

O Remédio Proibido (ou Como Resolver o Enigma de Jano)

Título original: *History of Cannabis as a Medicine*¹, de Lester Grinspoon, professor emérito de psiquiatria da Faculdade de Medicina de Harvard, publicado em 16 de agosto de 2005, no *Medical Cannabis Journal*.

Tradução: André Kiepper, Analista de Gestão em Saúde da Fiocruz.

Nativa da Ásia Central, a *Cannabis* pode estar sendo cultivada há mais de 10.000 anos. Ela certamente foi cultivada na China por volta de 4.000 A.C. e no Turquestão por volta de 3.000 A.C.. Foi utilizada como um remédio na Índia, China, Oriente Médio, Sudeste Asiático, África do Sul e América do Sul. A primeira evidência do uso medicinal da *Cannabis* está em um memento fitoterápico publicado durante o reinado do imperador chinês Chen Nung 5.000 anos atrás. Ela foi recomendada para malária, constipação, dores reumáticas, "distração" e "transtornos do sexo feminino".

Outro herbalista chinês recomendou uma mistura de maconha, resina e vinho como um analgésico durante cirurgias. Na Índia a *Cannabis* era recomendada para aceleração da mente, febres baixas, indução do sono, cura da disenteria, estimulação do apetite, melhora da digestão, alívio de dores de cabeça e cura de doenças venéreas. Na África ela foi usada para disenteria, malária e outras febres. Hoje, certas tribos tratam picada de cobra com maconha ou a fumam antes do parto. A maconha também foi descrita como um remédio por Galeno e outros médicos das eras clássica e helenística, e foi altamente valorizada na Europa medieval.

O clérigo inglês Robert Burton, em sua famosa obra "A Anatomia da Melancolia",

1. Adotou-se o conceito de remédio segundo Alice Desclaux, professora de antropologia da Universidade Paul Cézanne, para quem "durante muito tempo os tratamentos foram distribuídos de ambos os lados de uma linha de partilha entre remédios (compostos majoritariamente de plantas medicinais) e medicamentos, pertencentes aos saberes autóctones e biomédicos, sustentados, por um lado, pelos tradipráticos locais e, de outro, pelos comunicadores formados em biomedicina".

publicada em 1621, sugeriu o uso de *Cannabis* no tratamento da depressão. O “Novo Dispensatório Inglês” de 1764 recomendou a aplicação de raízes de cânhamo sobre a pele para inflamações, um remédio que já era popular na Europa Oriental. “O Novo Dispensário de Edimburgo” de 1794 incluiu uma longa descrição dos efeitos da maconha e declarou que o óleo era útil no tratamento de tosses, doenças venéreas e incontinência urinária. Poucos anos depois, o médico Nicholas Culpeper resumiu todas as condições para as quais a *Cannabis* era supostamente útil na medicina.

Mas no Ocidente a *Cannabis* não deu seu grito de independência como um remédio até meados do século XIX. Durante seu auge, de 1840 a 1900, mais de 100 artigos foram publicados na literatura médica ocidental recomendando-a para várias doenças e desconfortos. Poder-se-ia quase dizer que os médicos de um século atrás sabiam mais sobre a *Cannabis* do que os médicos contemporâneos; eles estavam certamente mais interessados em explorar o seu potencial terapêutico.

O primeiro médico ocidental a ter um interesse na *Cannabis* como remédio foi W. B. O'Shaughnessy, um jovem professor da Faculdade de Medicina de Calcutá, que tinha observado o seu uso na Índia. Ele deu *Cannabis* para animais, satisfez a si mesmo de que era algo seguro, e começou a usá-la com pacientes que sofriam de raiva, reumatismo, epilepsia e tétano. Em um relatório publicado em 1839, ele escreveu ter constatado que a tintura de maconha (uma solução de *Cannabis* em álcool, administrada por via oral) era um analgésico eficaz. Ele também ficou impressionado com suas propriedades músculo-relaxantes e a chamou de “um remédio anticonvulsivante do mais alto valor”.

