consumo produzido pela corporação médico-farmacêutica (PAIVA, 2018). A medicina de caráter social surgida na Inglaterra servirá, portanto, de padrão a ser seguido pelas sociedades ocidentais, agrupando um tratamento médico às classes pobres, um sistema administrativo eficiente aos espaços urbanos (vacinação, controle de epidemias) e um atendimento médico privado às elites.

O espaço urbano torna-se um objeto de medicalização porque ele é o meio mais perigoso para a população. Nessa perspectiva, a cidade patogênica do século XVIII foi marcada por pânicos e medos, exigindo um discurso médico sobre a morbidade urbana e uma vigilância médica de todo um conjunto de disposições, construções e instituições. Assim, surgem os médicos, para os quais é designada a função de ensinar aos indivíduos as regras fundamentais de higiene, em benefício de sua própria saúde e da saúde dos outros. Dessa forma, a medicina como técnica geral de saúde assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e na escalada de poder durante o século XVIII. Sobre a saúde e a doença, as condições de vida, de habitação e dos hábitos, na sociedade começa a se formar um saber médico-administrativo, um poder médico-político que enquadra toda a população numa série de prescrições não relacionadas apenas à doença, mas também ao comportamento, seja a alimentação, a bebida ou a maneira de se vestir, seja a disposição geral do habitat, a sexualidade ou a fecundidade. Portanto, o médico começa a penetrar em diferentes instâncias de poder, sendo em maior número nas academias científicas, nas enciclopédias, na organização de sociedades médicas, ou seja, o médico começa a exercer um papel de programador de uma sociedade

bem administrada e se torna o grande perito na arte de observar, de corrigir e de melhorar o corpo social para mantê-lo em um permanente estado de saúde (FOUCAULT, 1979).

Na ascensão da biopolítica a vida tornou-se, assim, alvo do Estado em diferentes dimensões. Nesse contexto, a medicina adquiriu um poder político-econômico particular, sendo um dos principais instrumentos utilizados pelo Estado para o controle e vigilância da população. O saber médico tem a capacidade para produzir efeitos disciplinares e regulamentadores precisos na sociedade na medida em que intervém tanto sobre os corpos dos indivíduos quanto sobre os processos biológicos que afetam a população. O controle educativo-terapêutico empreendido pela higiene iniciou, dessa forma, um modo de regulação da vida dos indivíduos que perdura de forma eficiente até os dias atuais. A medicina estabelece-se, portanto, como uma ciência dotada de um poder autoritário com funções normalizadoras que vão além da doença e do doente. A medicalização da vida constitui um claro exemplo de como o poder médico incide sobre a estrutura social.

2.3.2 O Proibicionismo como Estratégia Médico-Política

Para entendermos como se deu a instauração do proibicionismo atual em torno das substâncias psicoativas, é preciso fazer uma análise historiográfica minuciosa sobre as ações adotadas pelos Estados que serviram de mecanismos para o controle sobre essas substâncias. Dentre os mecanismos, é de extrema relevância o fato de a medicina estar historicamente vinculada a esses controles sociais. De acordo com Silva (2009), ao longo dos últimos 200 anos os quadros culturais onde as substâncias psicoativas eram empregadas tornaram-se inadequados pela classe médica, desqualificando-se, assim, o caráter ritualístico e sacro associados ao consumo dessas substâncias em tais contextos. Assim, segundo a autora, foi a medicina quem primeiramente formulou todo o discurso competente em torno das drogas, disseminou representações normativas com base científica para a sociedade e forneceu os argumentos necessários para os instrumentos reguladores e repressivos serem implementados, dessa forma, controlando a ordem social e as condutas dos indivíduos.

No século XIX, os conceitos de higiene e limpeza ocupam um lugar central na moral sobre a saúde do corpo, difundidos através de publicações que colocam a limpeza como requisito para se ter boa saúde, tanto a nível individual quanto a nível social (PAIVA, 2018). Foi por volta do final do século XIX que a medicina altera seu funcionamento, atuando fora de

seu domínio tradicional, em um campo não mais vinculado exclusivamente às doenças, impondo-se não apenas ao indivíduo doente como também ao indivíduo não doente. Dessa forma, tudo que garante saúde ao indivíduo, seja a salubridade da água, o regime urbanístico, as condições de moradia, ou mesmo o consumo de substâncias psicoativas, converte-se em objeto de intervenção médica. Para Foucault (2010), as necessidades da higiene exigem uma intervenção médica autoritária sobre tudo que oferece risco para as doenças, como as prisões, os navios, os hospitais, as instalações portuárias, etc. Assim, objetiva-se isolar regiões de medicalização no espaço urbano para se tornar “pontos de aplicação para o exercício de um poder médico intensificado” (p. 112). Todavia, a conversão da saúde, da doença e do corpo em instrumentos de socialização dos indivíduos, citada por Foucault (2010), desenvolve-se progressivamente em um conjunto de regras amplamente impostas e têm como um dos seus princípios o Estado, mas não necessariamente representado pela polícia e o exército, ou seja, pelo monopólio da força física (PAIVA, 2018).

Com os conhecimentos farmacêuticos e biomédicos, a temática das drogas psicoativas é marcada pela distinção entre fármacos e drogas, reprimindo todas as formas de uso não médico (PAIVA, 2018). Silva (2009) observa que de todos os campos de conhecimento desenvolvidos ao longo da Era Moderna, nenhum obteve tanta importância quanto a medicina e essa importância cresceu à medida que a religião Cristã perdeu seu espaço de influência na sociedade. Assim, segundo a autora, a medicina enquanto ciência cria os meios práticos à argumentação teórica e se põe a serviço para inserir a doença e o doente nos mecanismos de dominação do governo e a medicina de caráter social atua através do aprimoramento de suas técnicas de controle, utilizando-se do uso de substâncias psicoativas para garantir nesses corpos e mentes o entorpecimento ou a estimulação quando for de seu interesse. Segundo Paiva (2018), a medicina como prática está intrinsecamente vinculada à reforma hospitalar, que exprime uma exigência de racionalização, ao qual se chamou de normalização. Já Canguilhem (2009) destaca que do ponto de vista político, a definição de normas higiênicas supõe interesse à saúde da população, à salubridade das condições de vida e à extensão dos tratamentos preventivos e curativos efetivados pela medicina. Dessa forma, a medicina institui um marco disciplinar sem precedentes na arte da cura, tornando-se um campo de conhecimento com ação política precisa que a habilita a compor a sociedade (SILVA, 2009).

Até o século XVIII, a medicina não estava liberta da estagnação científica e terapêutica da Idade Média. Essa libertação começa a acontecer posteriormente quando a medicina se interessa por campos não vinculados exclusivamente às doenças, deixando de ser uma ciência

essencialmente clínica para começar a se tornar uma ciência social (FOUCAULT, 2010). Ao longo dos séculos XVIII e XIX, o saber médico lutava no continente europeu para adquirir status de autonomia dotado de “cientificidade”. A construção deste status se deu à medida que a medicina apropriou-se de segmentos cada vez mais ampliados da sociedade, do meio-ambiente às diversas instituições, das massas aos indivíduos, passando pelo espaço urbano até os portos. A medicina se diferenciava, surgiam as especializações e a separação em definitivo entre médicos e farmacêuticos, em meados do século XIX, coloca esses últimos em posição de menor prestígio e poder na sociedade (SILVA, 2009). Como destaca Silva (2009), quando esse cientificismo do século XIX predomina entre os modos de elaboração do conhecimento, encarregado a promover as condições da vida humana sob a gestão dos Estados, a medicina encontra o cenário perfeito para atuar impondo sua estratégia de controle sobre mentes e corpos. Assim, a proibição das drogas atenderia aos interesses do estamento médico e seria este o mecanismo utilizado para se estabelecer um novo tipo de controle social e político exercido a partir do controle sobre os fármacos e os medicamentos (ADIALA, 2011, p. 8).

Até meados do século XIX, os laboratórios farmacêuticos cada vez mais se apropriavam do papel de porta-vozes da “verdade científica” sobre as drogas e os medicamentos que produziam, processo este que leva os farmacêuticos a perderem sua autonomia e sua autoridade só se mantém na medida em que são as vozes a dar legitimidade a esses laboratórios (SILVA, 2009). Ao final do século XIX, o isolamento do princípio ativo dos vegetais era algo que interessava aos laboratórios químicos e à indústria farmacêutica. Esse estreitamento entre química e medicina permitiu o crescente desenvolvimento de novos medicamentos. O lançamento da Aspirina em 1897 pela corporação alemã Bayer marcaria o início da produção de fármacos sintéticos em substituição aos produtos naturais. Após a Aspirina, surgiria o barbitol, a procaína e a benzocaína, substâncias que teriam grande impacto na prática médica (ADIALA, 2011). Segundo Foucault (2010), no momento em que a medicina assumia suas funções modernas, a tecnologia médica exprimia seu progresso pelo advento dos antibióticos e pela primeira vez na luta eficaz contra as doenças infecciosas. O desenvolvimento dos grandes conglomerados farmacêuticos ao longo do século XX foi, dessa forma, motivado pela compreensão da interferência do fármaco no desempenho físico e psíquico, embora essas corporações não tivessem poder exclusivo sobre a pesquisa e a produção de medicamentos (SILVA, 2009).

Na segunda década do século XX, novas drogas eram produzidas e as antigas – cocaína, clorofórmio, éter e morfina – passavam a ser substituídas na prática médica, tornando-se

preocupação da psiquiatria posteriormente quando se coloca o problema social das drogas no debate médico e as vinculam com crime e loucura. Apesar da substituição dessas drogas antigas na prática terapêutica, a medicina ainda estava dependente dessas substâncias, o que justificava “sua importação pelos droguistas, sua venda nas farmácias e sua prescrição pelos médicos” (ADIALA, 2011, p. 165). Ainda de acordo com Adiala (2011), o entusiasmo em torno do advento de novos medicamentos se dava em razão de sua capacidade de insensibilizar o corpo do doente durante as operações, possibilitando ao médico separar a doença do doente, eliminando, dessa forma, qualquer relação entre magia, possessão e doença. Portanto, para esta medicina, a doença passava a ser um evento natural submetido às regras da razão, objeto de estudo descrito, classificado e ordenado detalhadamente (SAYD, 1998). Ainda no século XX, os laboratórios tornam-se vozes oficiais e autoridade máxima na hierarquia social, determinando o papel do medicamento na sociedade, e os farmacêuticos tornam-se funcionários subordinados a estes laboratórios. Já aos médicos é delegada a função de apenas receber o medicamento e receitá-lo ao paciente (SILVA, 2009).

Enquanto os médicos se empenhavam em determinar seu campo de atuação ao definir a medicina social, gradualmente eles delegavam a terceiros o preparo dos fármacos (SILVA, 2009). A relação entre farmácia e medicina era complementar, havia certa divisão do trabalho curativo, no entanto, a introdução da indústria farmacêutica no final do século XIX romperia essa cumplicidade entre médicos e farmacêuticos, aumentando a desconfiança em relação à exata manipulação da fórmula (ADIALA, 2011). Ainda nesta época de inovações no campo científico, havia certa preocupação da medicina com relação às consequências fisiológicas e os envenenamentos desencadeados pelas drogas, preocupação que aumentava na medida em que o médico se responsabilizava pela administração da droga ao paciente. Os casos de acidentes eram catalogados majoritariamente, atribuídos à conduta médica, os quais deveriam desaparecer a partir da produção de novas drogas pelos laboratórios farmacêuticos, mais seguras e eficazes do ponto de vista terapêutico (SILVA, 2009). O conhecimento e a manipulação dos medicamentos foram tornando-se funções especializadas e, assim, separadas da função curativa do médico, ao mesmo tempo em que os farmacêuticos tornaram-se subordinados à autoridade dos grandes laboratórios. A organização destes grandes laboratórios, principalmente a partir da virada do século XIX ao XX, reduziu os farmacêuticos a funcionários dessas corporações (SILVA, 2009).

Antes do estabelecimento da legitimidade do saber médico-farmacológico, a prática era recorrer às receitas caseiras e preparados tradicionais. A prática científica utilizada na sis-

tematização deste campo de saber, segundo Silva (2009), se apropria destes conhecimentos tradicionais, seja rechaçando-os ou corrompendo-os, criando medicamentos legitimamente reconhecidos como eficazes sob a chancela da medicina e da farmacologia e destituindo as práticas terapêuticas seculares do campo de validade, uma vez que tais práticas não condiziam com hábitos e costumes da sociedade burguesa. Torcato *et al.*, (2013) destacam que a aprovação de uma substância psicoativa é obtida quando esta é submetida a testes de eficiência dos efeitos desejados. Assim, tem-se um controle laboratorial, ao passo em que se cria uma crença de que esta determinada substância submetida aos testes é dotada de qualidades intrínsecas, características que contribuem para a sua aceitação na sociedade. Dessa forma, a formação de médicos e farmacêuticos jogou na clandestinidade todos aqueles que praticavam a cura sob princípios distintos ao campo do saber médico-farmacológico, os quais incluíam feiticeiros, curandeiros, boticários e herbolários, genericamente agrupados no “charlatanismo”, sendo desautorizados e perseguidos pelos instrumentos de controle do Estado (SILVA, 2009). Desautorizar hábitos e costumes seculares vinculados ao uso de remédios fez parte, portanto, das estratégias da corporação médico-farmacêutica para prescrever condutas e legitimar a prática da cura no diagnóstico, na prescrição de medicamentos, no preparo e na pesquisa, tornando os profissionais médicos e farmacêuticos os únicos dotados de autoridade para tais fins (ADIALA, 2011; SILVA, 2009).

A intenção de retirar da farmacopeia todas as substâncias desnecessárias do ponto de vista médico e reconstruir a terapêutica com produtos legitimados pelo conhecimento científico foram medidas empreendidas pela classe médica a partir do início do século XX. Já na segunda metade deste século, essa monopolização da prática terapêutica se intensifica e os fármacos clássicos são substituídos por outros produzidos pela indústria farmacêutica (TORCATO, 2016). De acordo com Vargas (2008), foi principalmente a partir da década de 1940 que a produção de medicamentos pelas corporações industriais aumentou de forma ininterrupta, processo este denominado de “explosão farmacêutica”. Para Foucault (1979), a explosão na produção de medicamentos faz parte de um processo mais amplo de medicalização dos corpos e da vida, contemporaneamente paralelo ao desenvolvimento do sistema capitalista nos fins do século XVIII e início do século XIX. Fiore (2008) observa que uma sociedade medicalizada não é necessariamente aquela em que os médicos impõem seu poder através de prescrições. Trata-se de uma sociabilidade em que os dilemas médicos são compartilhados enquanto valores fundamentais. Dessa forma, buscar a vida saudável, afastar a morte, aliviar o sofrimento, são dilemas que delimitam a sociedade contemporânea, berço da medicina enquanto

saber científico legitimado. O advento de uma variedade de novas drogas que entram na prática médica fez parte, portanto, do progresso da medicina e gerou grande entusiasmo entre os médicos cirurgiões.

A introdução dessa ampla variedade de fármacos foi decisiva para fundamentar o processo de medicalização dos corpos e da vida, ao mesmo tempo em que seu uso passara a provocar efeitos danosos, surgindo, assim, uma preocupação com a segurança dessas substâncias (VARGAS, 2008). Foucault (2010) observa que uma das propriedades e capacidades da medicina é a de matar e tal periculosidade se mantinha inscrita como ignorância da própria medicina ou ignorância do médico nos séculos passados. O que surge a partir do século XX é a ideia de que a medicina pode ser perigosa não pela sua ignorância ou falsidade, mas em razão do seu saber enquanto ciência. Nos países do Ocidente, a alteração na legislação sobre medicamentos só ocorreu de fato após a tragédia da talidomida, no início dos anos 1960. O uso desse hipnótico, recém-introduzido no mercado farmacêutico, desencadeou uma epidemia de focomelia e outras malformações que acometeram filhos de mães que utilizaram o medicamento durante a gestação (VARGAS, 2008). Assim, o “risco médico” descrito por Foucault (2010), quando o efeito positivo da medicina é acompanhado por várias consequências negativas, caminhou junto com esta ciência durante todo o seu progresso científico ao longo dos séculos.

O desenvolvimento da indústria farmacêutica permitiu que as drogas se tornassem mais acessíveis e eficazes, ao mesmo tempo em que exigiu um meio social disciplinado, em que essas mesmas substâncias passariam a sofrer maiores pressões restritivas. Tais pressões, de acordo com Adiala (2011), viriam de um lado das inovações médico-farmacêuticas que possibilitaram o controle sobre as doenças infecciosas, reduzindo a necessidade de drogas antigas e criando novas drogas substitutivas. E, de outro lado, a partir do estabelecimento da autoridade da corporação médica que aplicava restrições ao acesso às drogas por meio de leis prescritivas e limites de consumo. À medida que cresciam, as corporações farmacêuticas tornavam-se indústrias do lucro, passando a ser sustentadas pelo financiamento coletivo da saúde e da doença por intermédio das instituições de seguro social que detém os fundos das pessoas que devem se proteger das doenças, ao passo que os médicos tornavam-se intermediários entre essas corporações e a demanda do cliente, em simples distribuidores de medicamentos (FOUCAULT, 2010). Portanto, os saberes médico-farmacológicos embasaram as políticas repressivas às substâncias psicoativas e, de forma contínua, auxiliaram na execução do que viria a ser o estatuto legal de proibição às drogas em vários países.

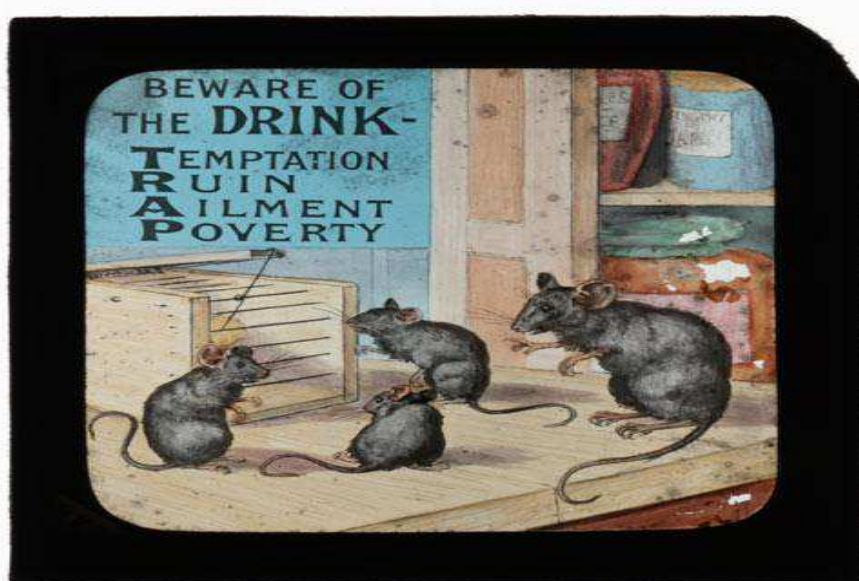
A medicalização sobre mentes e corpos expressa, assim, uma vasta empreitada da corporação médico-farmacêutica, na qual se instalou uma ordem baseada no monopólio médico ao direito de uso de drogas em geral e de psicoativos em particular. Dessa forma, é dada exclusividade aos médicos para a prescrição de medicamentos, ao passo que se reprime a automedicação, considerada uma prática de risco na medida em que o usuário não tem competência técnica para fazê-la (CARNEIRO, 2008). Portanto, segundo Brito (1996), a medicina detém o monopólio técnico e explicativo do conhecimento sobre o uso e abuso de drogas, controle discursivo exercido principalmente pela psiquiatria que se apropria do saber sobre os fenômenos envolvendo as substâncias psicoativas. O saber médico estabelece-se como campo de conhecimento de efetivo poder sobre os modos de conduta e comportamentos sociais, “ao elaborar os novos paradigmas conceituais deste campo disciplinar de modo a acomodar seus interesses corporativos” (SILVA, 2009, p. 59). Constituindo-se como parte importante no estatuto adquirido pelas drogas, a criminalização de determinadas substâncias psicoativas, fundamentada pelo discurso médico em nome da saúde e da ciência, como salienta Adiala (2011), esconde uma interdição moral, a qual é revelada pela análise deste novo campo de saber que se opõe à autoridade da moral religiosa, ocupando seu lugar e orientando as regras de comportamento da sociedade.

