A presença da *Cannabis sativa* (Linné) e canabinóis na Lista IV da Convenção da ONU¹

Marcelo Araújo Campos

Contexto e origem deste artigo

Nos dias 15 e 16 de abril de 2004 o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo, juntamente com a Secretaria Nacional Antidrogas, promoveu o Simpósio “*Cannabis sativa* L. e substâncias canabinóides em medicina”.

Nesse encontro, foi demonstrado que a utilidade terapêutica da *Cannabis* e seus derivados é real e regulamentada em diversos países.

Propriedades dos canabinóis que podem ser de utilidade terapêutica incluem analgesia, relaxamento muscular, imunossupressão, efeitos anti-inflamatórios e anti-alérgicos, sedação, melhora do humor, estimulação do apetite, controle de náuseas e vômitos; controle de hipertensão intra-ocular e glaucoma; neuroproteção (incluindo efeitos anti-convulsivantes) e efeitos anti-neoplásicos².

Frente a esse fato, foi apontado que a atual inclusão da “*Cannabis e sua resina*” na Lista IV da Convenção da ONU, de 1961, é impedimento à ampliação de estudos clínicos e mesmo da própria utilização terapêutica, ainda que sob estrito controle legal (a exemplo da morfina), já que a Lista IV se aplicaria a substâncias tidas pela ONU como “especialmente perigosas” e sem uso médico, conforme LEB AUX (2004):

“Cannabis e resina de Cannabis são, desde a adoção da Convenção de 1961, incluídas nas Listas I e IV, isto é, tidas como substâncias particularmente propensas a abuso e a produzir efeitos danosos, tal propensão não sendo compensada por vantagens terapêuticas substanciais”³.

Devido a essa incoerência (utilidade real em contraposição à classificação como sem uso médico na lista IV de 1961), foi feito debate acerca de proposição de retirada da maconha daquela lista, entre representantes do próprio CEBRID, da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), da Associação Brasileira de Apoio às Famílias de Drogadependentes (ABRAFAM), da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e da Associação Médica Brasileira (AMB).

¹ Este artigo é derivado de parecer elaborado na condição de Membro da Câmara de Assessoramento Técnico-Científico do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD, tendo sido levado à reunião da CACT/CONAD em agosto de 2005. À época, recebeu contribuições dos demais membros daquela Câmara. Considerando que o assunto ainda é atual, em agosto de 2011 passou por adaptações para o formato deste artigo, sem atualização do conteúdo original.

² Veja-se, por exemplo: GROTENHERMEN F. Pharmacology of cannabinoids. *Neuro Endocrinol Lett.*; 25 (1-2):14-23. 2004.

³ “*Cannabis and Cannabis resin are since the adoption of the 1961 Convention included in both Schedule I and Schedule IV, i.e., assessed as particularly liable to abuse and to produce ill effects, such liability not being offset by substantial therapeutic advantages not possessed by substances other than drugs in Schedule IV*”. LEB AUX, V. *Cannabis and cannabinoids under the United Nations Drug Control Conventions*. in CARLINI, E.A.; RODRIGUES, E.; GALDURÓZ, J.C. (editores). *Cannabis sativa* L. e substâncias canabinóides em medicina. São Paulo: CEBRID, 2004, pg 107.

Após discutirem o assunto e tendo percebido a inadequação da permanência da *Cannabis* na referida lista IV de 1961, aqueles representantes se declararam favoráveis ao encaminhamento, pelo Governo Brasileiro, de proposição à ONU de retirada da *Cannabis* da lista IV, conservando-a na Lista I (veja descrição das listas no ponto 2 deste parecer).

Importa informar que, quando da realização desse debate no Simpósio acima referido, do qual também participaram, o representante da Associação Brasileira de Estudos sobre Álcool e outras Drogas (ABEAD) não se posicionou e o da Seção de São Paulo da Ordem dos Advogados do Brasil se absteve de opinar.