O'Shaughnessy retornou à Inglaterra em 1842 e proveu *Cannabis* a farmacêuticos. Médicos na Europa e nos Estados Unidos logo começaram a prescrevê-la para uma variedade de condições físicas. A *Cannabis* foi dada inclusive à Rainha Victoria pelo

seu médico da corte. Ela foi listada no Dispensatório dos Estados Unidos em 1854 (com um aviso de que grandes doses eram perigosas e que era um poderoso "narcótico"). Preparações comerciais de *Cannabis* podiam ser compradas em farmácias.

Durante a Exposição do Centenário de 1876, na Filadélfia, alguns farmacêuticos carregavam 05 kg ou mais de haxixe. Enquanto isso, relatórios sobre a *Cannabis* se acumulavam na literatura médica. Em 1860, o Dr. R. R. M'Meens relatou as conclusões da Comissão sobre *Cannabis indica* para a Sociedade Médica do Estado de Ohio. Depois de reconhecer uma dívida a O'Shaughnessy, M'Meens reavaliou sintomas e condições para as quais o cânhamo indiano tinha sido considerado útil, incluindo o tétano, nevralgias, dismenorreia (menstruação dolorosa), convulsões, dor de reumatismo e de parto, asma, psicose pós-parto, gonorreia e bronquite crônica. Como um hipnótico (droga de indução do sono), ele a comparou ao ópio: "Seus efeitos são menos intensos, e as secreções não são tão suprimidas por ela. A digestão não é perturbada; o apetite aumenta bastante; o efeito global da maconha é menos violento, e produz um sono mais natural, sem interferir com as ações dos órgãos internos; ela é certamente preferível ao ópio, embora não seja igual a esta droga em resistência e fiabilidade". Como O'Shaughnessy, M'Meens enfatizou a capacidade notável da *Cannabis* para estimular o apetite .

O interesse persistiu entre a geração seguinte. Em 1887, H. A. Hare exaltou a capacidade da maconha de dominar o nervosismo e a ansiedade e distrair a mente de um paciente em doença terminal. Nessas circunstâncias, ele escreveu: "O paciente, cujo sintoma mais doloroso tem sido trepidação mental, pode se tornar mais feliz ou mesmo hilário". Ele acreditava que a *Cannabis* podia ser tão eficaz para aliviar a dor quanto o ópio: "Durante o tempo em que este notável fármaco está aliviando a dor, uma condição psíquica muito curiosa às vezes se manifesta; nomeadamente, que a

diminuição da dor parece ser devido ao seu desaparecimento à distância, de modo que a dor se torna cada vez menor e menor, como se a dor em um delicado ouvido crescesse cada vez menos e menos como a batida de um tambor sendo levado para mais e mais longe, fora do alcance do ouvido". Hare também observou que a maconha é um excelente anestésico tópico, especialmente para as membranas mucosas da boca e da língua - uma propriedade bem conhecida pelos dentistas no século XIX.

Em 1890, J. R. Reynolds, um médico britânico, resumiu 30 anos de experiência com *Cannabis indica*, recomendando-a para pacientes com 'insônia senil': "Nesta classe de casos eu não encontrei nada comparável, em utilidade, a uma dose moderada de cânhamo indiano". De acordo com Reynolds, a maconha permaneceu eficaz durante meses e mesmo anos, sem um aumento na dose. Ele também a achou valiosa no tratamento de várias formas de neuralgia, incluindo tique doloroso (uma desordem neurológica facial), e acrescentou que era útil na prevenção de crises de enxaqueca: "Muitas vítimas dessa doença mantiveram durante anos o seu sofrimento sobre controle usando maconha no momento da ameaça ou início do ataque".

Ele também descobriu sua utilidade para certos tipos de epilepsia, para depressão, e às vezes para asma e dismenorreia (cólica menstrual). O Dr. J. B. Mattison, em 1891, chamou-lhe "uma droga que tem um valor especial sobre algumas condições mórbidas e o mérito e a segurança intrínsecos que legitimam o lugar que uma vez ocupou na terapêutica". Mattison revisou seus usos como um analgésico e hipnótico, com especial referência para dismenorreia, reumatismo crônico, asma, úlcera gástrica, e dependência de morfina, mas para ele o uso mais importante da *Cannabis* estava no tratamento "daquele opróbrio da arte da cura – a enxaqueca".