2.3.3 O Ideal Civilizatório Protestante-Puritano

Na busca pela ampliação da esfera da autodeterminação, a liberdade de si e de seu corpo enfrentarão os pressupostos dos “dogmas escolásticos” (CARNEIRO, 2008). Nos séculos XVII e XVIII surgiam na Inglaterra e nos EUA movimentos religiosos de cunho protestante visando a abstenção total do álcool – eram os Movimentos de Temperança. Apesar da agitação social que esses movimentos causavam, foi somente a partir do século XIX que mudanças significativas ocorreram nesses dois países. O consumo de bebidas alcoólicas não era visto com bons olhos pelas sociedades da época – era associado à fraqueza de caráter, pouco autocontrole e irresponsabilidade social (Figura 8) (BLOCKER; FAHEY; TYRRELL, 2003), embora o moralismo dos movimentos de Temperança não se restringisse ao ataque direto às substâncias psicoativas. Elas passaram a ser vinculadas também aos grupos sociais marginalizados, tais como negros, pobres e imigrantes, os quais faziam uso imoderado dessas substâncias (RODRIGUES, 2008). Segundo Fernandes (2015), a influência do protestantismo contribuiu

decisivamente para o surgimento desses grupos abstêmios – a abstinência encontra-se no próprio patrono da Reforma Protestante, Martin Lutero, “idealista da moderação quanto ao uso de bebidas alcoólicas” (p. 33). Para Passetti (2013), a relação entre crime e vício, atrelada à moral, se consolida na sociedade americana e o Estado intervém para definir as condutas e criminalizar o vício. Assim, de acordo com Paiva (2018), a política proibicionista americana “foi fundamentada na associação entre coerção e saúde pública, ligando a problemática da droga a uma relação indissociável entre segurança e saúde” (p. 18).

Figura 8: “A ratoeira” (Cuidado com a bebida – tentação, ruína, doença, pobreza).

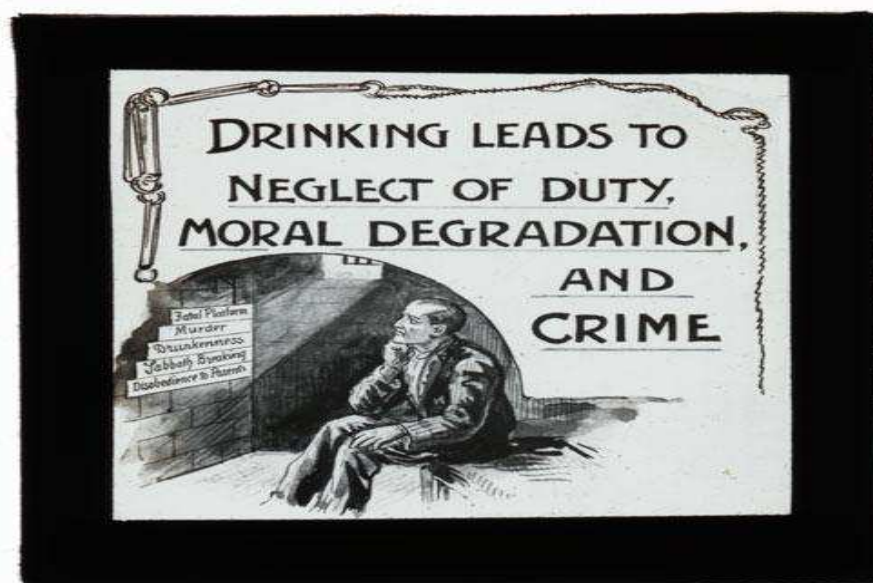


Fonte: McAllister (2012).

Os Movimentos de Temperança não se limitavam aos adultos. Ao longo dos anos de 1890 a 1914 foram fundadas organizações chamadas “Band of Hopes” destinadas a crianças, as quais tinham como metodologia a educação musical, moral e salutar. As palestras da “Band of Hopes” objetivavam ensinar as crianças sobre os perigos do álcool – a bebida era associada a óbitos, doenças, lesões, degradação moral e crime (Figura 9) (McALLISTER, 2012). Dessa forma, tais organizações primavam por afastá-las da bebida desde cedo para que se tornassem adultos abstêmios (BLOCKER; FAHEY; TYRRELL, 2003). Essa tática servia também para que essas mesmas crianças difundissem a abstenção a seus familiares (McALLISTER, 2012). Assim, o argumento moral cristão foi a principal estratégia utilizada pela “Band of Hopes”,

sendo essa moral quem orientava a construção de comportamentos aceitáveis dentro da sociedade (PAIVA, 2018).

Figura 9: “Beber leva à negligência do dever, degradação moral e crime”.



Fonte: McAllister (2012).

Nos EUA, dois pastores presbiterianos, Justin Edwards e Lyman Beecher, fundaram em 1826 a *American Temperance Society*. Esta sociedade tinha como objetivo a promoção de uma vida saudável, sem a presença de álcool; os étlicos deveriam morrer, pois dessa forma o mundo se livraria de um mal. Essas ideias defendidas por Beecher e Edwards foram amplamente aceitas, resultando na formação de mais de duas mil sociedades abstêmias com 170 mil membros e, posteriormente, aumentando para 8 mil sociedades e mais de 1,5 milhão de membros nos EUA (FERNANDES, 2015). Ainda nos Estados Unidos, grupos associados a igrejas protestantes começaram a se organizar ao final da Guerra Civil americana (1861-1865) a fim de pressionar o governo a proibir a produção, venda e consumo de substâncias psicoativas, principalmente o álcool (PAIVA, 2018). Um desses grupos era o Anti-Saloon League, fundado em 1893, principal organização americana de oposição aos *Saloons*, estabelecimentos que concentravam jogos de azar, consumo de álcool e prostituição, três dos maiores vícios para o protestantismo (RODRIGUES, 2003).

De acordo com Fernandes (2015), esses movimentos passaram da “conversão” para a “imposição”, tornando-se radicais ao ponto de defender a proibição legal do álcool, e essa

radicalidade dos movimentos somaram-se à política progressista e à renovação religiosa americana. Em 1914, os Estados Unidos decretam a Harrison Act, primeira lei do mundo dedicada à fiscalização do uso não médico das drogas de origem vegetal. Nessa perspectiva, o Departamento de Narcóticos do governo americano desencadeia uma intensa campanha contra o uso de maconha, através de leis rígidas e utilizando a imprensa para alardear os perigos envolvendo a droga (SAAD, 2010). Em 1919, também após uma intensa campanha, os movimentos de Temperança conseguiram aprovar uma emenda constitucional para proibir o comércio de bebidas alcoólicas em território americano – entrava em vigor a Volstead Act, conhecida como Lei Seca. A aprovação da Lei Seca significava a vitória das práticas puritano-moralistas e das estratégias de controle social empreendidas pelo governo americano que colocava grupos sociais e práticas a eles associados, no caso o consumo de bebidas alcoólicas, sob controle e vigilância (RODRIGUES, 2008). Essa fracassada tentativa de proibir a fabricação, o comércio e o transporte de álcool nos Estados Unidos, nos anos 1920, tornou-se, no entanto, um negócio clandestino de lucro, crime e corrupção, além de contribuir para aumentar os riscos de consumo de produtos adulterados e de má qualidade fabricados por terceiros.

Como observado, o efeito imediato da Lei Seca não foi a supressão do álcool e das práticas sociais vinculadas a ele, mas a criação de um mercado clandestino de negociantes que estavam dispostos a oferecer a bebida para uma vasta clientela (RODRIGUES, 2008). Com o avançar dos anos, a proibição atingiria outras drogas, incluindo a cocaína e a maconha e o álcool, ao final dos anos 1930, retornaria à legalidade. Apesar disso, o ideal proibicionista sobre o álcool perdurou na sociedade americana e inspirou mais tarde outras campanhas ainda mais severas (CARNEIRO, 2008). A maconha, por sua vez, recebeu a primeira restrição rígida em 1937, quando o então presidente Franklin Roosevelt criou a Lei Tributária sobre a Maconha (Marijuana Tax Act), proibindo a produção e a venda da droga e seus derivados em território americano (PAIVA, 2018). Nessa época surge o filme *Reefer Madness*, originalmente nomeado *Tell Your Children*, financiado pelo governo americano e produzido e divulgado entre os anos 1936 a 1939 (Figura 10). Esse filme pretendia convencer os cidadãos americanos dos supostos malefícios da maconha, descrita como “um narcótico violento” e “o verdadeiro inimigo público número um” que estava destruindo a juventude americana: “Fumar a erva assassina tem o efeito imediato de fazer você dançar incontrolavelmente ao jazz, rir de uma forma insana e se entregar a um comportamento promíscuo – tudo logo depois de uma tragada.” (PAIVA, 2018, p. 35).

Figura 10: Imagens de propagandas do filme estadunidense *Reefer Madness* divulgadas nos Estados Unidos entre os anos 1936 a 1939.



Fonte: Borille (2016).

Nesse contexto, segundo Carneiro (2008), a proibição ou não de bebidas alcoólicas e outras drogas insere-se como um “divisor de águas” na história religiosa e cultural ao revelar uma “determinação sacerdotal em se apropriar ou abolir o direito social às plantas sagradas” (p. 75). Com a ascensão do cristianismo, ocorreu uma perseguição à cultura pagã clássica e o vinho e seus produtos ocuparam um lugar central, se sobrepondo a outros psicoativos. Assim, o álcool tornou-se objeto de intervenção e perseguição por algumas seitas protestantes, enquanto a Igreja Católica empreendeu rechaço a cultos e plantas sagradas em todos os continentes, principalmente nas Américas, onde o combate à idolatria foi um dos objetivos da Inquisição (Ibidem: p. 75). Portanto, como destaca Torcato (2016), todas as substâncias, com exceção do vinho, “ficaram renegadas ao ostracismo, seja no repertório farmacológico popular – que posteriormente será perseguido a ferro e fogo pela inquisição – seja entre os árabes que se tornaram herdeiros da cultura clássica” (p. 33).

Assim, a problemática em torno do álcool moldou um cenário político nos EUA onde o vício ou a dependência estariam associados ao crime. Foi através dos Movimentos de Temperança que este ideal se consolidou na sociedade americana e incentivou toda uma política antidrogas, na qual foram aplicadas medidas repressivas à venda e produção de álcool e o encarceramento dos alcoolistas em hospícios e prisões. Essa política proibicionista perdurou e

se aperfeiçoou, garantida por uma moral fundada no puritanismo protestante da sociedade estadunidense e contribuindo para que a proibição atingisse também o tabaco e outras drogas psicoativas. Dessa forma, os Movimentos de Temperança foram fundamentais para a execução de procedimentos legais para o controle de substâncias psicoativas em território americano e contribuiu para que essa mesma política fosse executada nos demais países.

2.3.4 O Discurso Médico e a Escalada Punitivista no Brasil

A alienação é a perda da capacidade de autonomia de decisão sobre si mesmo. De acordo com Silva (2009), na fabricação do homem moderno alienado, as drogas têm um papel fundamental como meio de controle e manipulação. Para Carneiro (2005), essa escalada de controle objetiva manobrar as massas através de recursos manipulatórios indutores de comportamentos e hábitos sociais. No entanto, a ilegalidade de muitas substâncias psicoativas não é algo tão antigo. Pelo contrário, há cerca de um século não existiam proibições à produção, ao consumo e à venda dessas substâncias. Nos dias atuais, a proibição das drogas apresenta-se como estratégia de controle social, na qual os usuários são definidos como pertencentes a uma classe perigosa à moral, à saúde pública e à segurança pública (PAIVA, 2018). Portanto, segundo Paiva (2018), o proibicionismo é resultante de diversas práticas sociais de uma cultura punitivista e moralista e das táticas de biopolítica do século XX. Esse sistema repressivo vinculado às drogas, antes de ser uma doutrina para tratar o “problema-droga”, “é uma prática moral e política que defende, como dever do Estado, a proibição de determinadas substâncias, desde a produção até o consumo” (p. 17).

A medicina social se consolida no Brasil no início do século XX, no entanto, o tratamento dos problemas sociais pela ótica médica já está presente no País desde o final do século XIX. Nesta época, de acordo com Silva (2009), a medicina procurava explicar os distúrbios sociais levando em consideração as patologias clínicas, tais como a prostituição e a criminalidade, assim, tais condutas eram uma associação entre meio social e predisposição genética. O campo jurídico-policia se ocupa posteriormente do “problema-droga”, embasado pela premissa do saber médico, prescrevendo punições aos infratores, e, dessa forma, tornando as drogas como também um problema de domínio policial-judiciário. Na contramão aos decretos repressivos instaurados no Brasil, mesmo que não prescritas diretamente pelos médicos, as substâncias entorpecentes eram alardeadas pelos grandes laboratórios como

garantia de cura para determinadas enfermidades, as quais se incluíam compostos à base de coca, clorofórmio, ópio e derivados (SILVA, 2009, p. 19-20). Essas substâncias que enormemente contribuíram para o avanço da ciência e da medicina e para a afirmação da cirurgia, mais tarde, revelariam seu caráter destruidor (ADIALA, 2011), avançando como uma ameaça ao projeto modernizador brasileiro e impactando profundamente a ordem social.

Até meados do século XIX, a cirurgia era um campo de atuação quase inalterado em relação aos tempos coloniais. Os cirurgiões ocupavam um lugar de menor prestígio na sociedade, uma vez que as intervenções cirúrgicas sobre o corpo doente geravam reações adversas, limitando este campo de atuação. Assim, dentro dos quadros da medicina oficial, os cirurgiões brasileiros estabeleciam-se em um patamar inferior ao dos físicos e boticários (TORCATO, 2016). Essa situação, no entanto, se alteraria a partir da década de 1840 com a descoberta dos efeitos anestésicos do éter e do clorofórmio que passariam a ser largamente utilizados na clínica cirúrgica, demandando uma enorme quantidade de profissionais. No Brasil dos fins do século XIX, diversas práticas de cura conviviam com a medicina oficial do Império. Até a extinção da Fisicatura, em 1828, a medicina oficial era exercida em grande parte por cirurgiões, os quais, a partir desse ponto, começavam a conquistar maior espaço na sociedade. Já a concorrência crescia e se tornava mais popular, uma vez que a medicina acadêmica, exclusiva das elites, teria falhado em conquistar a confiança das pessoas. Esse fato teria gerado pouco retorno do mercado aos médicos, “fazendo que eles buscassem apoio das autoridades imperiais para banir, da forma mais agressiva, o charlatanismo fruto da ignorância do povo” (TORCATO, 2016, p. 95).

Ainda na década de 1840, o interesse sobre os anestésicos aumentava. Em 1847 era realizada a primeira anestesia com éter no Hospital Militar do Rio de Janeiro, prática disseminando-se posteriormente entre os médicos da Corte. Nas cidades do interior, até os fins do século XIX, as cirurgias ainda eram realizadas sem o uso de anestesia, ao passo que nas instituições oficiais o estudo dos anestésicos tornava-se crescente. Ainda nas pequenas cidades, mesmo proibidas por lei, as práticas ilegais estavam presentes no dia-a-dia da população. Utilizando-se de um linguajar de fácil compreensão pelos habitantes locais, diferente do discurso médico acadêmico, esses práticos conseguiam estabelecer o processo terapêutico (MAGALHÃES, 2011), enquanto “os médicos e cirurgiões se fortaleciam como grupo na medida em que sua formação ia se institucionalizando” (PIMENTA, 1997, p. 50). Embora essa institucionalização do saber e da técnica científica da medicina perante a sociedade tenha sido lenta e conflituosa, significou a ruptura de muitos séculos com as práticas de curandeiros, herbolários

e seguidores dos conhecimentos empíricos de jesuítas, indígenas e africanos. As práticas terapêuticas dos empíricos eram caracterizadas, por exemplo, por muitos erros que acabavam mutilando ou matando inúmeras pessoas. O prático de farmácia ocupava corriqueiramente a posição de médico, uma vez que visitava os doentes, diagnosticava e prescrevia, e, até mesmo, executava pequenas intervenções cirúrgicas e amputações. Foi, portanto, nesse contexto, que a classe médica da época empreendeu mais rigor na emissão das cartas de práticos, dotando os médicos de únicos profissionais habilitados para esses procedimentos (MAGALHÃES, 2011).

Na primeira metade do século XIX, diante da concorrência na prática terapêutica e tomando como referência a medicina francesa, entre os médicos intensificou-se o entendimento de se fortalecer sua corporação no Brasil. Nessa perspectiva, é fundada em 1829 a Sociedade de Medicina da Corte, passando a se chamar Academia Imperial de Medicina em 1835 (MAGALHÃES, 2011), embora desde 1808 as instituições de ensino médico-cirúrgico já começavam a se organizar no Rio de Janeiro e na Bahia (PIMENTA, 1997). Nas reuniões da classe médica, almejava-se o combate à concorrência, a busca de influência da medicina junto às autoridades do governo, a educação da população e a consolidação da própria ciência médica como exercício legítimo da cura (MAGALHÃES, 2011). Segundo Magalhães (2011), até a segunda metade do século XIX, imperava no Brasil uma cultura médica rudimentar. Nas Faculdades de Medicina, por exemplo, os currículos não constavam com as chamadas ciências acessórias, tais como física, química e botânica. A clínica era voltada para as práticas curativas diretas, baseadas apenas no que o clínico observava na cabeceira do enfermo. Ao mesmo tempo, existia uma desqualificação dos cursos médicos, as escolas funcionavam de forma precária, os laboratórios eram deficientes, o número de professores era reduzido e as bibliotecas careciam de obras fundamentais aos cursos de medicina. Foi nesse cenário que surgiu a necessidade de se institucionalizar o ensino médico no País, primeiramente por meio do fortalecimento dos cursos de cirurgia (PIMENTA, 1997).

Sob a vigência do Regulamento Imperial, em 1851 foi elaborada a primeira lei brasileira que demonstrou a preocupação do Estado com as substâncias psicoativas. Nesta lei, foram estabelecidas normas em relação ao exercício da medicina, venda de medicamentos e outras substâncias, saúde portuária, inspeção de vacinação e atuação da polícia sanitária, sem, no entanto, explicitar qualquer proibição ao comércio ou consumo de drogas (PAIVA, 2018). De acordo com Adiala (2011), em território brasileiro as drogas passam a se tornar questão de interesse médico entre o final do século XIX e início do século XX, a partir de duas proble-

máticas: (i) - o uso de variadas substâncias em anestesia e analgesia durante intervenções cirúrgicas; e (ii) - a problemática em torno do álcool e a discussão social que esta substância já representava à época. Assim, a questão do abuso de drogas e bebidas passaria a ser enquadrada sob a mesma classe de problemas a partir dos anos 1920. Ao mesmo tempo em que as drogas se tornavam objeto de discussão, ocorriam mudanças importantes na prática médica diante das inovações científicas na área da microbiologia, as quais passaram a permitir o controle sobre as doenças. É nesse contexto que os hospitais, anteriormente locais de refúgio da morte, tornam-se agora espaços para a cura, ambientes adequados para a realização de cirurgias e tratamentos de saúde (MAGALHÃES, 2011).

A medicina encontrava um campo fértil no Brasil nos fins do século XIX, tanto em meio às transformações políticas, econômicas e culturais quanto às inovações científicas na microbiologia e na descoberta de novas drogas para uso terapêutico. Segundo Torcato *et al.* (2013), já existia um entendimento entre os médicos no País de que as drogas deveriam ser utilizadas apenas pela medicina e o comércio fora desse campo necessitaria de regulamentações. Gradativamente, as autoridades médicas começam a fazer parte dos serviços sanitários do Império. Como observam Machado *et al.* (1978), a medicina penetra em tudo e inclusive no aparelho estatal, numa “relação que não é de justaposição ou de apropriação, mas de imanência” (p. 157). Nessa perspectiva, em 1890, ministrar ou vender substâncias sem autorização ou fora dos regulamentos passam a ser enquadrados como crimes contra a saúde pública. Ainda nesta época perduravam discussões sobre a cocaína e seu uso como anestésico e como veneno. Já o álcool entrava nos debates como questão médico-legal, uma vez que estava em pauta a problemática da responsabilidade civil do alcoolista, ao mesmo tempo em que a medicina rejeitava a teoria do álcool-alimento e o valor terapêutico dos preparados à base da substância (ADIALA, 2011). Em 1892, proíbe-se a venda de cocaína, embora os infratores não fossem punidos. A elaboração do Código Sanitário de 1911 criou a Polícia Sanitária, responsável por vigiar farmácias, panificadoras, bares e restaurantes, e reafirmava o Código Penal de 1890 que estabelecia a venda de substâncias psicoativas como ilegal (PAIVA, 2018).