O CEBRID informou à SENAD⁴ os resultados do debate ocorrido durante o Simpósio de abril de 2004, tendo obtido resposta daquela Secretaria Nacional Antidrogas concordando com a sugestão de enviar parecer ao Conselho Nacional Antidrogas (CONAD)⁵, órgão responsável pela definição de posição, do Governo Brasileiro, acerca dessa proposição à ONU da retirada da maconha da sua Lista IV de 1961.

Desta forma, a SENAD encarregou a Câmara de Assessoramento Técnico Científico de produzir este parecer, tendo sido delegado a mim o seu preparo, o que foi concluído em outubro de 2005.

Em agosto de 2011 o parecer original passou por adequações para ter o formato deste artigo científico. Como não foi feita atualização nem revisão bibliográfica, é pertinente alertar o leitor sobre possibilidade de alguns pontos (como o *status* legal do uso médico de maconha em alguns países) estarem diferentes em relação à época de sua redação.

A Cannabis nas Convenções da ONU

Nas suas alíneas b a d, o artigo 1º da Convenção de 1961 define *Cannabis* como “as extremidades com inflorescências ou frutos da planta *Cannabis* (excluindo as sementes e folhas separadas das extremidades); “planta de *Cannabis*” como qualquer planta do gênero *Cannabis*; e “resina de *Cannabis*” como a resina separada, em estado bruto ou purificada, obtida da planta de *Cannabis*⁶. Neste parecer referiremos *Cannabis* e maconha como sinônimos.

A Convenção Única sobre Estupefacientes de 1961, das NAÇÕES UNIDAS⁷ cita “*Cannabis e sua resina e os extratos e tinturas de Cannabis*”, referindo-se à planta *Cannabis sativa* e aos seus derivados. Os princípios ativos da *Cannabis* não são citados nas listas daquela convenção de 1961 em função de terem sido identificados e descritos anos depois (MECHOULAN E GAONI 1965)⁸.

Esses princípios ativos da maconha, sejam naturais ou sintéticos, são aqui referidos como “tetrahydrocannabinóis” ou, simplificada, “canabinóis”. Sugere-se que o termo “canabinóides” seja reservado para substâncias sintéticas, análogas em efeitos e estrutura química aos princípios ativos da mesma planta.

⁴Ofício PSICOB/EAC/121/04, de 4 de maio de 2004, reproduzido em CARLINI, E.A.; RODRIGUES, E.; GALDURÓZ, J.C. (editores). Op cit. pg 226-227.

⁵ Ofício 044/2004-GSIPR/SENAD/GAB, de 1º de junho de 2004; reproduzido na mesma obra acima, página 228.

⁶ Organização das Nações Unidas (ONU). *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*. New York: Publicaciones de las Naciones Unidas, 1977. pg 14.

⁷ ONU, 1977, op. cit.

⁸ MECHOULAM R, GAONI Y. A total synthesis of DL-Delta-1-tetrahydrocannabinol, the active constituent of Hashish. J Am Chem Soc. 1965 Jul 20;87:3273-5.

A Convenção de 1961 relaciona as drogas, denominadas à época de “estupefacientes”, em quatro listas, segundo critério de ponderação entre potencial de causar abuso e riscos à saúde pública, por um lado, e utilidade terapêutica, por outro (conforme entendimento daquela época). Desta forma, os critérios para inclusão em cada lista, naquela época, foram:

Lista I: drogas particularmente propensas a abuso e a produzir efeitos perigosos (ex: ópio e alguns derivados, como a morfina; cocaína; maconha);

Lista II: drogas que por si mesmas não são propensas a causar dependência, mas que podem ser convertidas em outras drogas, as quais podem gerar dependência (ex: codeína);

Lista III: preparações submetidas a controle menos rigoroso em função de não conterem drogas propensas a abuso ou efeitos ruins, ou por conterem drogas perigosas, mas em combinações que impedem abuso;

Lista IV: inclui drogas da lista I que, além de serem particularmente capazes de causar abuso e efeitos ruins, sua periculosidade não é compensada por potenciais vantagens terapêuticas.