Nos fins do século XIX e primeiros anos do século XX, a discussão sobre drogas como cocaína, clorofórmio e morfina estava direcionada à utilidade terapêutica na prática médica e havia uma preocupação com o controle médico sobre essas substâncias, pautadas na legitimação do saber médico, fosse nas disputas contra o “charlatanismo”, fosse na relação complexa entre farmácia e medicina. A discussão médica sobre as implicações sociais das drogas se inicia em 1904 com o álcool e posteriormente em 1910 com o ópio e seus derivados e a

maconha (ADIALA, 2011). Neste período, o Brasil passava por uma transição urbana onde a ordem e as limpezas tomariam o lugar da doença e da insalubridade. Neste contexto, são aplicadas medidas sanitárias como forma de combater as doenças e as epidemias que afetariam o progresso material (PAIVA, 2018). Algumas dessas medidas eram dependentes do poder curativo do médico e, segundo Silva (2009), faziam parte do projeto civilizador da medicina social aqui implantada. Assim, como demonstrado por Costa (1999), um dos marcos da superioridade médica é a técnica de higienização da população e foi no Brasil Colônia que esta técnica foi primeiramente executada, na medida em que a conduta anti-higiênica das populações tornava-se um empecilho para a saúde das cidades. Dessa forma, “o Estado aceitou medicalizar suas ações políticas, reconhecendo o valor político das ações médicas” (p. 29). Inicia-se, portanto, um processo gradativo de institucionalização do saber médico, no qual o Estado se auto-intitula único detentor deste saber, utilizando-se de regulamentos sanitários e deliberações para controlar o consumo e o desejo da população (TORCATO, 2016).

No início do século XX ainda havia pouca regulamentação em relação às substâncias psicoativas no Brasil, semelhantemente ao que ocorria nos Estados Unidos. O consumo de cocaína e morfina era de poder das elites econômicas e restringiam-se a bordéis e fumèries (PAIVA, 2018). Progressivamente, criava-se um ambiente favorável ao controle dos psicoativos em território brasileiro, de um lado em razão das intensas campanhas empreendidas por grupos conservadores que viam nas drogas a degeneração dos costumes e o desvio moral, e de outro pela associação das drogas às desordens sociais. Ainda neste período, a relação entre embriaguez e criminalidade era um tema amplamente discutido pelo campo da medicina-legal, unindo juristas, médicos legistas, psiquiatras e criminólogos. Esses especialistas debatiam o individualismo nas sociedades liberais da época e colocavam o excesso das liberdades individuais como causa das agitações sociais (ADIALA, 2011). A degradação social e moral da sociedade brasileira, vista pelos médicos psiquiatras, era atribuída aos vícios e à miscigenação racial da população. O alcoolismo tornou-se causa da pobreza e da decadência moral por ser encontrado nas camadas sociais pobres e a miscigenação racial tornou-se causa da desordem política e social (MANSANERA; SILVA, 2000). De acordo com Adiala (2011), o alcoolismo era mal visto não apenas por causa dos malefícios que causava à saúde, como também em razão da questão moral ligada à embriaguez. Assim, as figuras do bêbado vagabundo, do alcoólatra perturbador da ordem social e do alcoolista criminoso evidenciavam a associação entre bebidas alcoólicas, atos criminosos e desordem.

Ao final da década de 1910, as drogas já se popularizavam em todas as classes sociais e os grupos conservadores iniciavam campanhas ainda mais incisivas contra essas substâncias (PAIVA, 2018). Em 1917, era promulgado em São Paulo um novo regulamento sanitário que previa maior punição e menor tolerância ao uso de drogas. Este regulamento previa um maior policiamento sanitário, multas e fechamento de estabelecimentos que vendiam entorpecentes fora do uso médico (TORCATO *et al.*, 2013). Essa política repressiva se consolida em 1921 com a aplicação da Lei nº. 4.294 de 14 de julho que estabelecia penalidades para contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados e criava, ainda, estabelecimentos especiais para intoxicações por álcool ou substâncias venenosas (PAIVA, 2018). Era proibido vender sem autorização dos regulamentos sanitários – multa de 500\$ a 1.000\$ por infração. Se a substância fosse entorpecente, o contraventor poderia pegar até quatro anos de prisão. Também era prevista multa para o indivíduo que se apresentasse bêbado em público causando escândalo e desordem, podendo ser multado em 20\$ a 200\$, e, ainda, internação em estabelecimento correccional adequado para o hábito de embriagar-se (TORCATO, 2016). A aprovação da lei sobre entorpecentes, de 1921, acompanhou o movimento proibicionista dos Estados Unidos, definindo a mudança no discurso sobre as drogas e passando a tratá-las como problema de domínio público, além de evidenciar a criação da categoria diagnóstica toxicomania, elaborada pela psiquiatria. A afirmação de uma representação patologizante do usuário de drogas, o toxicômano, contribuiu, assim, para a criação de sanatórios para estes indivíduos (ADIALA, 2011).

É a partir da década de 1920 que ocorre uma mudança radical no discurso médico sobre as drogas, período em que os medicamentos de largo uso passam a ser enquadrados como tóxicos (BRITO, 1996), surgindo dispositivos de controle policial-sanitário inéditos sobre o corpo social, a partir da oposição medicamento/tóxico e, iniciando-se, assim, a construção de um ideal incriminador dos entorpecentes no Brasil. Este ideal era fundamentado em um viés racial graças à vigência de ideais eugenistas do período (SILVA, 2009). Aos governantes da época interessavam o desenvolvimento de um projeto de controle sanitário dos portos, a proteção da sanidade da força de trabalho e o desenvolvimento de uma política demográfico-sanitária que contemplasse a questão racial (MANSANERA; SILVA, 2000). Esse projeto ideal de Nação, de acordo com Silva (2009), foi alicerçado por condutas de enfretamento às drogas, tratando-as como principal elemento de perpetuação e degenerescência do povo, as quais resultavam em doenças, violência, vícios e pobreza. Essas condutas foram orientadas pela corporação médica, designada a informar os procedimentos necessários para o salvamento da

Nação. Esse discurso médico-sanitário que acompanhou o início do processo de transformação político-econômica da sociedade brasileira era expresso no pensamento de uma parte da elite dominante que queria modernizar o país (MANSANERA; SILVA, 2000).

A partir do momento que determinados grupos sociais são associados ao crime, o aparelho de coerção do Estado é executado, sendo direcionado ao tráfico e ao consumo de drogas, vinculados às classes baixas da sociedade, representadas como perigo de agitações sociais, desordem e insalubridade (RODRIGUES, 2008). Neste cenário, ocorre em 1923 o I Congresso Brasileiro de Higiene, onde os principais articuladores do movimento da higiene social apropriaram-se da tarefa de proteger a sociedade através de medidas higiênicas. Mansanera e Silva (2000) observam que esse higienismo fundamentava-se na criação de hábitos sadios, no combate às “*taras sociais*” e na realização das grandes aspirações sanitárias do Estado, que incluíam a robustez do indivíduo e a virtude racial. Tais medidas centravam-se na ordem e nos ideais igualitários e contra a anarquia liberal, a promiscuidade e a decadência urbanas. Já Torcato (2016) salienta que a criação de algumas especialidades médicas, como a medicina-legal e a psiquiatria, auxiliou na formação de um campo de atuação onde “os médicos se colocavam como profissionais alheios à tradição erudita identificada com a prática clínica” (p. 275). Nessa perspectiva, surge um discurso científico racial e biologicista legitimado que procurava justificar as desigualdades sociais do período (TORCATO, 2016, p. 276). Até meados da década 1940, essas medidas sanitárias seriam decisivamente influenciadas por esses ideais eugenistas, mobilizadas principalmente pela classe médica que vislumbrava no eugenismo a oportunidade de colaborar com medidas de combate ao considerado grave problema da composição racial brasileira. Ao estabelecer a distinção entre as raças e condenar a mestiçagem, “os médicos definiram o cruzamento como o maior mal da população brasileira” (SAAD, 2010, p. 65).

Os médicos-legistas da Primeira República viam a maconha como um mal trazido e deixado pelos escravos – “a raça preta selvagem, ignorante e inferior ao branco” – como uma vingança por terem sua liberdade roubada (SAAD, 2010, p. 66). O uso de maconha era visto como algo intrínseco a pessoas com características degenerativas, a saber: analfabetos, pobres, homens do campo, canoieiros, pescadores, e, ainda, as prostitutas e a promiscuidade que as acompanhavam e os pretos africanos que utilizavam a maconha nos *candomblés* (SAAD, 2010). Já em relação ao álcool, enquanto seu consumo crescia entre as classes marginalizadas, sua rejeição no meio social aumentava. Embora em território brasileiro não existisse um movimento de temperança consolidado, a religião católica influenciou notoriamente a acensão de

uma bandeira antiacóolica no País, ao reforçar o ideal em defesa da família, um dos elementos a compor o quadro cultural de rejeição ao consumo de álcool (TORCATO, 2016). Dessa forma, a associação entre “pobre”, “preto”, “maconheiro”, “marginal” e “bandido”, entre negros, mestiços, índios e maconha, entre raças e degeneração e entre classe social e criminalidade, inundava os debates médico-legais na Primeira República. Vendo os degenerados se proliferarem pelo país, os médicos criam, em 1919, um centro Eugénico na Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, a associação mais antiga e importante de Medicina Mental do Brasil, e quatro anos depois, em 1923, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), reunindo a elite médica da época na defesa dos ideais do saneamento preventivo no Brasil (MANSANERA; SILVA, 2000, p. 119-121).

Com a proibição do comércio de substâncias psicoativas, o acesso a elas se dá através do receituário médico, e o tráfico fica, dessa forma, ao encargo dos profissionais da área da saúde que desviam medicamentos ou falsificam receitas (RODRIGUES, 2003). As normas sanitárias executadas durante a vigência das leis sobre psicoativos foram as responsáveis pela diminuição da autoridade médica, uma vez que essas normas determinavam o uso das substâncias com aplicação curativa comprovada (PAIVA, 2018). Os próximos dispositivos legais acionados contra as drogas em território brasileiro consolidam o proibicionismo no País e exteriorizam o usuário como doente a ser tratado e o traficante como criminoso a ser punido. Os peritos médicos passam a procurar estigmas típicos nos criminosos e a dar mais atenção ao sujeito criminoso do que à conduta criminosa, associando criminalidade à degeneração (SAAD, 2010). Dessa forma, a avaliação do indivíduo preso consumindo drogas passa a ser executada por um perito médico indicado pelo Poder Judiciário, evidenciando novamente uma intervenção da institucionalização médica na sociedade (RODRIGUES, 2003).

O Decreto nº 20.930 de 1932 trazia um maior aumento da pena para tráfico de maconha que podia alcançar até dez anos de prisão e ampliava a sistematização sobre a circulação, produção e comércio legal de substâncias controladas. Os Decretos nº 790 de 1936 e nº 891 de 1938 reforçam a estratégia repressiva do Estado frente ao “problema-droga”, período em que era criada a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecente (CNFE) que surgia objetivando centralizar os esforços contra as drogas a nível federal, e, dessa forma, dotar o Brasil de uma legislação que fosse eficaz na regulação dos entorpecentes, adequando-a aos dispositivos das Convenções internacionais. Quanto ao usuário, tratado como doente, passara a ser subjugado à autoridade sanitária local, podendo ser internado obrigatoriamente em clínica médico-psiquiátrica (PAIVA, 2018). A correlação entre drogas e loucura e entre crime e alie-

nação mental levariam a medicina-legal e a psiquiatria a se aproximarem do campo jurídico, sendo chamadas a se pronunciar sobre as relações entre delinquência e anomalia mental para a definição da responsabilidade penal dos indivíduos delinquentes, a fim de definir o local para onde eles iriam – prisão ou hospício (ADIALA, 2011). Já atuando no meio jurídico e tratando de temas desta ciência, a medicina-legal começa a substituir o vocabulário médico por um linguajar mais próximo ao discurso policial-judiciário (SAAD, 2010).

A associação entre drogas, crime e loucura estabelece-se a partir do perigo representado tanto pelas drogas quanto pelos usuários, principalmente quando a prática de usar drogas se populariza entre as camadas pobres da sociedade. Esse foi um tema amplamente debatido pela classe médica do século XX, com o discurso estabelecido principalmente pela psiquiatria, sendo nomeadas categorias diagnósticas, a saber: loucura alcoólica, psicose alcoólica, alcoolismo, toxicomania, cocainismo, morfínismo, intoxicações e dipsomania. Essa problemática em torno do álcool e de outras drogas viria a estabelecer um vínculo entre a medicina brasileira e o contexto internacional, auxiliando, assim, na afirmação do caráter científico da medicina (ADIALA, 2011). Ao mesmo tempo em que o prestígio das drogas decaía, associado às desordens sociais, a autoridade da psiquiatria aumentava, na medida em que esta ciência se apropriava do discurso competente sobre os fenômenos relacionados às substâncias psicoativas. Segundo Fiore (2008), os saberes médicos perpetuam uma de suas características principais que é a normatização dos comportamentos humanos, através da qual se estabelece uma linha divisória entre patologia e normalidade. Como explicitado por Foucault (2010), o que passa a ocorrer com o meio social contemporâneo a partir do século XX é um “regramento médico”, não através dos códigos ou leis, mas através da norma. Dessa forma, os usuários de drogas tornam-se objetos de intervenção médico-psiquiátrica para serem normalizados, evidenciando-se, portanto, o regimento da sociedade moderna pela distinção entre o normal e o anormal.

Com relação à punição ao usuário de drogas, este fato se dá no decreto de 1938, não pelo ato de intoxicar-se, mas pela posse de substâncias ilegais. Em 1946, a CNFE promove o Convênio Interestadual da Maconha, lançando a Campanha Nacional de Repressão ao Uso e Comércio de Maconha, alinhada às políticas internacionais de repressão às drogas. Em 1961, na Convenção Única de Entorpecentes, em Nova York, são debatidas possíveis proibições da *Cannabis* a nível internacional. As autoridades brasileiras manifestam-se a favor da proibição total da maconha, em um período em que o consumo da droga se difundia para além das classes marginalizadas da sociedade. No ano de 1967, os medicamentos legais, quando usados

para fins não médicos, passam a ser equiparados às substâncias ilegais e o controle médico sobre essas substâncias legais aumenta, sendo obrigatória a marcação com tarjas. Já a Lei de Tóxicos de 1976 investe em medidas repressivas e preventivas, reafirmando o tratamento de usuários como doentes e dos traficantes como criminosos (PAIVA, 2018).

O estabelecimento de mecanismos internacionais de controle do uso de drogas, no início do século XX, foi um fator fundamental para a definição de novos padrões e significados em relação ao uso de substâncias psicoativas (ADIALA, 2011). A origem do problema-droga no Brasil tem fortes semelhanças com a empreitada proibicionista nos Estados Unidos, no entanto, como no Brasil não existia um movimento moral religioso como o da Temperança nos EUA, a consolidação da proibição das drogas em território brasileiro se dá, principalmente, pelo ativismo higienista dos médicos que “não invocavam razões de ordem religiosa para que o Estado intervisse nos costumes étlicos da população” (MARQUES, 2014, p. 222). Dessa forma, tem-se o estabelecimento do proibicionismo no Brasil por “obra do estamento médico em resposta às demandas externas” (SAAD, 2010, p. 65). Portanto, como observa Fiore (2008), a questão social brasileira das drogas foi demarcada fundamentalmente por três formações discursivas: medicalização, criminalização e moralização. Assim, o controle sobre o uso de drogas fez parte da consolidação da autoridade médica entre os séculos XIX e XX, período em que é demarcado no Ocidente o uso legítimo de substâncias, fundamentado na ciência médica, e o uso ilegítimo, que condenava práticas tradicionais pela medicina (RODRIGUES, 2008). O vínculo entre a medicina e as regulamentações se dava em razão dos interesses econômicos e de legitimação social de uma classe médica organizada que assumia um maior poder junto ao Estado e uma função reformadora e moralizadora da sociedade (ADIALA, 2011). Portanto, por meio do Estado são fixadas leis que passam a definir como legais as substâncias “legítimas” do ponto de vista científico e como ilegais as substâncias “ilegítimas” do ponto de vista científico.

Assim, a concepção dessa medicina social, de acordo com Silva (2009), se sustenta na luta de classes, onde a desigualdade social é alvo de medicalizações. Dessa forma, o pobre, suas organizações políticas, suas manifestações culturais e seus espaços de moradia tornam-se alvos dessa medicina, uma vez que ao pobre eram imputados comportamentos sociais impróprios, fazendo deste um perigo social. Nessa perspectiva, paulatinamente adotava-se no Brasil um modelo de prevenção alinhado à visão de ilegalidade das drogas, inserido em um processo de modernização fundado no discurso médico-legal (TRAD, 2009). É importante destacar também que a empreitada proibicionista deste século, segundo Adiala (2011), integraria uma

estratégia para controle das classes urbanas marginalizadas que se formavam com o avanço do capitalismo, convergindo com a criação de novas instituições destinadas a essas classes perigosas, como os hospícios e as prisões. É nesse ponto que se evidencia uma relação entre saber médico e poder disciplinar, na medida em que a medicina é designada a normalizar os indivíduos usuários de drogas, pertencentes a essas classes marginalizadas, objetos de controle social. Portanto, segundo Rodrigues (2008), o proibicionismo é um instrumento das estratégias de biopolítica que pode, ao mesmo tempo, disciplinar a prática médica ao intervir em condutas profissionais e em práticas de automedicação, e também tem a capacidade de controlar, vigiar e confinar uma parcela da sociedade.

Na escalada punitivista estatal, a última alteração na legislação brasileira em relação à maconha acontece com a Lei nº 11.343 de 2006, a chamada “nova lei de drogas”. Não havia mais pena de privação de liberdade para quem plantasse ou cultivasse maconha, mas a existência de muitas lacunas, principalmente sobre a distinção subjetiva entre usuário e traficante, viria a travar um extenso debate sobre o problema dessa droga no contexto social nacional.

2.3.5 A Drogadicação em Números no Brasil e no Mundo

Nas últimas décadas o consumo abusivo de drogas tem afetado profundamente a sociedade, tornando-se um dos principais agravos econômicos, de segurança e de saúde pública. Relatórios nacionais e internacionais indicam que o consumo de substâncias psicoativas vem aumentando nos últimos anos e os problemas sociais, concomitantemente.

Entre maio e outubro de 2015, pesquisadores entrevistaram cerca de 17 mil pessoas com idades entre 12 e 65 anos, em todo o Brasil, com o objetivo de estimar e avaliar os parâmetros epidemiológicos do uso de drogas. O III Levantamento Nacional sobre Uso de Drogas pela população Brasileira (LENUD) foi coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Instituto Nacional do Câncer (Inca) e a Universidade de Princeton, nos EUA. Segundo os dados do levantamento, a substância ilícita mais consumida no Brasil atualmente é a maconha: 7,7% dos brasileiros de 12 a 65 anos já usaram a droga ao menos uma vez na vida (BASTOS *et al.*, 2017). Dados do LENUD de 2012 mostravam que 7% dos adultos e 4% dos adolescentes brasileiros haviam feito uso de maconha na vida, sendo que 62% haviam experimentado antes dos 18 anos. Já em pesquisa realizada em 2014 pela Secretaria Nacional de Políticas sobre

Drogas – SENAD em conjunto com o grupo interdisciplinar de estudos de álcool e drogas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foi constatado um índice de uso na vida para maconha de 26,1% entre universitários (PASSAGLI, 2018).

O primeiro levantamento domiciliar sobre uso de drogas no Brasil, realizado em 2001 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas da Universidade Federal do Estado de São Paulo (CEBRID), entrevistou 8.589 pessoas com idades entre 12 a 65 anos nas 107 cidades brasileiras à época com mais de 200 mil habitantes. Segundo o relatório, levando em consideração o uso na vida entre as substâncias relatadas pelos entrevistados, a maior parte afirmou utilizar álcool (68,7%), seguido de 41,1% para tabaco e 6,9% para maconha. Os entrevistados também relataram uso para solventes (5,8%), benzodiazepínicos (3,3%), cocaína (2,3%) e estimulantes (1,5%) (Quadro 3). Em se tratando de dependência por drogas, a maior parte dos entrevistados também relatou ser dependente de álcool (11,2%), 9% de tabaco e 1% de maconha (Quadro 4). Os opiáceos foram as substâncias de menor prevalência de uso na vida entre os usuários de ambas as pesquisas, sendo citadas por 0,1% dos entrevistados. Já 19,4% da população pesquisada fizeram uso na vida de drogas, com exceção do álcool e do tabaco, o que correspondia a uma população de 9.109.000 pessoas à época (CARLINI *et al.*, 2001b).

Quadro 3: Uso na vida entre as 9 substâncias relatadas pelos entrevistados.

% DE USO NA VIDA ENTRE AS 9 DROGAS MAIS UTILIZADAS	
Álcool	68,7
Tabaco	41,1
Maconha	6,9
Solventes	5,8
Orexígenos	4,3
Benzodiazepínicos	3,3
Cocaína	2,3
Xaropes (codeína)	2,0
Estimulantes	1,5

Fonte: adaptado de Carlini *et al.* (2001b).

Quadro 4: Dependência por uso de substâncias em %.

% DE DEPENDENTES	
Álcool	11,2
Tabaco	9,0
Benzodiazepínicos	1,1

Maconha	1,0
Solventes	0,8
Estimulantes	0,4
<i>Uso na vida de qualquer outra droga (com exceção de álcool e tabaco)</i>	19,4%

Fonte: adaptado de Carlini *et al.* (2001b).

O segundo levantamento domiciliar do CEBRID sobre uso de drogas no Brasil foi realizado no ano de 2005 seguindo a mesma metodologia do primeiro levantamento, no entanto, sendo incluída uma cidade a mais no estudo. Nas 108 cidades brasileiras pesquisadas, com população de 200 mil habitantes ou mais, a prevalência de uso na vida para qualquer droga (exceto álcool e tabaco) foi de 22,8%, sendo maior para a maconha (8,8%) e solventes (6,1%) (Quadro 5). Já em se tratando de dependência, a quantidade de dependentes observada foi de 1,2% para a maconha (Quadro 6).

Quadro 5: Prevalência de uso na vida para qualquer droga, exceto álcool e tabaco.

SUBSTÂNCIA	PADRÃO DE USO NA VIDA (%)	PADRÃO DE USO NO ANO (%)
Maconha	8,8	2,6
Solventes	6,1	1,2
Benzodiazepínicos	5,6	2,1
Orexígenos	4,1	3,8
Estimulantes	3,2	0,7
Cocaína	2,9	0,7
Xaropes (codeína)	1,9	0,4
Opiáceos	1,3	0,5
Alucinógenos	1,1	0,32
Esteróides	0,9	0,2
Crack	0,7	0,1
Barbitúricos	0,7	0,2
Anticolinérgicos	0,5	0
Merla	0,2	0
Heroína	0,1	0
Álcool	74,6	49,8
Tabaco	44,0	19,2

Fonte: adaptado de Carlini *et al.* (2006b).

Quadro 6: Prevalência de dependência entre os usuários de substâncias.

DEPENDÊNCIA (% de dependentes)	
Álcool	12,3
Tabaco	10,1
Maconha	1,2
Benzodiazepínicos	0,5
Solventes	0,2
Estimulantes	0,2

Fonte: Carlini *et al.* (2006b).

Em 2017, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) divulgaram o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (III LNUD). As substâncias lícitas incluídas no estudo foram: álcool, tabaco e medicamentos não prescritos. Já dentre as substâncias ilícitas, estava incluída a maconha. O levantamento estimou que, no total das capitais brasileiras, a prevalência de usuários de 12 a 65 anos que utilizam maconha é de 3,1% da população, sendo superior à de uso do conjunto das demais drogas ilícitas de todas as regiões do Brasil (Quadro 7). Em números absolutos, estimou-se que nas capitais brasileiras havia, em 2015, mais de 1 milhão e 90 mil usuários regulares de maconha.

Quadro 7: Prevalência em % de consumidores de maconha, entre 12 a 65 anos, nas diferentes regiões do Brasil.

Norte	2,8
Nordeste	2,9
Centro-Oeste	2,7
Sudeste	3,5
Sul	3,2
BRASIL	3,1

Fonte: adaptado de Bastos *et al.* (2017).

Quando se trata de álcool, substância lícita mais consumida entre os brasileiros, nas estimativas para o total da população de pesquisa a prevalência do uso de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa foi de 30,1% – o que representa aproximadamente 46 milhões de habitantes. Nas estimativas por sexo, a maior parte dos entrevistados que disse ter consumido bebidas alcoólicas na vida foi de homens (74,3%), contra 59,0% de mulheres. Em relação à faixa etária, os maiores consumidores de álcool eram adultos jovens com idades

de 25 a 34 anos (38,2%), seguidos por indivíduos de 18 a 24 anos (35,1%) e de 35 a 44 anos (34,6%) (Quadro 8). Ainda em relação a esse levantamento, os dados mostram uma prevalência menor de uso de álcool entre indivíduos de faixas etárias mais jovens e mais velhas: 12-17 anos (8,8%), 45-54 anos (31,7%) e 55-65 anos (24,7%), quando comparadas à faixa de 25 a 34 anos. No entanto, apesar da prevalência de consumo de álcool entre adolescentes (12 a 17 anos) ser menor comparando-se às outras faixas etárias, o número proporcional ainda é expressivo – o consumo reportado por esta faixa etária equivale a um milhão de pessoas (BASTOS *et al.*, 2017). Quando se trata de dependência de alguma substância, exceto álcool e tabaco, a maconha foi a substância mais reportada pelos entrevistados (Quadro 9).

Quadro 8: Prevalência em % de consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, segundo a faixa etária.

FAIXA ETÁRIA	%
12 a 17 anos	8,8
18 a 24 anos	35,1
25 a 34 anos	38,2
35 a 44 anos	34,6
45 a 54 anos	31,7
55 a 65 anos	24,7

Fonte: adaptado de Bastos *et al.* (2017).

Quadro 9: Prevalência em % de dependência por droga, exceto álcool e tabaco, nos últimos 12 meses para o conjunto de pessoas de 12 a 65 anos.

DEPENDÊNCIA POR DROGA (EXCETO ÁLCOOL E TABACO)	
Maconha	5,08
Solventes	0,12
Benzodiazepínicos	3,47
Estimulantes	0,21
Cocaína	3,21
Crack	1,55
Opiáceos	2,41
Quetamina	0,00

Fonte: adaptado de Bastos *et al.* (2017).

Os três levantamentos realizados mostram um consumo expressivo de variadas drogas pela população brasileira, sendo o álcool a droga lícita mais consumida e a maconha a droga ilícita de preferência entre os usuários. De acordo com os levantamentos descritos, é impor-

tante destacar o caso do álcool, substância esta que possui uma prevalência de uso maior entre jovens brasileiros, apesar de ser menor entre os adolescentes quando se comparam todas as faixas etárias pesquisadas, embora os índices ainda sejam considerados elevados. É fundamental salientar que o consumo de álcool é legalmente proibido para menores de 18 anos no Brasil, de acordo com a Lei 13.106 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O consumo abusivo de bebidas alcoólicas pela população em geral é, de certa forma, um problema grave, mas entre os adolescentes é ainda mais preocupante, tendo em vista os danos desencadeados pelo uso de tais substâncias nessa faixa etária, os quais se podem citar: problemas de saúde física e psíquica, prejuízos no aprendizado escolar, práticas sexuais sem proteção, envolvimento em acidentes de trânsito, além de um risco aumentado para condutas criminosas como homicídios (CORDELLINI; VENETIKIDES, 2008; PASSAGLI, 2018).

Numa perspectiva internacional, ainda em se tratando sobre os dados estatísticos referentes ao uso de drogas psicotrópicas, de acordo com o último relatório do World Drug Report UNODC 2019, aproximadamente 35 milhões de pessoas em todo o planeta sofrem de transtornos associados ao uso de drogas e apenas um em cada sete usuários recebe tratamento. O uso de substâncias psicoativas está entre os principais agravos de saúde pública no mundo. Cerca de dois bilhões de pessoas são consumidoras de álcool, 1,3 bilhão é fumante e 185 milhões são usuárias de drogas ilícitas. Em 2012, o número de usuários de *Cannabis* foi estimado em 19 milhões, fazendo desta a quarta droga psicoativa mais utilizada nos Estados Unidos e a ilegal mais utilizada no mundo. O consumo de todas essas substâncias juntas é responsável por 12,4% das mortes em todo o planeta (MELEIRO, 2018; SADDOCK; SADDOCK, 2017; UNODC, 2018). O relatório também estima o número de usuários de opioides em 53 milhões, distribuídos na África, na Ásia, na Europa e na América do Norte, crescendo 56% em relação às pesquisas anteriores. Os opioides foram as substâncias responsáveis por dois terços das mais de 585.000 pessoas que morreram por uso abusivo de drogas em 2017. Em todo o planeta, no ano de 2017, das 11 milhões de pessoas que fizeram uso de drogas injetáveis, 1,4 milhão vive com o vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e 5,6 milhões vivem com a hepatite C. Dados do mesmo relatório afirmam ainda que no mesmo ano de 2017, aproximadamente 271 milhões de pessoas ou 5,5% da população mundial, na faixa etária dos 15 aos 64 anos, fizeram uso de drogas no ano anterior (UNODC, 2018).

Estudos apontam também que até 50% dos dependentes de álcool, cocaína ou opioides, apresentam um transtorno psiquiátrico comórbido, ou seja, quando são observados

dois ou mais transtornos psiquiátricos em um único paciente ao mesmo tempo. Em outras pesquisas, de 35% a 60% dos pacientes com abuso ou dependência de substância também entram nos critérios diagnósticos para transtorno de personalidade antissocial (SADDOCK; SADDOCK, 2017). Sintomas depressivos também são comuns em usuários abusivos ou dependentes de substâncias. Aproximadamente um terço de todos os pacientes que apresentam abuso ou dependência de opioides e 40% dos que apresentam abuso ou dependência de álcool, têm tendência a desenvolver um transtorno depressivo maior em algum momento da vida. Da mesma forma, o uso de drogas é um dos principais fatores para o suicídio. Os indivíduos que abusam de substâncias têm probabilidade 20 vezes maior de morrer por suicídio do que a população em geral. Nesse montante, destacam-se particularmente os usuários de álcool, os quais 15% dos que consomem essa droga de forma abusiva ou se tornam dependentes dela, cometem suicídio (SADDOCK; SADDOCK, 2017).

Fica evidenciado, portanto, que a cada ano o “problema-droga” ganha maior proporção a nível global. Como observa Vargas (2008), o que as sociedades contemporâneas parecem ter feito foi criar o próprio fenômeno das drogas, desde a loucura das especiarias e, mais recentemente, com o processo de invasão farmacêutica e criminalização das substâncias tornadas ilícitas. Nos tempos atuais, observa-se um consumo cada vez maior de substâncias psicoativas, legais ou ilegais, as quais causam enormes prejuízos à saúde de seus usuários e ao contexto social em seus países. As políticas empreendidas pelos Estados ainda não foram suficientes para minimizar esse grande problema, que cresce paulatinamente e vem desestruturando a economia, a ordem social e a saúde pública.

2.3.6 A “Guerra às Drogas”: Uma Guerra sem Fim

Na atualidade, é possível observar uma uniformidade nas políticas antidrogas em vigor em vários países, sejam ocidentais ou não, que está relacionada com a imposição de um controle internacional de cooperação em torno das drogas. Essa política é centrada na distinção entre fármacos e drogas e na repressão a todas as formas de uso não médico, com exceção do álcool e do tabaco (VARGAS, 2008).

Entre os anos de 1910 a 1920, o uso de drogas psicoativas deixa de ser considerado como um problema de saúde de menor importância e torna-se uma epidemia. O hábito de usar drogas desvincula-se às elites e se populariza entre as camadas baixas da sociedade, agrupando-

do criminosos, trabalhadores urbanos, prostitutas, etc. A partir dos anos 1960, se inicia um processo gradativo de consumo de substâncias ilícitas, ao mesmo tempo em que as políticas repressivas às drogas se intensificam. Nessa perspectiva, a difusão do uso de drogas na sociedade tornava-se, para a classe médica, um grave problema de saúde pública e, para os especialistas em segurança pública, significava a proliferação de criminosos (RODRIGUES, 2008). Assim, com o crescente consumo de substâncias psicoativas a partir do século XX, o Estado adotou políticas de combate a esse problema, como elencadas anteriormente, empreendidas pelos Estados Unidos e seguidas pelos demais países.

A gênese do “paradigma proibicionista” global se dá em 1961 com a Convenção Única sobre Entorpecentes, coordenada pela ONU e patrocinada e sediada pelos EUA. Os países signatários da Convenção se comprometeram a executar ações de combate ao “flagelo das drogas” e a punir quem produzisse, vendesse ou consumisse. Nesta época, três conjuntos de substâncias ou plantas passam a ser o alvo do paradigma proibicionista: papoula/ópio/heroína, coca/cocaína e *Cannabis*/maconha (FIORE, 2012). Em 1972, o presidente Richard Nixon afirma serem os psicoativos ilícitos “o inimigo nº 1 da América”, declarando guerra às drogas, intensificando-se, assim, as medidas repressivas com aumento de ações policiais de busca, apreensão de drogas ilegais, combate a grupos clandestinos e redes de tráfico. “Nixon sustentava que para enfrentar tão ameaçador inimigo era urgente declarar “guerra às drogas”, entendendo a necessidade de combater traficantes e consumidores em solo norte-americano e também no exterior” (RODRIGUES, 2008, p. 99). Estabelece-se, também, ainda nessa época, a separação entre países produtores e consumidores, exteriorizando o tráfico de drogas e categorizando os EUA como vítimas (PAIVA, 2018). Dessa forma, o discurso de “guerra às drogas” serviu como prerrogativa para reformular as prioridades geopolíticas dos Estados Unidos em várias regiões do planeta, particularmente América Latina e Sudeste asiático.

O “paradigma proibicionista”, como afirma Fiore (2012), é sustentado por duas premissas fundamentais: 1) o uso de drogas é prescindível e intrinsecamente danoso, portanto não pode ser permitido; 2) a melhor forma de o Estado fazer isso é perseguir e punir seus produtores, vendedores e consumidores. O autor critica as premissas desse paradigma, destacando que os potenciais danos individuais e sociais do consumo de drogas não justificam a sua proibição, pois todas as ações humanas engendram algum potencial de perigo ou dano, incluindo o consumo das drogas de finalidade terapêutica, como os analgésicos, vendidos livremente em balcões de drogarias de todo o Brasil sem receita médica. Em muitos países, como no Brasil, tais medicamentos lideram os investimentos do mercado publicitário e estão, ao

mesmo tempo, relacionados a milhares de mortes anuais, seja por reações adversas e efeitos colaterais, seja por consumo abusivo. Fiore (2012) conclui que, tanto as drogas psicoativas vendidas livremente, como as controladas ou totalmente ilegais, são potencialmente perigosas aos usuários. Portanto, é evidente que a premissa de que o uso de drogas deve ser proibido por ser perigoso, é insustentável, uma vez que outras ações desencadeiam danos, como os próprios medicamentos vendidos massivamente sem receita médica, os quais causam inúmeras intoxicações e mortes anualmente.

Em outubro de 2006, entrou em vigor no Brasil a Lei 11.343/06, a chamada nova lei de drogas, em substituição às leis 6.368 de 1976 e 10.409 de 2002. Para Karam (2008), essa nova lei não trouxe novidades neste campo de discussão, sendo mais uma dentre as diversas legislações internacionais em execução que reproduzem as táticas criminalizadoras e proibicionistas das convenções da ONU, as quais condensam uma intervenção global do sistema penal sobre países produtores, consumidores e distribuidores. O artigo 5º da Constituição da República Federativa do Brasil assegura que todos são iguais perante a lei, garantindo-se o direito à vida, à intimidade e à vida privada, entre outros. Karam (2008) afirma que a criminalização das drogas entra em conflito com direitos fundamentais. Como observa a autora, essas táticas globais centradas na proibição e na repressão se caracterizam “por uma sistemática violação a princípios e normas consagrados nas declarações universais de direitos” (p. 105), como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e, também, as Constituições democráticas, tais como a Constituição Federal brasileira.

Na Lei 11.343/06, há o abandono das fronteiras entre consumação e tentativa, sendo a posse, cultivo, preparação ou transporte de substâncias ou matérias-primas tipificados como crime de tráfico. Assim, segundo Karam (2008), o cultivo, o fornecimento ou a simples posse de matérias-primas destinadas à produção de substâncias psicoativas não chegam a caracterizar sequer uma tentativa de crime, pois não constituem um começo de execução da conduta proibida. Ou seja, no caso do tráfico de drogas, essas condutas correspondem a um planejamento de uma ação futura, que não ameaçam diretamente o bem jurídico que essa lei pretende proteger – a saúde pública. Portanto, segundo a autora, a criminalização antecipada (tipificação desses atos preparatórios como tráfico), é totalmente desproporcional, uma vez que viola o princípio da lesividade da conduta proibida, “segundo o qual uma conduta só pode ser objeto de criminalização quando direta, imediata e significativamente afete um bem jurídico relacionado ou relacionável a direitos individuais concretos” (p. 107).

De acordo com Passagli (2018), nesta lei, a inexistência de critérios objetivos para separar usuário de traficante abriu uma lacuna na legislação ao não definir quantidades que diferenciem tráfico de uso pessoal, levando juízes a colocarem todos no mesmo “barco”, ocasionando um aumento exorbitante de presos no sistema penitenciário. Já Fiore (2012) afirma que ao não estipular quantidades ou critérios objetivos para definir se a droga é para venda ou consumo, continua cabendo à autoridade policial essa interpretação e tal decisão fica, posteriormente, a cargo do poder Judiciário. Segundo Cardozo e Maximiano (2014), essa diferenciação subjetiva atual entre usuário e traficante pode ser muito sutil no momento da aplicação da lei, de forma que usuários podem estar sendo presos como traficantes. Essa distinção ficando, na maioria das vezes, a critério de policiais e juízes, em um país desigual como o Brasil, pode acabar tornando-se um fator para motivar corrupção policial, ocasionando fortalecimento do crime organizado e um aumento da violência. Em uma situação de flagrante policial, por exemplo, na qual um jovem negro de periferia seja pego com certa quantidade de maconha, provavelmente essa situação configuraria tráfico, ao contrário de uma situação envolvendo um jovem branco de classe média, na qual os quilos perderiam a relevância, sendo mais um caso de uso pessoal (KARAM, 2009). Dessa forma, a cor da pele e a classe social acabam tendo um peso considerável, resultando na prisão e condenação de um usuário como se este fosse traficante.

De acordo com Nascimento (2006), duas filosofias norteiam a política antidrogas e fundamentam-se unicamente na punição. A primeira trata o usuário como criminoso e a segunda o trata como doente. O tratamento do usuário como criminoso deriva de um estatuto normativo punitivo do direito penal. Já o tratamento do usuário como doente baseia-se em um modelo médico que detém um efetivo poder sobre a maior parte da sociedade. A nova lei de drogas mantém a criminalização da posse para uso pessoal das drogas ilícitas, embora o usuário não seja preso. No entanto, há advertência, sendo o usuário designado a prestar serviços à comunidade e comparecer a programas educativos. Karam (2008) observa que, apesar de não haver previsão de penas privativas de liberdade, a posse de drogas ilícitas para uso pessoal, como demonstrado, ainda é penalizada com restrição de liberdade. Dessa forma, segundo a autora, a posse dessas drogas para uso pessoal ou o seu consumo em situações que não ameaçam diretamente terceiros, seja a preparação, a semeadura ou a colheita para produção de pequena quantidade de substância proibida, “são condutas que não afetam nenhum bem jurídico alheio, dizendo respeito unicamente ao indivíduo, à sua intimidade e às suas opções pessoais” (p. 116). Como complementa Karam (2008), enquanto não afetar concreta, direta ou imedia-

tamente direitos de terceiros, o indivíduo pode ser ou fazer o que quiser, e, nessas situações, o Estado não está autorizado a intervir na vida privada nem impor qualquer espécie de pena que restrinja a liberdade do indivíduo, seja sanções administrativas, tratamento médico obrigatório ou qualquer outro tipo de restrição de liberdade.