Às drogas constantes na Lista I (ex: maconha, cocaína, morfina, heroína), se aplicam medidas de controle, conforme parágrafo 1 do artigo 2 do texto final da mesma Convenção Única de 1961 sobre Estupefacientes:

“Os estupefacientes da Lista I estarão sujeitos a todas as medidas de fiscalização aplicáveis aos estupefacientes citados na presente Convenção e, em particular, às medidas previstas nos artigos 4c, 19, 20, 21, 29, 30, 31, 32, 33, 34 e 36”⁹.

Esses artigos, inclusive os “em particular”, tratam do controle e limitação da produção, fabricação, exportação, importação, distribuição, comércio, uso e posse de substâncias psicoativas incluídas na Lista I, inclusive para usos médicos e científicos, além de tratarem dos processos de produção de bancos de dados e informações sobre todas aquelas etapas citadas, da produção ao uso e posse, de forma a tornar possível a aplicação das medidas necessárias ao controle.

Em função da Lista I conter todas as substâncias citadas na Lista IV, aquelas medidas de controle referentes às substâncias da Lista I se aplicam automaticamente a todas as substâncias constantes na Lista IV, conforme explicado no parágrafo 5 do mesmo artigo 2:

“Os estupefacientes da Lista IV serão também incluídos na Lista I, e estarão sujeitos a todas as medidas de fiscalização aplicáveis aos estupefacientes que figuram nesta última lista (...)”.

A Lista IV daquela convenção inclui, além da “Cannabis e sua resina”, a acetorfina, a cetobemidona, desomorfina, etorfina e heroína. Todas essas outras substâncias da lista derivadas do ópio, entre as quais foi incluída a Cannabis, são tidas como “particularmente perigosas”, conforme as alíneas a e b do parágrafo 5 do artigo 2º da mesma convenção (NAÇÕES UNIDAS, 1977: 15):

⁹“Los estupefacientes de Lista I estarán sujetos a todas las medidas de fiscalización aplicables a los estupefacientes en virtud de la presente Convención y, en particular, a las previstas en los artículos 4c, 19, 20, 21, 29, 30, 31, 32, 33, 34 y 36”⁹.ONU, op cit., pg 15.

“5a-Os signatários adotarão todas as medidas especiais de fiscalização que julguem necessárias em vista das propriedades particularmente perigosas dos estupefacientes de que se trata.

5b-Os signatários proibirão a produção, fabricação, exportação e importação, comércio, posse e uso de tais estupefacientes, se, a seu juízo, as condições que prevaleçam em seu país façam com que sejam o meio mais apropriado para proteger a saúde e bem estar públicos, com exceção das quantidades necessárias unicamente para a investigação médica e científica, incluídos os experimentos clínicos com os ditos estupefacientes que se realizem sob vigilância e fiscalização do signatário ou estejam sujeitos a sua vigilância e fiscalização diretas”.

A classificação da *Cannabis* como mais perigosa que a morfina e a cocaína – classificação essa sem respaldo científico - implica limitações importantes à sua aplicação médica (adiante comentada).

Contudo, da leitura daqueles parágrafos destacam-se dois aspectos: a) não há impedimento absoluto à produção, fabricação, exportação, importação, comércio, posse e uso dos canabinóis (o que aliás ocorre em vários países signatários da Convenção de 1961), mas todas aquelas operações se tornam reféns de trâmites altamente complexos, sendo que o uso terapêutico sequer é mencionado; e b) a existência de ressalva para “a investigação médica e científica, incluídos os experimentos clínicos com os ditos estupefacientes...” reconhece a possibilidade de surgimento de modificações no entendimento acerca dos psicoativos à medida que mais conhecimentos fossem produzidos.

Houve efetivamente experimentos e estudos durante os mais de quarenta anos passados desde então, que produziram conhecimentos científicos, inclusive sobre a utilidade terapêutica da *Cannabis* e seus derivados, tanto naturais como sintéticos.