Segundo Fiore (2012), “o proibicionismo modulou o entendimento contemporâneo de substâncias psicoativas quando estabeleceu os limites arbitrários para o uso de drogas legais/positivas e ilegais/negativas” (p. 9). Para Carneiro (2002), “o proibicionismo determina todo o contexto do consumo contemporâneo de drogas, inclusive a expansão das formas de consumo mais degradadas, adulteradas e destrutivas” (p. 12). De acordo com Karam (2008), além de ocultar os danos e riscos à democracia, o proibicionismo oculta também os danos e riscos à saúde pública, uma vez que impede um controle de qualidade das substâncias utilizadas pelo usuário, impõe obstáculos para o uso medicinal, dificulta a assistência e a divulgação de informações e incentiva o consumo descuidado ou sem higiene, propagando, dessa forma, doenças como AIDS e hepatite. Assim, como salienta Karam (2008), os riscos e danos relacionados às substâncias psicoativas ilícitas não provêm delas mesmas e sim do proibicionismo que, “expandindo o poder punitivo, superpovoando prisões e negando direitos fundamentais, acaba por aproximar democracias de Estados totalitários” (p. 117). A premissa de que o Estado deva intervir no consumo de determinadas substâncias se baseia, portanto, em uma intervenção arbitrária, modulada por ele próprio, ao tratar as drogas legais como positivas e as ilegais como negativas à sociedade. Dessa forma, o paradigma proibicionista fundamenta-se no poder que o Estado tem em intervir na vida privada das pessoas, regulando suas práticas corporais e suprimindo seu direito legal de autonomia (FIORE, 2012; KARAM, 2009; PAIVA, 2018; TORCATO, 2016).

A adoção do proibicionismo como alternativa estatal para enfrentar o “problema-droga” foi um dos principais precursores para o surgimento do mercado ilegal. De acordo com Fiore (2012), a proibição da produção, do comércio e do consumo de substâncias potencializa um mercado clandestino e cria novos problemas. Funcionando sem nenhum tipo de regulação, esse comércio ilegal envolve diversos tipos de crimes, entre eles o trabalho infantil, a corrupção de agentes públicos e a utilização de violência armada para a demarcação de interesses. Passagli (2018) observa que essa ausência de lei que regula o mercado ilegal é um dos agravantes junto ao consumo de drogas ilícitas em território brasileiro, fazendo com que este mercado tenha leis próprias e que tais leis sejam aplicadas fora do monopólio do poder estatal. Em meio ao expansionismo punitivista moderno que condensa a “guerra às drogas”, “a figura

do ‘inimigo’ ou de quem tenha comportamentos vistos como diferentes, ‘anormais’ ou estranhos à moral dominante, se confunde nos criados perfis do ‘criminoso’, do ‘terrorista’ ou do ‘dissidente’” (KARAM, 2008, p. 118). Para Rodrigues (2008), a proibição, ao invés de coibir o tráfico, acaba por estimulá-lo e os usuários já anteriormente passíveis de vigilância e controle agora ganham um acréscimo de periculosidade, uma vez que estes são tidos como uma afronta à sociedade. Dessa forma, “o proibicionismo estabelece um novo crime e um novo mercado; as normas proibicionistas, antes de banir as drogas visadas, acabam por inventar o narcotráfico” (p. 94).

Ao mesmo tempo em que o Estado adotou o modelo proibicionista e punitivista às drogas, o narcotráfico se readequou a essas políticas repressivas, continuando a dominar o mercado ilegal, produzindo velhas e novas substâncias e obtendo enormes lucros. Para Rodrigues (2008), o proibicionismo em torno das drogas é um “fracasso vitorioso”. Impossibilitada de chegar ao fim, a guerra às drogas é uma potente tática de controle social e de perseguição seletiva que se renova constantemente. Mesmo com a proibição, psicoativos novos e antigos continuam a ser produzidos, comercializados e usados, fazendo o sistema de cartéis escaparem e se readequarem às repetidas políticas repressivas empreendidas pelo Estado. Como destaca Karam (2008), não são as drogas que causam a violência, mas é principalmente através da proibição que o Estado cria e fomenta a violência, a qual acompanha as atividades econômicas de produção e distribuição de substâncias ilícitas justamente porque esse mercado é ilegal. Portanto, segundo Rodrigues (2008), a defesa ao proibicionismo é enviesada por discursos médicos, governamentais e moralistas e essa estratégia é só mais uma dentre muitas outras batalhas que visam não apenas erradicar determinadas substâncias e práticas sociais a elas associadas, mas principalmente manter uma guerra sem fim.

A guerra sem fim descrita por Rodrigues (2008) é facilmente observada através de dados sobre o sistema penitenciário brasileiro. Em 2017 foi divulgado o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), órgão vinculado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, com números referentes a 2016. De acordo com o relatório, o número exato de presos no sistema penitenciário brasileiro é de 726.712 pessoas, dos quais 55% com idades entre 18 e 29 anos, 94,2% de homens, 64% de negros e 75% deles nem chegaram ao ensino médio. Nesse contingente há 163,2 mil presos (28% da população carcerária) que cometeram crimes relacionados ao tráfico de drogas. O Brasil aparece na terceira posição no ranking mundial em número de presidiários, atrás apenas dos Estados Unidos e da China (INFOPEN, 2017). Para Karam (2009), a principal

finalidade da política proibicionista era acabar com o tráfico de drogas e reduzir a violência, no entanto, observa-se que tais objetivos jamais foram alcançados. Dessa forma, a política antidrogas imposta pelo Estado acabou tendo efeito oposto, impulsionando o número de presos e superlotando o sistema carcerário brasileiro.

Para Nascimento (2006), a criminalização das drogas provoca uma hipertrofia do sistema repressivo, em que além de não resultar em benefícios para a sociedade, ainda favorece o aperfeiçoamento da economia da droga. A consequência disso é a redução do custo da droga a curto-prazo, o que provoca o surgimento de fornecedores de menor potencialidade econômica. Estes ofertarão drogas mais baratas, sem correr o risco de serem alvos das ações repressivas do Estado por certo período de tempo. Já a médio-prazo, ocorrerá novamente a diminuição do preço da droga e o número de consumidores aumentará gradativamente. A violência, por sua vez, acompanha o comércio de drogas e responde aos contextos em que ele ocorre. Como o tráfico é uma atividade de lucro hipertrofiado, parte significativa dos ganhos pode ser utilizada para a compra de armamentos e para a corrupção de setores da burocracia estatal, os quais incluem principalmente agentes de segurança (FIORE, 2012). De acordo com Rodrigues (2008), o tráfico de drogas continua sendo um crime interessante, uma vez que produz alvos em grande quantidade, desde jovens consumidores a jovens negociadores de substâncias ilegais. Passagli (2018) pontua que com a oferta e demanda de drogas crescendo e funcionando ativamente, os traficantes retirados de circulação são rapidamente repostos. Enquanto dentro das prisões ocorre uma explosão da população penitenciária causada pelo encarceramento desses mesmos traficantes, aquele preso sem antecedentes de violência, o chamado “traficante-presos”, acaba se aproximando de facções criminosas. Destarte, segundo Passagli (2018), o Estado entregou de “bandeja” às organizações criminosas a responsabilidade que lhe caberia de regular esse mercado, o que gerou um aumento da criminalidade e o fortalecimento do crime organizado.

O fracasso da guerra às drogas, de acordo com Nascimento (2006), é sustentado por duas premissas: (i) - ausência de outro tipo de ação estatal no lugar da repressão ao comportamento de consumir drogas pela via do direito penal; e (ii) - o Estado age empreendendo e promovendo mecanismos ineficazes na diminuição da economia das drogas e suas consequências. Como observado, essa guerra distingue seu alvo de combate, criminalizando drogas como a maconha, cocaína e heroína, e liberando o tabaco, as bebidas alcoólicas, o Rivotril, etc. A criminalização do uso, cultivo e comércio das drogas ilícitas, acaba, de certa forma, beneficiando as drogas lícitas, caracterizando-se, assim, uma distinção discriminatória, in-

compatível com o princípio da isonomia (FIORE, 2012; KARAM, 2009). Sobre a demonização de certas substâncias, Marona (2012) afirma que existe um antagonismo evidente entre a destinação de drogas para uso pessoal e a proteção jurídica à saúde pública. Se o consumo é pessoal, afeta apenas a saúde do indivíduo, ou seja, existe apenas autolesão, o que inviabiliza a atuação do Direito Penal. Segundo Fiore (2012), o exagero da premissa proibicionista é tornar o Estado o promotor dessas interdições, impedindo as pessoas a disporem livremente de seus corpos, o que contraria o objetivo da existência do Estado que é, primordialmente, garantir a liberdade e os direitos dos indivíduos. Assim, para Fiore (2012), a atuação do Estado sobre a vida das pessoas deve ter limites e as interdições sobre seus corpos se justificariam apenas em casos particulares por meio de um criterioso processo médico-judiciário.

Entre os direitos de propriedade, sem dúvidas o mais importante é o da propriedade de si mesmo. Para Carneiro (2008), poder dispor de si mesmo abrange, antes de tudo, a esfera da interioridade. “A posse de si mesmo exige o direito mais amplo à autonomia na determinação da interioridade” (p. 73), criando uma esfera íntima que pertence e interessa apenas ao indivíduo. Dessa forma, não é possível um indivíduo ser livre estando numa sociedade em que o povo não seja. Os direitos de liberdade de pensamento, expressão, opinião, crença e orientação sexual, são frutos dessa noção de liberdade como autonomia e autodeterminação. O debate sobre uso de drogas refere-se à natureza da liberdade humana de poder decidir e escolher. A liberdade de pensamento pressupõe, assim, o direito à autonomia de escolha sobre o corpo e a mente. O paradigma moral contemporâneo opôs vício e liberdade, considerando o consumo de drogas como parte de comportamentos causadores de dependência. Portanto, de acordo com Carneiro (2008), o uso de drogas psicoativas evoca não apenas um hedonismo químico ou uma necessidade terapêutica, mas significados mais profundos na busca pela alteração dos estados de consciência, cognição, afetividade, alteração de si e humor. Dessa forma, a gestão de si, as práticas corporais e a liberdade de autonomia são tarefas existenciais e filosóficas que não podem ser sequestradas pela medicina.

O “fracasso vitorioso” da proibição das drogas significa, portanto, a guerra diariamente renovada contra classes marginalizadas, tais como pobres, negros, camponeses, imigrantes e outros. “Ao naturalizar a proibição como única forma de enfrentar o problema, cria-se uma falácia para sustentá-la: drogas são proibidas porque são ruins e são ruins porque são proibidas” (FIORE, 2012, p. 14). Dessa forma, segundo Fiore, enquanto existir essa lógica, as leis continuarão determinando que o consumo dessas substâncias é errado e, então, punível. Rodrigues (2008) observa que o combate ao narcotráfico é uma via de intervenção sobre o com-

portamento dos usuários de drogas, penalizados mesmo com o abrandamento da lei. Apesar do proibicionismo não ser a única técnica de assédio e aprisionamento das classes marginalizadas, é um importante recurso utilizado pelo Estado para discipliná-las e contê-las. Assim, mesmo não sendo passíveis de prisão, estes usuários ainda continuam sendo alvos do aparato estatal. Ainda de acordo com Rodrigues (2008), “cada crime produzido por novas legislações inaugura um novo flanco de combate aos perigosos, um novo acesso ao sistema penitenciário, uma nova entrada para a vigilância constante” (p. 98). Aos pequenos e médios traficantes, majoritariamente provenientes de classes marginalizadas, só resta a prisão ou a morte em confronto com as forças policiais ou com grupos narcotraficantes.

A discriminação sobre substâncias psicoativas obedece a injunções culturais e econômicas. O que constitui um problema social são os prejuízos econômicos resultantes do abuso de drogas. Esses prejuízos decorrem da interação do indivíduo-droga e se materializam de variadas formas, seja na esfera efetiva, produtiva, educativa, de saúde ou nas relações sociais (NASCIMENTO, 2006). No meio social da atualidade, enquanto algumas substâncias são objetos de perseguição, tais como a *Cannabis* e seus derivados, outras são estritamente aceitas neste âmbito, como o álcool e o tabaco. Assim, de acordo com Carneiro (2002), as justificativas médica e de saúde pública para se manter a proibição das drogas são contraditórias, tendo em vista essa seletividade na permissão de determinadas substâncias e interdição de outras. Em meio à discussão do problema, a sanção da Lei 11.343/2006 veio a endurecer as penas para transporte, porte, compra e venda de drogas, imputando punições diferenciadas para cada tipo de delito, se posicionando, desta forma, como proibicionista criminalizadora. Mantendo os mesmos moldes repressivos das leis anteriores, esta nova lei acabou repetindo as violações ao princípio da lesividade e normas consagradas nas declarações universais de direitos e Constituições democráticas, demonstrando ser, portanto, um retrocesso que, em uma democracia, jamais poderia ser tolerado.

Conclui-se, dessa forma, que o grandioso aparato médico-policial-judiciário montado pelo Estado para combater o “problema-droga” nas sociedades modernas, centrado na política punitivista e repressiva, não surtiu o efeito desejado. As facetas do proibicionismo mostram seus verdadeiros motivos. A violência associada ao problema cresce assustadoramente a cada ano, ligada em sua maior parte ao narcotráfico (COSTA, 1998; PASSAGLI, 2018). A legalização da maconha seria, dessa forma, o primeiro passo para abandonar políticas e modelos retrógrados, servindo de um meio para minimizar os efeitos negativos das drogas, como a punição de pequenos usuários equiparados a traficantes que infla cada vez mais o sistema judiciário.

rio brasileiro. Estes pequenos usuários, a maior parte deles negra e moradora de comunidades, são as maiores vítimas deste sistema, enquanto os “grandes chefes”, protegidos por interesses políticos e empresariais do crime organizado, escapam das garras da justiça. Fortalecido pelo mercado lucrativo da droga, o narcotráfico se utiliza da carnificina de milhares de mortes anuais para impor seu poder e o terror à sociedade. Portanto, como analisa Carneiro (2002), a “guerra às drogas”, além de servir para o enriquecimento dos cartéis, da polícia e dos bancos, serve também para controlar e vigiar os cidadãos, sendo mais uma invenção imperialista ditatorial que dota o Estado de autoridade para intervir na vida privada das pessoas.

2.3.7 Modelos Alternativos ao Proibicionismo

O economista Milton Friedman, pai do liberalismo mundial, foi um dos principais articuladores na defesa à liberação das drogas. Já na década de 1970, Friedman alertava que o mundo entraria em um caos de violência e criminalidade jamais visto em razão da escalada proibicionista em diversos países. Com a liberação das drogas, Friedman (1991) afirmava que os Estados Unidos teriam metade dos aprisionamentos atuais, teriam 10 milhares de homicídios a menos que atualmente e a violência e a criminalidade tenderiam a cair drasticamente. Segundo o economista, o mesmo ocorrido com a Lei Seca americana, quando o consumo de álcool e os envenenamentos cresceram à medida que a proibição foi aplicada, já acontece com as demais drogas. Friedman (1991) também destacava que o crack jamais teria existido sem a proibição. Para ele, esta substância foi criada justamente em razão da política de proibição das drogas. O método até então utilizado para inalação da cocaína era através das narinas, método que se tornou muito caro. Com o tempo, os narcotraficantes encontraram uma forma de lucrar mais com a venda de cocaína, e este fato se deu com a diluição da cocaína com bicarbonato de sódio, processo mais rentável que deu origem ao hoje conhecido *crack*.

Segundo Friedman (1991), existem algumas características negativas na liberação das drogas, sendo uma delas a tendência de mais pessoas vindo a consumir drogas com a liberação, uma vez que, sendo essas substâncias de menor custo comercial, a procura aumenta progressivamente. No caso das drogas legais, existe uma tendência dos usuários passarem das formas mais fortes para as mais fracas, como é o caso da cerveja normal para a cerveja light, do cigarro sem filtro para o cigarro com filtro e com baixo teor de alcatrão, etc. Já no caso das drogas ilegais, como exemplo citado por Friedman (1991), temos a maconha, objeto mais

fácil de interdição do que a cocaína. Tendo um preço maior, a maconha ficou menos acessível, acabando por incentivar a cultura de variedades mais pesadas da própria maconha e conduzindo os usuários a drogas mais potentes como cocaína, heroína e *crack*. Assim, de acordo com o economista, este seria um efeito adverso na política de liberação das drogas, no entanto, pode-se observar que é justamente a criminalização que conduz as pessoas a saírem das drogas mais suaves para as drogas mais potentes, ao contrário do que se observa com as drogas legais. Portanto, apesar de possuir algumas características negativas, a liberação ainda é uma alternativa ao proibicionismo e à guerra fracassada às drogas. Em uma situação hipotética, Friedman (1991) afirmava que uma criança que é morta num tiroteio em uma favela, é uma vítima inocente. No entanto, um indivíduo que decidiu por si só ser um usuário de drogas, escolheu ser vítima. Dessa forma, segundo Milton Friedman, não é moral que o Estado imponha custos tão elevados a terceiros para protegê-los das suas próprias escolhas.

Ainda dentro da análise feita por Milton Friedman e diante da problemática das drogas na sociedade, ganhou força a formulação de modelos alternativos ao proibicionismo no contexto brasileiro. Tais modelos cogitam mudanças radicais na forma de enfrentar o problema droga. Um dos pontos mais importantes é na retirada do consumidor da órbita do direito penal por meio da aplicação de critérios mais objetivos ao definir o que é porte para o usuário e o que é porte para o tráfico. Na política proibicionista atual, as drogas ilícitas são massivamente demonizadas por campanhas alarmistas e de desinformação, diferentemente ao que ocorre com as drogas lícitas, para as quais existem serviços mais amplos de informação. Assim, o consumidor de drogas ilícitas só tem uma decisão a fazer: interromper o consumo ou permanecer escravo da droga. Nessa perspectiva, sabendo que as drogas continuarão a existir, o Estado deve adotar melhores formas de prevenção e redução de danos, sendo duas delas o autocuidado e as campanhas de informação em saúde, baseadas em dados sobre os efeitos, os riscos potenciais e os padrões de consumo de cada uma das substâncias que venha a ser liberada (FIORE, 2012).

No caso das drogas ilegais bastante difundidas, como a cocaína e o *crack*, demandaria modelos mais complexos de regulamentação, algo semelhante ao que é feito hoje para os medicamentos controlados. O desafio, de acordo com Fiore (2012), seria o de equilibrar uma política que garantisse mais controle sem criminalização, desestimulando o mercado clandestino. O álcool, que é uma substância legalizada, sofre o mesmo controle de qualidade dos alimentos e seu comércio é livre, desde que taxado. Já o tabaco é um dos principais alvos do aparato estatal devido aos inúmeros danos que causa à saúde. O Estado atua através do au-

mento de impostos sobre o produto, disseminando informações e alertas sobre os perigos potenciais gerados pela substância, vetando a publicidade sobre o fumo, aprimorando o atendimento aos dependentes e restringindo os locais de uso. Sem adotar o proibicionismo como é feito hoje com as drogas ilícitas, no período de 12 anos a proporção de fumantes caiu em cerca de 40% no Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde. Dessa forma, como observa Fiore (2012), mercados legais podem ser bem (tabaco) ou mal (álcool) regulados fora do paradigma proibicionista. Portanto, os casos do álcool e do tabaco, drogas legais, podem servir como modelos para o que se deve ou não fazer numa possível liberação de outras substâncias atualmente ilícitas.

Mesmo com esses modelos alternativos à política atual sendo propostos, observa-se uma inércia por parte da classe política brasileira em relação ao tema “drogas”. Essa inércia, como observada por Fiore (2012), seria explicada pelo fato dos políticos estarem interessados no uso eleitoral da pauta, ganhando ou tirando votos de acordo com o pensamento do seu próprio eleitorado diante do problema. “Quanto maior a ambição eleitoral, menos se deve mexer no vespeiro. Apenas prometa odiar e lutar contra as vespas” (p. 21). Portanto, como elencado por Fiore (2012), defender um modelo alternativo ao proibicionismo não é afastar o Estado desse grande problema, mas propor uma discussão, ou melhor, uma rediscussão sobre o seu papel para que o Estado atue com mais eficiência dentro dos limites democráticos da sociedade.