Em 1971 ocorreu nova Convenção da ONU (“Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971”), destinada a discutir especificamente substâncias psicotrópicas que não haviam sido incluídas na Convenção de 1961.

Nessa Convenção de 1971 foi feita distinção entre “narcóticos” (em essência, os derivados do ópio) e “psicotrópicos” (ex: *Cannabis*, benzodiazepínicos, anfetaminas), usando critérios semelhantes aos da Convenção de 1961 (utilidade terapêutica e periculosidade presumida), e criadas novas listas, em ordem decrescente no rigor de controle, assim caracterizadas:

Lista I: substâncias cuja propensão a abuso constitui risco especialmente sério para a população, enquanto que a utilidade terapêutica, se existente, é muito limitada (ex: LSD e ecstasy);

Lista II: substâncias cuja propensão a abuso constitui risco substancial para a saúde pública e sua utilidade terapêutica varia de pequena a moderada (ex: anfetaminas, barbitúricos);

Lista III: substâncias com risco substancial à saúde pública, cuja utilidade terapêutica varia de moderada a alta (ex: buprenorfina);

Lista IV: substâncias cuja propensão a abuso constitui risco à saúde pública menor, mas ainda significativo, e têm utilidade terapêutica de pequena a grande (ex: benzodiazepínicos).

Inicialmente, a maconha e todos os canabinóis eram incluídos na lista I da Convenção de 1971. Contudo, o delta-9-THC, o mais ativo dos canabinóis, de sinonímia “dronabinol”, que era extraído da *Cannabis* e passou a ser sintetizado, foi patenteado nos Estados Unidos por Roxane Laboratories e pela Unimed Pharmaceuticals Inc com o

nome comercial de Marinol™, sendo aprovado para uso terapêutico nos EUA em 1985, quando foi considerado pelo FDA americano como “não perigoso e sem potencial de abuso” passando a ser vendido regularmente naquele país em 1992¹⁰.

Esse posicionamento do FDA, seguido da efetiva disponibilização no mercado americano dos comprimidos de dronabinol para fins médicos, levou à sua reclassificação pela ONU em 1995, que o transferiu da lista I para a lista II da Convenção de 1971.

Em 2003, após realizar pesquisa sobre riscos de uso do dronabinol envolvendo 103 países, o Comitê de Especialistas em Dependência de Drogas da Organização Mundial de Saúde foi ainda mais longe que o FDA americano e recomendou que o dronabinol passasse a figurar da lista IV da convenção de 1971, por sua reconhecida utilidade terapêutica, além de não constituir risco substancial à saúde pública ou à sociedade.¹¹

A despeito desses posicionamentos institucionais, até agora não foi formalizada proposta à ONU de retirada da *Cannabis* e canabinóis em geral da Lista IV da Convenção de 1961, que continua em vigor.

Desta forma, desde 1995 criou-se situação de incoerência entre os textos das Convenções das Nações Unidas de 1961 e 1971: a *Cannabis* consta das listas I e IV de 1961, mas o delta-9-THC - repita-se: o mais potente princípio ativo da maconha, inclusive quanto à potência psicoativa - é tido como pouco perigoso e aceito como terapêuticamente útil de acordo com a modificação da Convenção de 1971 feita em 1995.

O significado prático desses posicionamentos institucionais é que, aos olhos dos tratados internacionais sobre psicoativos propostos pela ONU, a *Cannabis* “in natura” continua banida, mas o mais potente princípio ativo, patenteado e sintetizado pela indústria farmacêutica, tem o uso terapêutico reconhecido.

Acrescente-se que, em função do reconhecimento da utilidade terapêutica, vários países (ex: Canadá, Espanha, Suíça, Reino Unido, Holanda e EUA - alguns estados) regulamentaram o uso terapêutico não só de tetrahydrocannabinóis sintéticos, mas também da própria *Cannabis* sob a forma de cigarros ou sachês para vaporização.