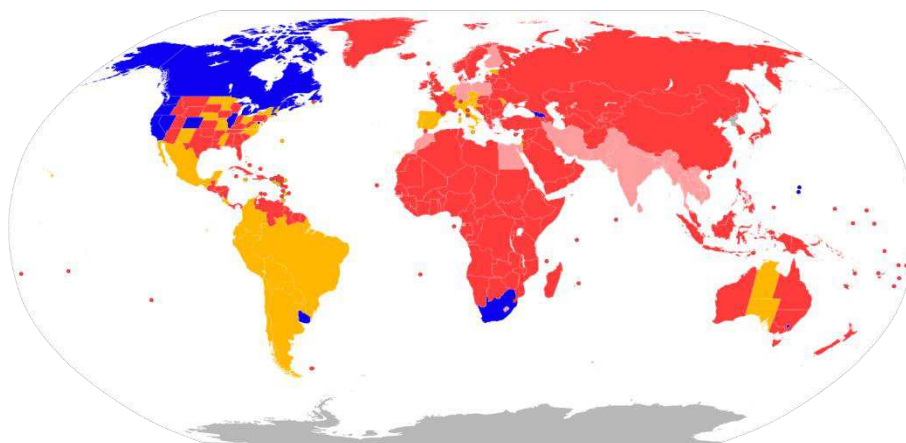
2.3.8 A Liberação da Maconha no Século XXI

Em meio ao problema-droga vivenciado pelas sociedades modernas, nas últimas décadas, precisamente no início deste século, emergiram movimentos que pedem uma maior liberação na política de drogas, principalmente em relação à *Cannabis sativa*. Tais movimentos surgiram como crítica ao modelo proibicionista e punitivista do Estado frente a este problema (PAIVA 2018; TORCATO, 2016). Alguns países adotaram diferentes modelos na descriminalização da *Cannabis*, já outros mantiveram a ilegalidade.

Apesar de uma mudança significativa em relação à legislação sobre o uso de maconha, a maior parte dos países do mundo ainda adota leis restritivas à droga. Enquanto alguns países passaram a legalizar a maconha, permitindo sua venda em estabelecimentos privados ou com uso médico restrito, outros alteraram a legislação para que o usuário não fosse preso ao ser

pego com a droga, descriminalizando o porte ou plantio para uso pessoal, no entanto, continuaram criminalizando o comércio (Figura 11). Alguns países do Oriente Médio ainda continuam a adotar legislações severas sobre a *Cannabis*, sendo que a venda pode ser punida com prisão perpétua ou até mesmo pena de morte (NARLOCH, 2015).

Figura 11: Legislação sobre a *Cannabis* no mundo.



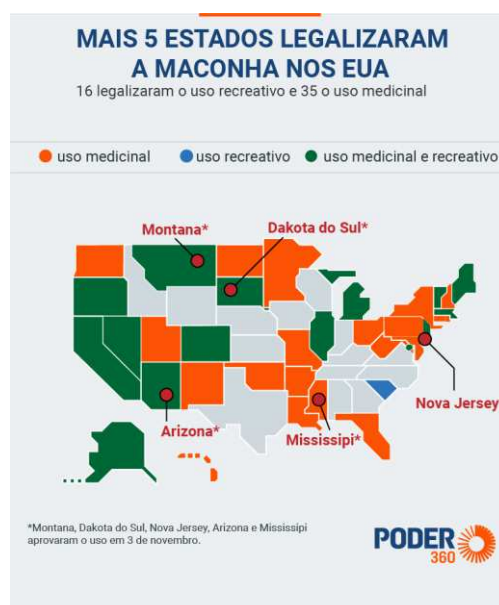
- Legal (ex: Uruguai)
- Ilegal, mas descriminalizada (ex: Brasil)
- Ilegal, mas não posto em prática (ex: Índia)
- Ilegal (ex: China)

Fonte: adaptado de Cardoso (2016).

Em 2013, o Uruguai tornou-se o primeiro país do mundo a legalizar totalmente o consumo de *Cannabis* para adultos residentes no país, após uma votação de 16 a 13 no Senado. Pela lei em vigor, o usuário de 18 anos ou mais registrado no Instituto de Regulação e Controle da *Cannabis*, pode comprar do governo uruguaio até 40 gramas de maconha por mês em locais credenciados, como farmácias, clubes ou cultivo particular. Em casa, o cultivo a cada ano não pode ultrapassar 480 kg, já nos clubes de fumantes autorizados o cultivo deve ser de até 99 plantas anualmente. A venda continua sendo proibida para estrangeiros e é ilegal transportá-la através das fronteiras internacionais (PASSAGLI, 2018). Nos Estados Unidos, a lei federal proíbe o comércio e a posse de *Cannabis*, mas a aplicação da lei entre os estados varia. Ao todo, 16 estados já legalizaram o uso recreativo e 35, o uso da maconha medicinal (Figura 12). Alguns estados têm colhido bons frutos com a venda da erva. O Oregon, por exemplo, chega a ter receitas superiores a 100 milhões de dólares anuais com a comercialização. A aplicação de impostos sobre a maconha também é feita em outros estados. Mais recentemente,

em 3 de novembro de 2020, cinco estados americanos aprovaram o uso de *Cannabis*: Arizona, Dakota do Sul, Nova Jersey, Mississippi e Montana. Em Dakota do Sul, onde o uso recreativo já é permitido, houve aprovação também para uso medicinal. Já o Mississippi aprovou a maconha apenas para fins médicos (PODER360, 2020). O canabidiol foi reclassificado como substância de potencial terapêutico pelo governo americano e em 2018 a produção de cânhamo com baixo teor de THC foi legalizada (COLLUCCI; FRANÇA, 2019).

Figura 12: Panorama da liberação da maconha nos Estados Unidos da América.



Fonte: Poder360 (2020).

O uso medicinal da *Cannabis* também é legal em países como Canadá, República Checa, Tailândia e Israel. Na Tailândia, pacientes, médicos e produtores precisam de autorização para consumir, prescrever e cultivar a planta para fins terapêuticos. Em Israel, uma equipe médica do Ministério da Saúde avalia os pedidos e orienta sobre a dosagem e o tipo de *Cannabis* a ser consumida. Os pacientes pagam uma taxa equivalente a R\$ 440 pelo tratamento mensal e têm acesso a cápsulas, óleo ou flores (COLLUCCI; FRANÇA, 2019). No Canadá, está disponível como agente paliativo com apresentação de receita médica, e mais recentemente, em 2018, o uso recreativo e a produção de maconha foram liberados em todo o território. Em território canadense é permitida a compra de flores, pomadas e extratos para fins medicinais, através de empresas licenciadas pelo governo para produzir e comercializar pela internet. Também é possível se registrar para produzir para consumo próprio ou delegar essa

função a um terceiro. A agência regulatória aceita a prescrição para 39 indicações terapêuticas (COLLUCCI; FRANÇA, 2019)

A venda de *Cannabis* passou a ser legal em treze províncias e territórios canadenses. Pelas regras, um adulto pode possuir até 30 gramas de *Cannabis* em público e cultivar até quatro plantas em casa, exceto em Québec e Manitoba, onde o cultivo é proibido. A idade legal para a compra de *Cannabis* está fixada em 18 anos pela lei federal, mas em todas as províncias e territórios esse patamar está em 19, com exceção de Québec e Alberta. Turistas também podem comprar, mas o transporte da substância para além dos limites fronteiriços do país é proibido. As províncias e os territórios se responsabilizam pela organização da venda da *Cannabis* que acontece em lojas autorizadas. Em seis delas, a *Cannabis* é disponibilizada em lojas públicas, em outras quatro em lojas privadas e em Columbia Britânica é vendida tanto em lojas públicas quanto em lojas privadas (G1, 2018). Os canadenses podem comprar *Cannabis* seca ou fresca, além de óleo ou sementes de origem autorizada, com preços que variam para cada região, podendo custar entre 6 a 10 dólares com imposto especial. Também há variação para o consumo da substância entre as regiões. Em New Brunswick ou Newfoundland só é permitido fumar em casa e em Québec é ilegal fumar nos locais onde o cigarro já é proibido, como em bares, restaurantes, escolas e parques infantis. Em todo o Canadá, aproximadamente 120 empresas são autorizadas a produzir *Cannabis*, algumas delas já produzem a erva para uso medicinal (G1, 2018).

Atualmente, 21 países dos 28 membros da União Europeia autorizam a *Cannabis* para fins medicinais, mas as legislações diferem. Na Holanda, a iniciativa privada obtém licença para produzir medicamentos à base de *Cannabis* para o governo federal, o qual repassa os produtos às farmácias. Os usuários só podem comprar com receita médica. Na Alemanha, pacientes acometidos por doenças graves podem comprar extratos de *Cannabis* em farmácias de manipulação, basta apresentar receita médica, no entanto, a quantidade deve ser o necessário para um mês. Em Portugal, o Estado é responsável pelo cultivo, preparação e distribuição da maconha vendida nas farmácias sob prescrição médica. Já a Grécia permite o uso medicinal para tratamentos de espasmos musculares, epilepsia, câncer, dores crônicas e outras patologias, enquanto na Itália e na República Tcheca seu uso é destinado para alívio de dor em pacientes com câncer ou esclerose múltipla (COLLUCCI; FRANÇA, 2019).

Na República Tcheca há permissão para cultivo da *Cannabis* apenas com autorização do governo (COLLUCCI, FRANÇA, 2019). Em Portugal, o uso da erva foi descriminalizado em 2001, numa lei aprovada pelo Parlamento na qual foram estipuladas quantidades determi-

nadas para a posse. O modelo português de descriminalização de drogas é considerado bastante eficiente. A nova lei manteve a ilegalidade das drogas, mas tornou seu porte para consumo como uma infração administrativa. Caso seja flagrado com drogas, o usuário é submetido a uma junta civil composta por assistentes sociais, psicólogos e médicos que, em consenso, decidem se o caso apresentado é um problema de saúde que requer tratamento ou se é um caso mais grave que necessita de sanções mais sérias com aplicação de multas (FIORE, 2012). Na Espanha, o uso de *Cannabis* é legal em áreas privadas e ilegal em áreas públicas, sendo os contraventores punidos com multas administrativas (WIKIZERO, 2018); já na Holanda, o porte, o cultivo ou a venda de maconha são tolerados, desde que em pequenas quantidades. Pode-se comprar a planta em lojas especiais da Holanda se tiver 18 anos ou mais e o cultivo em casa não deve ultrapassar cinco plantas (MAIA, 2017; SECHAT, 2020).

Na Oceania, o uso de *Cannabis* é permitido para fins medicinais em alguns países. Na Austrália, o uso pessoal é descriminalizado no Território do Norte e na Austrália do Sul. O uso médico é legal a nível federal e o cultivo é permitido para uso estritamente medicinal ou científico. O paciente que desejar obter tais produtos deve apresentar receita médica. Em 2019, o Território da Capital Australiana, onde fica a capital Canberra e mais outros municípios, tornou-se a primeira região da Austrália a legalizar o cultivo e a posse de maconha (G1, 2019a). O texto aprovado pelo Parlamento local retirou a punição por posse de até 50g de maconha seca ou 150g de maconha fresca, removendo também penalidades para cultivo de até duas plantas do gênero *Cannabis*. A permissão só se aplica para maiores de 18 anos e cada domicílio pode ter no máximo quatro plantas. O fornecimento da substância de forma gratuita ou a venda continuam sendo proibidos. Apesar da aprovação da lei, o uso de maconha para posse ou cultivo ainda continua ilegal a nível federal, e dentro do limite territorial da região de Canberra a punição ao usuário é delegada aos tribunais locais (G1, 2019a). Já na Nova Zelândia, apesar da ilegalidade, o uso médico da *Cannabis* é permitido. Também houve uma alteração na legislação neozelandesa sobre o canabidiol (CBD), que saiu da lista de substâncias controladas (COLLUCCI; FRANÇA, 2019).

No caso do Brasil, o comércio, posse ou cultivo de *Cannabis* é crime, entretanto, o porte para consumo pessoal não é punível com prisão. A maconha e seus canabinóides estão enquadrados na legislação vigente sobre drogas (Lei n 11.343, de 23 de agosto de 2006), constando da Lista E (lista de plantas proscritas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas) da Portaria SVS/MS n° 344/1998. As substâncias Canabidiol (CBD) e Tetrahydrocannabinol (THC), presentes na *Cannabis sativa*, constam da lista F2 (lista de substâncias psicotrópicas de uso proscrito no Brasil) da Portaria SVS/MS n° 344/1998, podendo

ser utilizadas apenas para finalidade terapêutica (PASSAGLI, 2018). Em março de 2020 entrou em vigor a resolução RDC 327/2019 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) liberando a comercialização de produtos à base de *Cannabis* em farmácias de todo o território brasileiro. Já em 22 de abril, a primeira empresa conseguiu autorização para a produção de óleo da planta, o qual será vendido apenas com receita médica (RODRIGUES, 2020).

Anteriormente, o paciente com indicação médica para uso de produtos à base de *Cannabis* precisava de autorização para importação. As farmácias não podiam vender os medicamentos, mesmo que fossem produzidos pela indústria estrangeira. Agora, com a nova resolução, os pacientes com recomendação e receita médica poderão comprar os medicamentos diretamente nas farmácias e as empresas brasileiras poderão fabricar o produto, mas devendo importar o extrato da planta. O plantio para fins medicinais em território brasileiro foi rejeitado por três votos a um e arquivada pela ANVISA (G1, 2019b). A regulamentação é, no entanto, temporária, com validade de três anos. Nesse período, os produtos à base de *Cannabis* ainda não serão considerados como medicamentos. Tais produtos precisarão passar por testes para assegurar sua eficácia, segurança e possíveis danos, antes de serem elevados ao patamar de medicamentos. O tipo de prescrição médica vai depender da concentração de THC e CBD. Nas formulações de THC inferior a 0,2%, o produto deve ser prescrito por meio de receituário tipo B e renovação da receita em até 60 dias. Já nas formulações de THC superior a 0,2%, o receituário para prescrição é do tipo A, ainda mais restrito e com padrão semelhante à morfina, devendo o produto ser prescrito a pacientes em estágio terminal ou que tenham esgotado as alternativas de tratamento (G1, 2019b).

Ainda existe certo receio na liberação da maconha em território brasileiro, mesmo que para fins medicinais. Diante do exemplo dos outros países e das pesquisas já conduzidas, é importante pontuar que a *Cannabis* vem demonstrando ter uma eficiente contribuição para o tratamento de doenças e, obviamente, não há razões para a sua total restrição. É de se destacar também que apesar do uso de maconha poder acarretar danos, embora nem todos eles serem totalmente reconhecidos, essa droga não apresenta toxicidade letal e seu padrão de consumo não é problemático, ao contrário de outras substâncias de abuso (FIORE, 2012). Portanto, espera-se que o arsenal médico dessa substância seja ampliado, ao mesmo tempo em que outras formas de tratamento (além da via de produtos industrializados), como o cultivo de *Cannabis* dentro do próprio domicílio, sejam permitidas.

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DA PESQUISA

O presente estudo tratou-se de uma revisão narrativa de literatura sobre os benefícios e malefícios da *Cannabis sativa*. Segundo ROTHER (2007), os artigos de revisão narrativa são publicações amplas apropriadas para a descrição e o desenvolvimento de um assunto específico, a partir da análise de literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas. Assim, essa categoria de artigos permite ao leitor adquirir conhecimento sobre uma determinada temática em um curto espaço de tempo.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

As fontes estabelecidas para as informações são as bases de dados com cobertura da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde (LILACS) e da Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

As buscas nas bases e bibliotecas eletrônicas aconteceram de março a novembro de 2020. As buscas foram efetivadas nas referidas bases de dados, através da busca com combinações entre os descritores e os operadores booleanos. Sendo utilizado o “AND” e os entrecruzamentos foram feitos com os descritores: Impactos sociais; consumo; maconha. Ressaltando que estes foram utilizados de forma associada. As pesquisas foram estabelecidas por meio do levantamento dos artigos, a partir dos entrecruzamentos dos sites de pesquisa citados anteriormente. Como critérios de inclusão foram selecionados artigos publicados nos últimos 20 anos, como também os artigos que tinham como idioma a língua portuguesa e que foram publicados no Brasil. No entanto, foram excluídos aqueles que não estavam disponíveis gratuitamente nas bases de dados e que não condiziam com a pesquisa e a questão norteadora.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

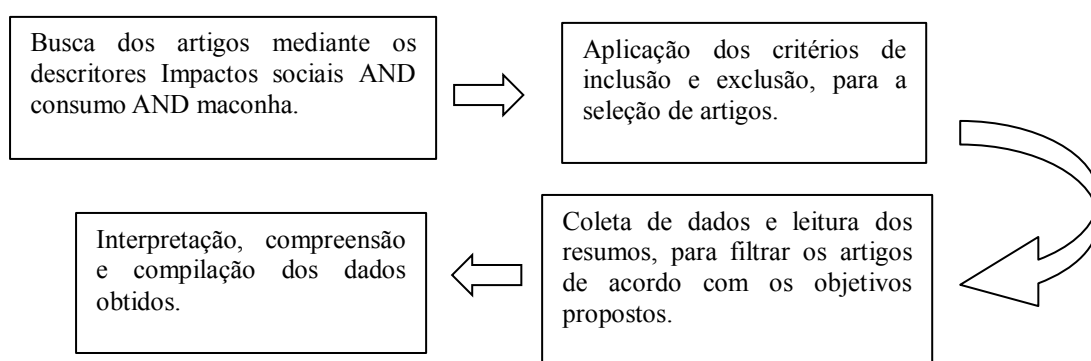
Foi feita uma pré-análise com exploração do material colhido dos artigos encontrados nas bases de dados de acordo com a quantidade de artigos selecionados por título, resumo e artigos completos e, em seguida, a partir da exploração da construção dos resultados.

Para uma análise qualitativa, os dados extraídos e coletados foram organizados em planilhas do Word 2010, no qual foram selecionados artigos que corresponde ao trabalho de revisão narrativa da literatura que se refere sobre os benefícios e malefícios da *Cannabis sativa* no Brasil, com intuito de promover uma compreensão do impacto deste fenômeno sobre a estrutura social. A análise foi feita através da coleta de informações dos respectivos artigos acerca da temática supracitada.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O processo de busca eletrônica dos artigos foi realizado pelas bases supracitadas com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e baseou-se num fluxograma de pesquisa evidenciado na figura 13 a seguir, em que mostra como se deu o passo a passo desta pesquisa.

Figura 13 – Fluxograma de pesquisa evidenciando as etapas de pesquisa e leitura dos artigos utilizados para construção desta revisão.



Fonte: autoria própria.

O processo de busca eletrônica dos artigos foi realizado pelas bases de dados Lilacs e Scielo, onde foram encontrados um total de 150 trabalhos nas duas bases de dados. Aplicando-se os critérios de inclusão, sobraram ao final 10 trabalhos, sendo 60% obtidos da plataforma Lilacs (06 artigos) e 40% obtidos da plataforma Scielo (04 artigos), os quais tratavam do uso da maconha e seus problemas sociais envolvidos. Destes, tem-se que foram encontradas publicações a respeito da temática em questão nos anos de 1999, 2000, 2006, 2008 e 2012, tendo uma maior publicação no ano de 2008 com 60% (06 publicações), enquanto nos demais anos foram 10% para cada, ou seja, um trabalho por ano, conforme evidenciado no Quadro 10 onde pode-se observar também os principais resultados obtidos em cada trabalho selecionado.

Quadro 10: Distribuição das referências bibliográficas obtidas a partir das bases de dados.

LISTA DE ARTIGOS SELECIONADOS				
TÍTULO	AUTOR (ES)	BASE DE DADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS	ANO DE PUBLICAÇÃO

A história da maconha no Brasil	CARLINI, E. A.	SciELO	O problema das drogas em nosso país tem sofrido um julgamento apaixonado, permeado por atitudes moralistas e um tratamento policial.	2006
Autonomia e heteronomia nos estados alterados de consciência	CARNEIRO, H.	Lilacs	A gestão de si, a apropriação de si, o domínio do próprio corpo e pensamento como esfera precípua da existência assume a relevância de um paradigma da liberdade.	2008
Ordem médica e norma familiar	COSTA, J. F.	SciELO	As técnicas médico-higiênicas penetraram a família burguesa a partir do século XIX como parte de um ato manipulatório político-econômico imposto por uma classe dominante.	1999
Prazer e risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre o uso de drogas	FIORE, M.	Lilacs	O discurso que se estabelece sobre o problema das drogas na sociedade atual é ocupado por noções, ideais e conceitos que impossibilitam um debate mais aprofundado sobre o tema.	2008

O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas	IORE, M.	Scielo	O proibicionismo modulou o entendimento contemporâneo sobre as substâncias psicoativas ao definir como positivas as drogas legais e negativas as drogas ilegais.	2012
A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo	KARAM, M.	Lilacs	A proibição das drogas colabora para a expansão do poder punitivo, causa a superlotação de presídios e nega direitos fundamentais, aproximando democracias de Estados totalitários.	2008
A influência das ideias eugenistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil	MANSANERA, A. R.; SILVA, L. C.	Scielo	A concepção de raças superiores e inferiores marcou o movimento higienista do século XX.	2000
Tráfico, guerra, proibição	RODRIGUES, T.	Lilacs	O proibicionismo é uma tática que tem como objetivo não apenas a erradicação de substâncias ou práticas sociais a elas associadas, como também manter uma guerra sem fim.	2008
Drogas e cultura: novas perspectivas	SIMÕES, J. A.	Lilacs	As ciências humanas ainda detêm pouca legitimidade para tratar sobre o tema “drogas”. O controle discursivo é	2008

			exercido principalmente pelas ciências biomédicas.	
Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas.	VARGAS, E.	Lilacs	As relações que a maioria das sociedades contemporâneas mantêm com as drogas são marcadas pela repressão e, ao mesmo tempo, pelo incentivo ao consumo.	2008

Fonte: autoria própria.

Através dos dados obtidos, convém afirmar que a problemática em torno do tema “drogas”, principalmente em torno da *Cannabis*, é de certa forma deturpada. A atribuição de negatividade à maconha, uma das substâncias psicoativas mais consumidas em todo o mundo, não é por acaso. A construção social dessa substância se insere num contexto onde campanhas propagam mais pânico do que informação, auxiliando na demonização tanto da maconha quanto de outras drogas (FIORE, 2012). Toda essa ausência de informações verdadeiras e confiáveis à maconha ocasionou o desenvolvimento de tantos preconceitos que perduram até os dias atuais. Apesar de possuir uma infinidade de propriedades terapêuticas, comprovadas através de estudos e pesquisas científicas, a maconha ainda continua sendo um “mal” que, para alguns grupos e setores da sociedade, precisa ser extirpado.

A história da *Cannabis sativa* não está vinculada ao Brasil a um ou dois séculos atrás, mas desde o descobrimento do País em torno dos anos 1500. Trazida pelos negros escravos, a maconha logo se difundiu pelo território brasileiro, sendo o seu plantio incentivado até mesmo pela Coroa Portuguesa (CARLINI, 2006a). A visibilidade que essa droga gerava estava associada às suas propriedades terapêuticas, sendo largamente utilizada para tratamento de diversas doenças. No entanto, seu uso recreativo rapidamente passou para as classes baixas da sociedade e a substância se tornou objeto de julgamento social, sendo associada ao negro escravo, ao pobre e ao “bandido” (RODRIGUES, 2008). A classe médica, a burguesia e as autoridades governamentais passaram, então, a enxergar na maconha um mal que precisava ser combatido, ao mesmo tempo em que essa repressão também significava um controle sobre as classes marginalizadas (FIORE, 2012; RODRIGUES, 2008). Apesar da má visibilidade que

começara a gerar, a maconha continuou sendo utilizada para fins terapêuticos até as primeiras décadas do século XX, mas a II Conferência Internacional do Ópio de 1924 mudaria completamente os rumos da erva no Brasil (CARLINI, 2006a). A repressão nos anos posteriores se acentuou, através de decretos e regulamentos, e a forte rejeição em torno da maconha aumentava no meio social. O Estado empreende então uma política rígida de proibição, repressão e punição para a maconha e outras substâncias que perdura até os dias atuais.

O consumo sistemático de substâncias capazes de alterar a consciência, o comportamento e o humor é algo milenar, tendo uma importância indiscutível para a humanidade. Seu uso na sociedade envolve questões complexas de liberdade, religiosidade, disciplina, cultura, guerra, comércio, crime, sociabilidade, etc. (SIMÕES, 2008). Utilizadas para as mais diversas finalidades, tanto para a cura de doenças quanto para celebrações, o uso de psicoativos foi historicamente cercado de mitos, preconceitos, desinformações e também de interdições e controles sociais. Há cerca de um século praticamente nenhuma droga, de uso médico ou não, era objeto de controle ou criminalização. As medidas repressivas empreendidas por diversos países se iniciam de fato ao longo do século XX, caracterizadas pela criminalização da produção, do mercado ilegal e do uso com propósitos não medicinais (FIORE, 2012; VARGAS, 2008). O saber médico teve um papel fundamental nesse contexto, ao elaborar os conhecimentos científicos necessários e orientar a execução desses controles. Também é de se notar a ascensão da indústria farmacêutica e a legitimidade social da medicina como processos importantes no estatuto de criminalização das drogas, uma vez que esse protagonismo da ciência médica se dava em um momento de consolidação da legitimidade do seu saber científico, entre o final do século XIX e início do século XX, paralelamente ao avanço do proibicionismo. Assim, a medicina orienta o controle do Estado sobre as drogas, monopolizando o acesso a essas substâncias.

No Brasil Colonial, desde o século XIX, a medicina lutava contra a tutela jurídico-administrativa da Colônia. Diante da fragilidade política do governo, as autoridades empreendem uma nova mecânica onde a população se sujeitasse aos mecanismos de controle do Estado sem que pudessem reagir a esse mesmo controle. Nesse contexto, a medicina higiênica é introduzida, levando os indivíduos a compactuarem com a ordem social estabelecida. Assim, administrando antigas técnicas de submissão e formulando novos conceitos científicos, o governo colonial, através da higiene, incorpora a cidade e a população como campos de controle do saber médico (COSTA, 1999). As técnicas de controle do saber

médico progridem, paulatinamente, do Brasil Colonial ao Brasil República e a medicina passa a adquirir um status social particular. Não mais vinculada ao seu campo tradicional, a medicina passa a intervir na saúde, na doença e no corpo e a se apropriar de segmentos cada vez mais ampliados da sociedade como as instituições, o meio-ambiente, as massas e os portos, tornando-se uma ciência social, institucional e de planejamento (MANSANERA; SILVA, 2000). Em uma época de crescimento urbano, alta proliferação de doenças, insalubridade, consumo de drogas e desordem social, a medicina adquire um status científico com funções normalizadoras, na medida em que estava sob sua responsabilidade a prevenção, o saneamento e o tratamento das cidades, à fim de garantir a saúde, o bem-estar e a integridade da população e a manutenção do grande projeto modernizador do Brasil.

As drogas entram no debate médico brasileiro a partir da metade do século XIX quando se introduz na prática médica técnicas em anestesia e analgesia com variadas substâncias. A incorporação de anestésicos à prática médica não apenas ampliou o arsenal terapêutico da medicina, como também dotou de legitimidade esta ciência moderna na prática curativa ante as práticas tradicionais realizadas por curandeiros, boticários e religiosos (VARGAS, 2008). Ao adquirir um saber científico legitimado, a corporação médica inicia um movimento de perseguição às práticas terapêuticas ditas ilegítimas, fosse o preparo, a distribuição e a prescrição, jogando na clandestinidade todos aqueles que praticavam a cura de forma distinta à do saber médico e orientando os instrumentos reguladores do Estado a persegui-los e puni-los (MANSANERA; SILVA, 2000). Dessa forma, ao restringir certas substâncias para uso exclusivo pela medicina, a corporação médica conseguiu que o Estado impusesse uma legislação para dar garantia de monopólio sobre a produção, prescrição e tratamento envolvendo esses compostos, e todas as formas de uso não médico passaram a ser rechaçadas por esta corporação e perseguidas pelos instrumentos de controle do Estado sob respaldo desta ciência. Ainda nessa época, a medicina se transformava desde suas diversas especializações ao ensino médico nas Faculdades de Medicina, ao mesmo tempo em que se institucionalizava como saber científico dotado de autoridade.

Com poderes disciplinar e curativo, a medicina cria o hospital como máquina de cura e o hospício como lugar de enclausuramento do doente mental e, em meio à associação entre crime e loucura, se aproxima do campo jurídico para definir a responsabilidade civil do indivíduo delinquente. A classe médica do Brasil da Primeira República via o vício do álcool e das demais drogas como doenças hereditárias e fatores para a debilitação da população. Nessa perspectiva, os médicos passaram a aplicar medidas para o controle dos alcoólatras degenera-

dos, uma vez que a quantidade enorme desses indivíduos esbarroava os hospícios e as prisões (MANSANERA; SILVA, 2000). Assim, a psiquiatria viria a utilizar o conceito de degeneração como meio explicativo para grande parte dos problemas associados à loucura. A regulamentação sobre as drogas permitiu, dessa forma, a criação de um espaço de atuação para a corporação médica colocar em pauta questões sobre toxicomania, as quais embasaram a representação patologizante do uso de drogas. Os controles impostos sobre essas substâncias também significavam domínio sobre as camadas mais baixas da sociedade, uma vez que era nessas camadas que as drogas, especialmente o álcool, passavam a se difundir rapidamente (RODRIGUES, 2008). A noção de civilização ameaçada pela desordem social instalada foi criada pela própria medicina, a qual, contraditoriamente, se colocava como salvadora da Nação. O movimento higienista marcaria, portanto, a construção do Estado Nacional brasileiro da Primeira República, uma vez que o projeto de nação civilizada dependia deste movimento, reforçando, assim, o ideal civilizatório da ciência médica.

Apesar do consumo sistemático de psicoativos remontar ao início das civilizações, até o início do século XIX da era contemporânea não existiam legislações governamentais criminalizadoras ao uso dessas substâncias, no entanto, já existia uma política crescente de repressão e uma escalada de manifestações de movimentos religiosos que advogavam para a proibição total das drogas, principalmente na Inglaterra e nos Estados Unidos, os chamados Movimentos de Temperança. Tais movimentos tiveram um peso importante neste processo, pois foi, a partir deles, que o cenário ideal para a adoção do proibicionismo foi moldado, por meio do discurso abominável às drogas (CARNEIRO, 2008; RODRIGUES, 2008). Todavia, é somente ao longo do século XX que o uso de algumas substâncias psicoativas torna-se de fato um problema social. Assim, a partir do momento que as drogas passam a ser objeto de discussão na sociedade, o “problema-droga” é demarcado através de três formações discursivas: medicalização, criminalização e moralização (FIORE, 2008). É também durante o século XX que a atuação do Estado frente à problemática torna-se hegemônica, dando surgimento ao proibicionismo. O proibicionismo se inicia, portanto, a partir de uma conjunção de fatores, entre eles a radicalização política do protestantismo americano, o temor das elites diante das agitações sociais, os conflitos de ordem geopolítica, o interesse da corporação médico-farmacêutica pelo monopólio sobre a produção de drogas e a crescente institucionalização do saber médico (FIORE, 2012). Assim, as políticas coercitivas encabeçadas pelos Estados Unidos, objetivando reprimir o mercado ilegal e o uso não médico, são decisivas para a consolidação do estatuto de proibição das drogas em todo o planeta.

A “drogadição” da sociedade brasileira e o modelo repressivo seguiram os mesmos passos dos EUA ainda na metade do século XIX e nas décadas seguintes quando se intensificaram as políticas de repressão. No século XX se inicia a “institucionalização” do saber médico e o Estado se auto-intitula único detentor desse saber, utilizando-se dos regulamentos sanitários como um instrumento médico-político para impor controle sobre o desejo e o consumo da população (MANSANERA; SILVA, 2000; RODRIGUES, 2008). Em território brasileiro, nos anos seguintes, outros decretos seriam instaurados, reforçando o combate às drogas, ao mesmo tempo em que o narcotráfico ganharia corpo e se tornaria um grande problema a ser enfrentado no final do século XX e início do século XXI. Nessa perspectiva, em outubro de 2006, entra em vigor no Brasil a Lei 11.343/06, a chamada nova lei de drogas. Esta lei controversa acabou sendo mais uma dentre tantas outras legislações internacionais em execução que reproduzem as táticas repressivas das convenções da ONU e viola direitos fundamentais (KARAM, 2008). Algumas “lacunas” na nova lei de drogas também abriram um profundo debate social, ao não explicitar de maneira objetiva a separação de quantidades de drogas para usuário e para traficante, jogando-os no mesmo “barco” e levando a um aumento excessivo de presos no sistema carcerário brasileiro, em sua maioria pretos e provenientes de periferias das metrópoles (KARAM, 2008). Ao mesmo tempo, os grandes chefes do crime organizado escapam das repetidas investidas do sistema policial-judiciário, readequando-se e continuando a produzir velhas e novas substâncias para manter o mercado ilegal.

Nos últimos anos vem avançando os debates sobre a alteração na legislação em relação às drogas, especialmente sobre a maconha, tanto a nível nacional quanto internacional. Em um contexto internacional, diversos países já liberaram o uso, o plantio e a posse de maconha, seja legalizando totalmente, legalizando para fins medicinais ou descriminalizando para fins recreativos, tais como Canadá, Uruguai, Holanda, Portugal, Espanha, Austrália e Estados Unidos. Alguns desses países obtiveram sucesso na redução da violência relacionada ao tráfico de drogas, ao mesmo tempo em que tiveram aumento em suas receitas através da arrecadação de impostos sobre a venda dessa substância. Em meio às inúmeras comprovações terapêuticas, a maconha passou a ser legalizada especialmente para uso médico, sendo utilizada para tratar diversos tipos de doenças, embora desde a sua descoberta ela já estivesse presente em estudos científicos como substância de eficiente potencial medicinal (CARLINI, 2006a). O número de pesquisas científicas relacionadas às propriedades terapêuticas da *Cannabis* subiu gradativamente a partir do final do século XX, principalmente após a descoberta do sistema endocana-

binóide na década de 1990. Assim, devido à gama de propriedades utilizadas para diversos fins, a maconha torna-se hoje uma “preciosidade” dentre as substâncias psicoativas, destinada ao tratamento de uma infinidade de doenças, em substituição aos medicamentos tradicionais.

Diante da ampla discussão sobre o uso de drogas no meio social, na maioria das vezes carregada de premissas fantasiosas, faz-se necessário pontuar que as pessoas sempre utilizaram drogas pelos motivos mais diversos e nas circunstâncias mais variadas e não há razões para supor que deixarão de fazê-lo. É importante respeitar o princípio ético de autonomia do indivíduo sobre seu próprio corpo, incluindo aí o consumo de substâncias psicoativas (CARNEIRO, 2008). Quaisquer compostos, sejam eles medicamentos ou drogas de uso recreativo, podem causar danos severos ao organismo. Na mesma proporção, variadas ações cotidianas também empreendem riscos, seja dirigir carros, praticar atos sexuais, praticar esportes, etc. Se o consumo de substâncias acarreta riscos, o mesmo pode ocorrer com outras ações (FIORE, 2012). É preciso levar em conta a relação humana com esses compostos, as motivações e os sentidos ligados à produção e o uso de drogas. Cabe ainda considerar a aplicação de modelos de prevenção variados ao uso indevido de drogas, uma vez que as políticas repressivas se embasaram na demonização do consumo de substâncias e na associação à violência e criminalidade, mostrando-se condutas ineficazes de enfrentamento ao problema. Neste contexto, a educação é uma chave importante, principalmente para os mais jovens, os que mais fazem uso dessas substâncias e ao mesmo tempo os que menos desconhecem seus múltiplos efeitos. Desta forma, cabe uma mobilização social de enfrentamento ao problema, não apenas centrado no combate ao narcotráfico e a seu aparelho criminoso, como também na produção de informações mais precisas sobre as drogas, sobre seus efeitos à saúde e ao meio social, destinadas tanto para os usuários quanto para o meio coletivo.

Foi através de ataques e difusão de ideais pejorativos, na maioria das vezes de viés político-ideológico e de cunho moral-religioso, que o Estado empreendeu controles sociais para combater a maconha e todas as demais substâncias psicoativas tidas como “inimigas” da sociedade. É importante salientar, todavia, a existência de interesses econômicos por trás dessas interdições e, também, de legitimação social na execução de tais controles, de um lado pela participação da corporação médico-farmacêutica e, de outro, pela crescente institucionalização do saber médico, atores fundamentais na construção social histórica do estatuto de criminalização das drogas. A problemática da maconha não deve, portanto, ser analisada de modo específico ou simplista. Seu contexto atual envolve a estrutura contemporânea do “problem-droga” e muitos aspectos sociais que precisam ser esmiuçados sem parcialidades, objetivando

entender não apenas a droga em si, mas os sujeitos que a utilizam e os motivos pelos quais o fazem e continuarão a fazê-lo.

Com a crescente onda de violência e criminalidade desestruturando a ordem social, na maioria das vezes vinculadas ao mercado ilegal de drogas, a maior parte das discussões para minimizar o “problema-droga” fundamenta-se na prisão para os produtores e no tratamento para os usuários, tornando, dessa forma, um debate quase que inteiramente de viés médico-jurídico. Nesse contexto, para além das discussões pró e contra a liberação das drogas, é nítido observar que na atualidade o narcotráfico se fortalece, alimentado pelo mercado lucrativo das drogas ilegais e protegido por interesses políticos e empresariais (FIORE, 2012; RODRIGUES, 2008). A criminalidade vem aumentando vertiginosamente e a sociedade brasileira se vê refém diante deste cenário caótico. O flagelo social das drogas marcado pelo “banho de sangue” dos 60 mil homicídios anuais, é, sem dúvidas, causado principalmente pelo próprio Estado que insiste na manutenção de políticas e modelos arcaicos centrados na proibição e punição, e não na reinserção e no tratamento. Modelos estes que discriminam negros e moradores das periferias, equiparam usuários a traficantes, causam a superlotação do sistema penitenciário e geram mais poder ao crime organizado (KARAM, 2008). A fracassada “guerra às drogas” trouxe, dessa forma, mais prejuízos do que benefícios para a estrutura social brasileira, tornando-se, assim, um problema não apenas de saúde pública, mas um fenômeno multifatorial, direta e indiretamente ligado a toda a estrutura social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema-droga revela-se, assim, como uma estrutura vinculada a um contexto histórico-social e a escalada proibicionista exprime um jogo de interesses de controle e poder sobre classes marginalizadas, monopólio da prática curativa e consolidação da legitimidade social da medicina. Na atualidade, o abuso de drogas assumiu grandes proporções, uma vez que seu uso tornou-se um perigo à saúde individual e, também, à coletividade, ao ser associado à violência e ao crime. Em meio à discussão do tema, imputam-se mais efeitos negativos do que positivos, trajando as drogas de um mal a ser extirpado através da proibição e da repressão. Desde que as drogas e seu uso tornaram-se uma questão social, a produção de conhecimento a seu respeito foi pautada pela lógica da negatividade, constituindo-se de um ideal de enfrentamento para combater a ameaça representada. Apesar da ideia de que nem todo usuário de drogas é um dependente, o monopólio discursivo e a autoridade científica da medicina sobre o tema reforçam a reprovação e o perigo social potencial dessas substâncias. A medicina torna-se, dessa forma, uma ciência com efetivo poder político, econômico e de conhecimento ao impor controle sobre mentes e corpos, prescrever comportamentos adequados aos indivíduos e monopolizar o discurso sobre as substâncias psicoativas, afirmando suas atribuições reformadoras e moralizadoras da sociedade e expressando por meio da proibição das drogas seus interesses corporativistas e de legitimação social.

A discussão sobre o “problema-droga” contemporâneo é, de certa forma, complexo e implica em diversos desafios, pois se construiu ao longo do tempo uma visão retrógrada e deturpada sobre as drogas a partir de uma concepção médico-legal hegemônica. As políticas proibicionistas promovem a difusão de mitos e equívocos em relação às substâncias psicoativas, ao mesmo tempo em que advogam para os benefícios da proibição e para os malefícios da liberação. Essas concepções equivocadas, perpetuadas desde o século XX, vêm produzindo impactos negativos à saúde e segurança públicas, especialmente entre as populações mais vulneráveis, como os usuários problemáticos e a população negra dos bairros periféricos das grandes cidades. Foi também a partir do século XX que passou a imperar no Brasil um modelo biomédico dominante que se firmava na proibição de determinadas substâncias em detrimento da promoção de outras, arquitetado por uma clássica médica corporativista ansiosa em transformar a saúde em lucro. Essa conduta médica sempre esteve associada a interesses econômicos exclusivos, os quais serviram de instrumento legal para o controle do Estado sobre o consumo de substâncias em território brasileiro. O proibicionismo

em torno das drogas é, portanto, um mecanismo de controle social acionado por um projeto de biopoder, definido historicamente por um ideal civilizatório protestante-puritano, fundamentado em um discurso médico, político, ideológico, cultural, moral e religioso e imposto por uma classe econômica dominante.