A equiparação da Cannabis ao ópio e sua conseqüente inclusão na lista IV de 1961 – história de um equívoco brasileiro

Em face do histórico tortuoso acerca da *Cannabis* nas convenções da ONU, torna-se oportuno esclarecermos como se deu a equiparação da *Cannabis* à heroína (e, aos olhos da Convenção, sua classificação como droga mais perigosa que a cocaína) e a conseqüente inclusão na Lista IV.

Essa inclusão decorreu de perpetuação de equívoco histórico, perpetrado muito antes – em 1924 - pelo representante brasileiro na II Conferência Internacional do Ópio (quando os participantes não estavam preparados para discutir sobre *Cannabis*), organizada pela então chamada “Liga das Nações”, em Genebra, onde Dr Pernambuco teria afirmado ser, no Brasil, a *Cannabis* mais perigosa que o ópio. Também o

¹⁰ MARKEZ, I. 5000 años de uso natural, casi un siglo de prohibición e una década de uso sintético. *in* MARKEZ, I; PÓO, M.; MERINO, C.; ROMERA, C. *Cannabis: de la salud y del derecho: acerca de los usos, normativas, estudios e iniciativas para su normalización*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del País Vasco. 2002. pg 60.

¹¹ World Health Organization Expert Committee on Drug Dependence – thirty-third report. WHO technical report series; 915. Geneva: WHO, 2003, p 10.

representante egípcio teria feito afirmação semelhante referindo-se ao uso do haxixe (resina concentrada da maconha) em seu país¹².

Importa destacarmos que tal distorção (e sua perpetuação por décadas) não foi fruto de falta de informações sobre as substâncias nem de indisponibilidade de estudos científicos para subsidiar a comparação entre os psicoativos em questão. Tampouco foram considerados dois aspectos fundamentais, que poderiam ter evitado o equívoco: o fato do uso do ópio ser praticamente desconhecido no Brasil (tanto naqueles tempos como ainda hoje), não havendo, portanto, sentido em comparar a periculosidade de ambos os psicoativos no contexto brasileiro; e a existência de estudos científicos já naquela época – inclusive trabalho publicado pelo próprio representante brasileiro causador da confusão (PERNAMBUCO, 1915)¹³ – demonstrando inexistência de motivos para equiparação da *Cannabis* ou seus derivados ao ópio ou à heroína em termos de danos sociais ou à saúde dos usuários.

Mais lamentável, a despeito do intervalo de décadas entre a desastrosa participação brasileira na II Conferência Internacional do Ópio em 1924, e a Convenção Única sobre Estupefacientes em 1961, é que não se tenha, quando da realização da Convenção no início dos anos 60, atentado para a inadequação de se classificar a *Cannabis* como “especialmente perigosa” quando comparada a outras drogas constantes da Lista I mas não incluídas na Lista IV, como cocaína e morfina.

É necessário, para tornar mais compreensível a pouca ênfase na utilização de conhecimentos científicos - disponíveis à época - para o preparo da lista IV, lembrarmos o contexto político de então, com forte influência norte-americana na estigmatização da *Cannabis* em função, por exemplo, de interesses econômicos na substituição das fibras obtidas a partir da variedade da *Cannabis* pobre em psicoativos, o cânhamo, por fibras sintéticas (produzidas pelas indústrias petroquímicas).

Ainda que importante, análise mais aprofundada dos determinantes históricos, econômicos e políticos que levaram à classificação da *Cannabis* como “especialmente perigosa” escapa aos objetivos deste artigo.

Medicina baseada em evidências e utilização terapêutica da Cannabis e de seus derivados

Não existe controvérsia sobre utilidades terapêuticas dos canabinóis, conforme o atestam os reconhecimentos formais desse fato, já comentados, pelo FDA americano há duas décadas e pela OMS em 2003.

Controvérsias existem por confusão entre usos médicos e outros usos, o que é absolutamente diverso, assim como o é o uso médico dos analgésicos derivados do ópio ou da cocaína e a utilização, dos mesmos analgésicos ou das substâncias originais, para outros fins fora do contexto terapêutico. O fato de haver pessoas que usam, por exemplo, morfina, por conta própria e às vezes de maneira perigosa para si

¹² “...e o representante brasileiro, Dr. Pernambuco, descreveu a maconha como ‘mais perigosa que o ópio’ (vol 2, pag. 297). Novamente, ninguém questionou essas afirmações, possivelmente por que ambos estivessem falando em nome de países onde o uso da maconha era endêmico (no Brasil com o nome de diamba).” KENDELL, 2003, citado por CARLINI, E.A. A história da maconha no Brasil. in CARLINI, E.A.; RODRIGUES, E.; GALDURÓZ, J.C. (editores). *Cannabis sativa* L. e substâncias canabinóides em medicina. São Paulo: CEBRID, 2004, pg 9.

¹³ PERNAMBUCO, J. 1915. Citado em PERNAMBUCO, J. A maconha em Pernambuco. in FREYRE, G. (editor) Novos estudos afro-brasileiros. Vol 2, páginas 185-191. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1937.

próprias e para com quem convivem, não significa que não sejam excelentes analgésicos. O mesmo raciocínio se aplica aos canabinóis.

Tal utilidade já está consolidada em procedimentos formais, relativos a qualquer medicamento, em termos de patenteamento, fabricação, venda e distribuição dos tetrahydrocannabinóis e mesmo da planta *in natura* para consumo no contexto terapêutico de diversas patologias. A lista abaixo, embora certamente incompleta, permite vislumbrar essa realidade.

Exemplos de medicamentos à base de canabinóis comercializados no mundo

Marinol®. Fabricado por Roxane Laboratories e pela Unimed Pharmaceuticals Inc. Aprovado nos EUA em 1985. Vendido nos EUA, Inglaterra e Andorra. Completando 20 anos no mercado, é o mais antigo dos medicamentos a base de tetrahydrocannabinóis.

Nabilone® e **Cesamet®** Produzidos originalmente pela Glaxo Wellcome Pharmaceuticals (hoje Glaxo Smith Kline) e pela Celltech Pharma. No Canadá, Nabilone® é distribuído pelo laboratório Lily. Disponível na União Européia e Canadá.

Cannasol®. Produzido e comercializado originalmente na Jamaica por West e Lockart (multinacional), hoje distribuído a vários países europeus (tanto da União Européia como da Europa Oriental).

Cannador®. Produzido pelo laboratório holandês Weleda e distribuído na União Européia.

Reitere-se a existência da regulamentação, em vários países signatários da Convenção Única sobre Estupefacientes de 1961 (ex: Holanda, Austrália, Espanha, Canadá, Inglaterra, Suíça), do uso terapêutico da própria planta *Cannabis, in natura*, inclusive produzida especificamente para esse fim.

Sobre os objetivos e possíveis impactos da permanência da maconha na Lista I, sendo retirada da lista IV da convenção de 1961.

A eventual retirada da *Cannabis* e seus derivados da lista IV significa que esses psicoativos continuariam sendo objeto de estrito controle, aplicado aos psicoativos em geral, conforme definido no parágrafo 1 do artigo 2 da Convenção das Nações Unidas sobre Estupefacientes de 1961.

Não se trata de abandono do marco legal e regulatório vigente, com o que se tornaria ocioso e despropositado discutir se a maconha constaria da lista de substâncias proibidas X ou Y, mas de ordenamento dos marcos representados pelos tratados internacionais produzidos pela ONU.

Esse ordenamento permitirá fortalecer os tratados internacionais, com maior coerência e menor vulnerabilidade a descrédito, já que a persistência de atual legislação confusa e contraditória fragiliza a autoridade do INCB, da ONU, como órgão regulador, deixando brechas na legislação para interpretações equivocadas e conseqüentes aplicações desvirtuadas.