6 REFERÊNCIAS

ADIALA, J. C. **Drogas, medicina e civilização na Primeira República**. 2011. (Tese de Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

ALVES, A. O.; SAPNIOL, B.; LINDEN, R. Canabinóides sintéticos: drogas de abuso emergentes. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 39, n. 4, 2012.

ANDREASEN, N.C.; BLACK, D.W., **Introdução à psiquiatria**, 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BASTOS, F. I. P. M. *et al.* (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD_PORTUGU%c3%8aS.pdf. Acesso em: 23 ago. 2020.

BEAR, M. F., CONNORS, B. W. PARADISO, M. **Neurociências: Desvendando o sistema nervoso**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BLOCKER, J. S.; FAHEY, D. M.; TYRRELL, I. R. **Alcohol and Temperance in Modern History: An International Encyclopedia Volume One**. Oxford: ABC Clío, 2003. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=BuzNzm-x0l8C&pg=PA86&lpg=PA86&dq=Livesey,+Bands+of+Hope&source=bl&ots=zwhImfl_9o&sig=O6MMfDI8mJspUkFbjFJ12RUTVVc&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwIU076vuazUAhVFipAKHWTKDhQQ6AEIIzAA#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 23 ago. 2020.

BORILLE, B.T. **Caracterização química da planta cannabis sativa a partir de sementes apreendidas pela Polícia Federal no estado do Rio Grande do Sul**, 2016. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

BRITO, G. S. L. **Drogas e defesa da raça: a emergência do modelo de controle oficial sobre substâncias psicoativas ilegais no Brasil: 1920 – 1921**. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, 1996.

BRUCKI *et al.* Cannabinoids in neurology - Brazilian Academy of Neurology. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 73, n. 4, p. 371-374, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20150041>> DOI: 10.1590/0004-282X20150041. Acesso em: 23 ago. 2020.

BURGIERMAN, D. R. A verdade sobre a maconha. **Super Interessante**, São Paulo, e. 179, p. 32- 40, ago., 2002.

BYNUM, H.; BYNUM, W. F. **Remarkable plants that shape our world**. University of Chicago Press, 2014.

CANBERRA SE TORNA A PRIMEIRA CIDADE DA AUSTRÁLIA A LEGALIZAR MA-
CONHA. **G1**. 25 set. 2019a. Disponível em:
<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2019/09/25/canberra-se-torna-a-primeira-cidade-da-australia-a-legalizar-maconha.ghtml>. Acesso em: 24 nov. 2020.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CANNABIS MEDICINAL NO BRASIL: VEJA O QUE MUDA COM AS NOVAS REGRAS DA ANVISA. **G1**. 03 dez 2019b. Disponível em:
<https://g1.globo.com/bemestar/noticia/2019/12/03/regulamentacao-de-produtos-a-base-de-cannabis-no-brasil.ghtml>. Acesso em: 24 nov. 2020.

CARDOSO, T.Q. **Legalização da maconha**: opinião dos estudantes de medicina. 2016. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

CARDOZO, J. E.; MAXIMIANO; V. A. Z. **Curso de prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas**. 6. ed. – Brasília, DF : SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. 312 p. Disponível em: <http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wp-content/uploads/2014/10/livro-texto.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2020.

CARLINI, E. A. A história da maconha no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 4, 2006a.

_____. Drogas psicotrópicas – O que são e como agem. **Revista Imesc**. n° 3, p. 9-35, 2001a.

_____. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. Brasília. SENAD. 2001b. Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/10/I-Levantamento-Domiciliar-sobre-o-Uso-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-no-Brasil-2001.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2020.

_____. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas; UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006b. Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2014/10/II->

Levantamento-Domiciliar-sobre-o-Uso-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-no-Brasil.pdf. Acesso em: 23 ago. 2020.

_____. **VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras**. Brasília, SENAD, 2010. Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/10/VI-Levantamento-Nacional-sobre-o-Consumo-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-entre-Estudantes-do-Ensino-Fundamental-e-M%C3%A9dio-das-Redes-P%C3%ABblica-e-Privada-de-Ensino-nas-27-Capitais-Brasileiras.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2020.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Rev Outubro IES**. 2002; (06): 115-18.

_____. Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. *In*: LABATE, Beatriz Caiuby *et al.* (Org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 65 - 90. Disponível em: <http://neip.info/publicacoes-neip/livros-neipdrogas-e-cultura/>. Acesso em: 01 set. 2020.

_____. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. *In*: **Álcool e drogas na história do Brasil**. [S.l: s.n.], 2005.

COLLUCCI, C.; FRANÇA, V. Com diferentes legislações, cerca de 40 países autorizam maconha medicinal. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 04 de dez. de 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2019/12/com-diferentes-legislacoes-cerca-de-40-paises-autorizam-maconha-medicinal.shtml>. Acesso em: 17 de ago. de 2020.

CONHEÇA AS REGRAS PARA O CONSUMO RECREATIVO DA MACONHA NO CANADÁ. **G1**. 17 out 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2018/10/17/conheca-as-regras-para-o-consumo-recreativo-da-maconha-no-canada.ghtml>. Acesso em: 24 nov. 2020.

CORDELLINI, J. V. F.; VENETIKIDES, C. H. Drogadição na Adolescência, **Revista Igualdade** - Livro 41, Curitiba, Março / 2008.

COSENZA, R. M. **Fundamentos de neuroanatomia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

COSTA, E. M. “Direito Penal da Droga: Breve História de um Fracasso”. **Revista do Ministério Público**, ano 19, n. 74, abril-junho, 1998.

COSTA *et al.* Neurobiologia da Cannabis: do sistema endocanabinóide aos transtornos por uso de Cannabis. Revisão de Literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** 60(2): 111-122, 2011.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

CRIPPA, J. A. *et al.* Efeitos cerebrais da maconha – resultados dos estudos de neuroimagem. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Vol. 27, nº1, págs. 70-78, 2005.

DETONI, M. **Guia prático sobre drogas: conhecimento, prevenção, tratamento**. 2. ed. São Paulo, Rideel, 2009.

DEVINSKY, O. *et al.* Cannabidiol in patients with treatment-resistant epilepsy: an open-label interventional trial. **The Lancet Neurology**. n. december, 2015.

DEVINSKY, O.; FRIEDMAN, D. Cannabinoids in the Treatment of Epilepsy. **The New England Journal of Medicine**, v. 373, n. September, p. 1048–1058, 2015.

DIEHL, A., CRUZ CORDEIRO, D., LARANJEIRA, R. **Dependência Química - Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/266559844_Dependencia_Quimica_Prevencao_Tratamento_e_Politicass_Publicas/link/543499550cf2bf1f1f27c826/download. Acesso em: 23 ago. 2020.

FAGHERAZZI, E. V. **Uso do Canabidiol como protetor contra disfunções cognitivas associadas ao acúmulo de ferro cerebral em ratos Wistar**. 2011. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul de Biociências, Porto Alegre, 2011.

FERNANDES, W. P. **Straight edge: uma genealogia das condutas na encruzilhada do punk**. 2015. 266 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos Cebrap**, n. 92, p. 9-21, 2012.

_____. Prazer e Risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre uso de “drogas”. In: LABATE, Beatriz Caiuby *et al.* (Org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 141-154. Disponível em: <http://neip.info/publicacoes-neip/livros-neipdrogas-e-cultura/>. Acesso em: 01 set. 2020.

FOUCAULT, M. **Crise da Medicina ou crise da antimedicina**. In: VERVE: Revista Semestral do NU-SOL – Núcleo de Sociabilidade Libertária/Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, PUC-SP. Nº 18 (Outubro 2010). São Paulo: o Programa, 2010. Disponí-

vel em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646/6432>. Acesso em: 23 ago. 2020.

_____. **Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. Disponível em: <http://www.cidadaniaereflexao.com.br/uems2018/Microfísica%20do%20Poder.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2020.

FRIEDMAN, M.; PAIGE, R. “Friedman & Szasz on Liberty and Drugs.” On “**Americas Drug Forum**”, 1991. (Interview transcript from a television show). Disponível em: <http://lamar.colostate.edu/~sshulman/ec101/Friedman%20on%20Drug%20Legalization.html>. Acesso em: 23 ago. 2020.

GALDURÓZ, J. C. *et al.* **A Epidemiologia do consumo de substâncias psicotrópicas no Brasil: o que tem sido feito?** São Paulo, 2009.

GONÇALVES, G.A.M.; SCHLICHTING, C.L.R. Efeitos benéficos e maléficos da Cannabis sativa. **Revista UNINGÁ Review**, v. 20, n. 2, p. 92-7, out. 2014.

HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C.; GABBARD, G. O. **Tratado de psiquiatria clínica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HINDOCHA, C. *et al.* Efeitos agudos do delta-9-tetrahydrocannabinol, canabidiol e sua combinação no reconhecimento da emoção facial: Estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo em usuários de Cannabis. **European Neuropsychopharmacol**, 25(3), 2015, 325-334. doi: 10.1016/j.euroneuro.2014.11.014.

HONÓRIO, K. M., ARROIO, A. & SILVA, A. B. F. Aspectos terapêuticos de compostos da planta Cannabis sativa. **Química Nova**, 29(2), 2005. 318-325. doi: 10.1590/S0100-40422006000200024.

HORA DO CULTIVO! GOVERNO DA HOLANDA RECRUTA PLANTADORES DE MACONHA. **SECHAT**. 10 jun 2020. Disponível em: <https://sechat.com.br/hora-do-cultivo-governo-da-holanda-recruta-plantadores-de-maconha/>. Acesso em: 24 nov. 2020.

KARAM, M. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. *In*: B. Labate, S. L. Goulart, M. Fiore, E. MacRae, & H. Carneiro (Orgs.), **Drogas e Cultura: Novas Perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

_____. **Proibições, Riscos, Danos e Enganos: As Drogas Tornadas Lícitas –** Escritos sobre a liberdade. V. 3. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

LACERDA, R. B. As drogas na sociedade. *In*: CORDELLINI, Júlia Valéria Ferreira, VENETIKIDES, Cristiane Honório, Drogadição na Adolescência, **Revista Igualdade** - Livro 41, Curitiba, Março / 2008.

LEGISLAÇÃO SOBRE CANNABIS NO MUNDO. **WIKIZERO**. 21 jul . 2018. Disponível em: https://www.wikizero.com/pt/Legisla%C3%A7%C3%A3o_sobre_cannabis_no_mundo. Acesso em: 24 nov. 2020.

LESSA, M. B. M. F. **Os paradoxos da existência na história do uso das drogas**. 1998. Disponível em: www.ifen.com.br/artigos.htm. Acesso em 18 abr. 2020.

LEVANTAMENTO NACIONAL DE INFORMAÇÕES PENITENCIÁRIAS – INFOPEN. Atualização – Junho de 2016/ organização, Thandara Santos: colaboração, Marlene Inês da Rosa ... [*et al.*]. – Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional, 2017. 65p.: il.color. ISBN: 978-85-5506-063- 2. Disponível em: depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorio_2016_22-11.pdf. Acesso em: 23 maio 2020.

LOUZÃ NETO, M.R.; ELKIS, H. - **Psiquiatria Básica**, 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LUKHELE, S. T. & MOTADI, L. R. Cannabidiol rather than Cannabis sativa extracts inhibit cell growth and induce apoptosis in cervical cancer cells. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, 16(1), 335, 2016. doi: 10.1186/s12906-016-1280-0.

MACHADO, R. *et al.* **Danação da Norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MACRAE, E.; SIMÕES, J. **Rodas de fumo: o uso da maconha entre camadas médias urbanas**, Salvador (2000) - p.26 - 27.

MAGALHÃES, S. M. Batalha contra o charlatanismo: institucionalização da medicina científica na província de Goiás. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.4, out.-dez. 2011, p.1095-1109.

MAIA, E. Como uma onda: o que pode e não pode no turismo da maconha. **O GLOBO**. 26 jan. 2017. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/boa-viagem/como-uma-onda-que-pode-nao-pode-no-turismo-da-maconha-20824131>. Acesso em: 24 nov. 2020.

MANINI, A. F. *et al.* Safety and pharmacokinetics of oral cannabidiol when administered concomitantly with intravenous fentanyl in humans. **Journal of Addiction Medicine**, 9(3), 204-210, 2015. doi: 10.1097/ADM.000000000000118.

MANSANERA, A. R.; SILVA, L. C. A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. **Psicologia em estudo**. v. 5, n. 1. 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722000000100008&script=sci_arttext: Acesso em: 01 ago. 2020.

MARONA, C. A. Drogas e consumo pessoal: a ilegitimidade da intervenção penal. *In*: Boletim **IBCCRIM**. Edição Especial sobre Drogas. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012. Disponível em: <https://wp.ibccrim.org.br/artigos/ed-especial-drogas/drogas-e-consumo-pessoal-a-ilegitimidade-da-intervencao-penal/>. Acesso em: 01 abr. 2020.

MARQUES, T. C. N. **A Cerveja e a Cidade do Rio de Janeiro**: De 1888 ao início dos anos 1930. Brasília: EdUNB, 2014.

MATOS, R. L. *et al.* O Uso do Canabidiol no Tratamento da Epilepsia. 2017. **Fórum Acadêmico da Faculdade Vértice – Univertix**. Disponível em: <https://fave.univertix.net/wp-content/uploads/2019/11/R192-FARMACOLOGIA-DO-CANABIDIOL-E-SUA-IMPORT%C3%82NCIA-NO-TRATAMENTO-DA-EPILEPSIA.pdf>. Acesso em: 18 maio 2020.

McALLISTER, A. Picturing the Demon Drink: How Children were Shown Temperance Principles in the Band of Hope. *In*: **Visual Resources**, Vol. 28, n. 4, dezembro 2012. Disponível em: <http://clock.uclan.ac.uk/6658/1/Annemarie%20McAllister%20-%20Picturing%20the>. Acesso em: 01 set. 2020.

McCOY, *et al.* A prospective open-label trial of a CBD/THC cannabis oil in dravet syndrome. **Annals of Clinical and Translational Neurology**, 5, 1077-1088, 2018. doi: 10.1002/acn3.621.

MELEIRO, A. **Psiquiatria**: estudos fundamentais. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

NARLOCH, L. Indonésia, Irã e Arábia Saudita: três países onde a pena de morte não resolve o problema das drogas. **Veja**, 28 abr 2015. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/blog/cacador-de-mitos/indonesia-ira-e-arabia-saudita-tres-paises-onde-a-pena-de-morte-nao-resolve-o-problema-das-drogas/>. Acesso em: 24 nov. 2020.

NASCIMENTO, A.B. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas. **Psicologia em Estudo**, 2006; 11(1):185-90.

- NIEL, M. As drogas não são todas iguais – classificação e efeitos das drogas. *In*: MOREIRA, F.G.; NIEL, M.; SILVEIRA, D.X. **Drogas, Família e Adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
- PAIVA, P. M. As crianças entre as drogas, a polícia e a segurança. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.
- PASSAGLI, M. **Toxicologia Forense** – Teoria e Prática. 5. ed. Campinas: Millenium Editora, 2018.
- PASSETTI, E. Natureza, pensamento e política. **Revista Ecpolítica**, São Paulo, n 7, p 33-59, setembro - dezembro 2013.
- PERNONCINI, K. V; OLIVEIRA, R. M. M. W. Usos Terapêuticos Potenciais Do Canabidiol Obtido Da Cannabis sativa. **Revista Uningá Review**, Paraná. Vol.20, No. 3, p. 101-106, 2014.
- PIMENTA, T. S. **Artes de curar**: um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-mor no Brasil do começo do século XIX. 1997. Dissertação de Mestrado, UNICAMP, Campinas, 1997.
- PORTO, L. A. *et al.* O papel dos canais iônicos nas epilepsias e considerações sobre as drogas antiepiléticas – uma breve revisão. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysical**. 2007; 13 (4): 169-175.
- REDDY, D. S.; GOLUB, V. M. The Pharmacological Basis of Cannabis Therapy for Epilepsy. **Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics**, v. 357, n. 1, p. 45–55, 2016.
- RODRIGUES, P. Anvisa dá 1º passo para desmistificar uso da Cannabis, dizem especialistas. **UOL**, São Paulo, 06 maio 2020. Disponível em: <https://www.uol.com.br/ecoa/ultimas-noticias/2020/05/06/liberacao-pela-anvisa-e-primeiro-passo-para-desmistificar-uso-da-cannabis.htm>. Acesso em: 24 nov. 2020.
- RODRIGUES, T. **Narcotráfico**: uma guerra dentro da guerra. São Paulo: Desatino, 2003.
- _____. Tráfico, Guerra, Proibição. *In*: LABATE, Beatriz Caiuby; GOU-LART, Sandra; FIORE, Maurício; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Henrique (Orgs.). **Drogas e Cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 91-104.
- ROSENBERG, E. C. *et al.* Cannabinoids and epilepsy. **Neurotherapeutics**, 12(4), 747-768, 2015. doi: 10.1007/s13311-015-0375-5

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SAAD, L. Medicina Legal: o discurso médico e a criminalização da maconha. **Revista Hist.** 2010;2(2):59–70.

SADOCK, B. J; SADOCK, V. A. e RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria**. 11. Ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2017.

SAYD, J. D. **Mediar, Mediar, Remediar**: aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: EdUERj, 1998.

SEIBEL, S. D.; TOSCANO, A. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SILVA, A. S. *et al.* A maconha nas perspectivas contemporâneas: benefícios e malefícios. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 9, n. 2, p. 786-795, 2018.

SILVA, M. L. **Drogas – da medicina à repressão policial**: a cidade do Rio de Janeiro entre 1921 e 1945. 2009. Tese de Doutorado. (PPG- História/UERJ), Rio de Janeiro, 2009.

SIMÕES, J. A. Prefácio. *In*: LABATE, Beatriz Caiuby *et al.* (Org.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 13 - 22. Disponível em: <http://neip.info/publicacoes-neip/livros-neipdrogas-e-cultura/>. Acesso em: 01 set. 2020.

SURAEV, A. *et al.* Composition and use of cannabis extracts for childhood epilepsy in the australian community. **Scientific Reports**, 8, 10154, 2018. doi: 10.1038/s41598-018-28127-0.

SZAFLARSKI, J. P. *et al.* Cannabidiol improves frequency and severity of seizures and reduces adverse events in an open-label add-on prospective study. **Epilepsy and behavior**, 87, 131-136, 2018. doi: 10.1016/j.yebeh.2018.07.020.

TORCATO, C. E. M. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**. 2016. Tese (Doutorado em História Social). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

_____. C. E. M. O uso de drogas e a instauração do proibicionismo no Brasil. *In*: **Revista Eletrônica Saúde e Transformação Social**. Florianópolis, v. 4, n. 2, p.117-125, 2013. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/2241/2639>. Acesso em: 01 abr 2020.

TRAD, S. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisando sua trajetória para entender os desafios atuais. *In: NERY FILHO, A., et al. (orgs.). Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA; Salvador: CETAD, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ufba/183/4/Toxicomanias.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2020.

TRIGO, J. M. *et al.* Effects of fixed or self-titrated dosages of Sativex on cannabis users. *Drug Alcohol Depend*, 161(1), 2016, 298-306. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.02.020.

UNITED NATIONS. **Recommended methods for the identification and analysis of cannabis and cannabis products**. New York, 2009.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). **World drug report 2018**. United Nations Publications, 2018. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpobrazil/pt/frontpage/2018/06/relatorio-mundial-drogas-2018.html>. Acesso em: 18 maio 2020.

USO RECREATIVO DA MACONHA É LIBERADO EM ESTADOS COM 1/3 DA POPULAÇÃO DOS EUA. **PODER360**. 04 nov 2020. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/internacional/uso-recreativo-da-maconha-e-liberado-em-estados-com-1-3-da-populacao-dos-eua/>. Acesso em: 24 nov. 2020.

VARGAS, E. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. *In: LABATE, B. et al. (Orgs.) Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 41-64.

ZUARDI, A.W. Cannabidiol: from an inactive cannabinoid to a drug with wide spectrum of action. *Revista brasileira de psiquiatria*, v. 30, n. 3, p. 271-280, 2008, n. 3, p. 271-280, 2008.