Seria ingenuidade imaginar que a mudança da maconha e congêneres de uma determinada lista da OMS para outra daria origem a um grande número de ensaios clínicos com os diferentes canabinóides, com finalidades terapêuticas diversas. Na realidade, nada garante que tais estudos se traduzam, de forma imediata ou automática, em ensaios clínicos fases I, II, III & IV.

A redução do estigma associado a uma determinada substância poderá contribuir para um maior interesse sobre o tema por parte da ciência, embora, caiba observar, a ciência pouco ou nada tenha que ver com os interesses das indústrias farmacêuticas transnacionais. Se assim não fosse, a OMS não ampliaria, a cada rodada, a suas listas de doenças negligenciadas e órfãs, para as quais existe magnitude e/ou transcendência em termos de saúde pública e/ou gravidade do comprometimento da saúde individual, mas praticamente nenhum esforço por parte da indústria farmacêutica para fazer avançar o arsenal terapêutico.

Oxalá tais fatos lamentáveis não ocorram com os canabinóis, de modo que seu reordenamento, no âmbito das listas da OMS, e sua conseqüente (assim espera-se) desestigmatização, se traduzam em ampliação efetiva das pesquisas clínicas e mobilização da comunidade científica, da opinião pública e da indústria.

Com isso, o Brasil daria um passo importante para corrigir erro histórico cometido por brasileiros em uma Assembléia Mundial, ao tempo que permitiria que os derivados da maconha possam vir a ser utilizados como medicamentos, sob o mais severo controle, como o é o uso da morfina.

Desta forma, o parecer da Câmara de Assessoramento Técnico Científico, do qual este artigo é originado, propôs ao CONAD que autorizasse apresentação à ONU de solicitação da retirada da *Cannabis* e seus derivados da lista IV da Convenção Única sobre Estupefacientes de 1961, com permanência tanto da planta *in natura* como dos seus derivados, sejam purificados ou sintéticos, na lista I da mesma Convenção.

CONCLUSÕES

A *Cannabis* aparece nos documentos de referência da ONU produzidos nas Convenções de 1961 e 1971 de maneira contraditória, além de cientificamente incorreta.

O ponto causador de maior incoerência é a persistência da maconha e seus derivados na Lista IV da convenção de 1961, como “mais perigosa que a cocaína e heroína e sem utilidade terapêutica”.

Não é possível recusar a utilidade da planta *in natura* como medicamento, se não por motivos alheios à farmacologia e à medicina baseada em evidências: parece ser mais uma questão de reserva de mercado para especialidades farmacêuticas, já que o uso da planta não implica pagamento de *royalties*. Existem vantagens do THC sintético/purificado quando comparado à inalação de fumaça, rica em contaminantes tóxicos (tanto derivados da queima própria planta como de contaminantes acrescidos no processo de cultivo a preparo para distribuição: agrotóxicos, antifúngicos, etc...), principalmente quando cultivada e distribuída de forma ilegal.

Conquanto o uso médico já aconteça em vários países, essa classificação equivocada estigmatiza e portanto inibe, impede ou deixa vulnerável à desconfiança e questionamentos tanto o uso como a pesquisa acerca da utilidade dos canabinóis.

A retirada da *Cannabis* da lista IV e sua persistência na Lista I da Convenção da ONU de 1961 oportunizará maior coerência aos tratados internacionais, trará melhor ordenamento jurídico e conservará a maconha e seus derivados, sejam sintéticos ou naturais, sob o mesmo estrito controle hoje aplicado às outras substâncias constantes daquela Lista 1.

O Brasil teve papel fundamental na gênese dessa situação, na Convenção de 1924. Faz sentido que o Brasil busque correção de equívoco histórico que já perdura por quase um século.

Ao rever o parecer escrito em 2005 para adaptá-lo ao formato deste artigo, percebe-se que em seis anos não houve evolução.