Revelando suas próprias experiências e as de médicos anteriores, ele concluiu que a *Cannabis* não só bloqueia a dor da enxaqueca, mas previne ataques de enxaqueca.

Anos mais tarde, William Osler expressou o seu acordo, dizendo que a *Cannabis* era "provavelmente o remédio mais satisfatório" para a enxaqueca. O relatório de Mattison concluiu com uma nota melancólica: Dr. Suckling me escreveu: "Os jovens estão raramente a prescrevendo". Para eles eu a especialmente recomendo. Com o desejo de efeito imediato, é tão fácil usar essa morfina hipodérmica, trapaceira moderna, que eles [jovens médicos] são propensos a esquecer os resultados remotos da administração imprudente de opiáceos. Que a sabedoria passada a seus pais profissionais através de uma experiência infeliz possa servir para que se afastem desse cardume de narcóticos sob efeito dos quais muitos pacientes naufragaram. O cânhamo indiano não está aqui louvado como um específico. Ele vai às vezes falhar. Assim como outras drogas. Mas os numerosos casos em que atua bem conferem a ele uma grande e duradoura confiança.

Como ele observou, o uso medicinal da *Cannabis* já estava em declínio em 1890. A potência das preparações de *Cannabis* era muito variável, e as respostas individuais à *Cannabis* ingerida oralmente pareciam erráticas e imprevisíveis. Outra razão para o abandono das pesquisas sobre as propriedades analgésicas da *Cannabis* foi o grande aumento do uso de opiáceos após a invenção da seringa hipodérmica na década de 1850, que permitiu drogas solúveis serem injetadas para o alívio rápido da dor; produtos de maconha são insolúveis em água e portanto não podem ser facilmente administrados através de injeção.

Perto do final do século XIX, o desenvolvimento de tais drogas sintéticas como a aspirina, o hidrato de cloro e os barbitúricos, que são quimicamente mais estáveis do que a *Cannabis indica* e portanto mais fiáveis, acelerou o declínio da *Cannabis* como um remédio. Mas as novas drogas tiveram desvantagens marcantes. Mais de mil pessoas morrem de hemorragia induzida pela aspirina a cada ano nos Estados Unidos, e os barbitúricos são, com certeza, muito mais perigosos. Poderíamos ter

esperado que médicos à procura de melhores analgésicos e hipnóticos se voltassem a substâncias canabinóides, especialmente depois de 1940, quando se tornou possível estudar congêneres (parentes químicos) de tetrahydrocannabinol que pudessem ter efeitos mais estáveis e específicos. Mas a Lei do Imposto Sobre a Maconha de 1937 minou qualquer experimentação. Esta lei foi a culminância de uma campanha organizada pela Agência Federal de Narcóticos sob a direção de Harry Anslinger, em que o público foi levado a acreditar que a maconha viciava e que seu uso levava a crimes violentos, psicose e deterioração mental. O filme "*Reefer Madness*", feito como parte da campanha de Anslinger, pode parecer uma piada pela sofisticação de hoje, mas já foi considerado como uma séria tentativa de resolver um problema social, e a atmosfera e as atitudes que exemplificou e promoveu continuam a influenciar a nossa atual cultura.

De acordo com a Lei do Imposto Sobre a Maconha, qualquer pessoa que usasse a planta da maconha para certos fins industriais ou médicos era obrigada a se registrar e pagar uma taxa de 01 dólar por cada 28 gramas. Uma pessoa que usasse maconha para qualquer outra finalidade teria que pagar uma taxa de US\$ 100 por cada 28 gramas em transações não registradas. Aqueles que não cumprissem eram sujeitos a grandes multas ou a prisão por sonegação de impostos. A lei não era diretamente orientada para o uso medicinal de maconha - seu objetivo era desestimular o uso recreativo. Ela foi colocada na forma de um imposto sobre renda para evitar o efeito das decisões da Suprema Corte que reservavam aos estados o direito de regular a maioria das transações comerciais. Ao forçar que algumas transações de maconha fossem registradas e outras fossem tributadas pesadamente, o governo poderia tornar proibitivamente cara a obtenção da droga legalmente para quaisquer outros fins que não médicos. Quase por acaso, a lei dificultou o uso medicinal da *Cannabis* por causa da extensa papelada requerida aos médicos que quisessem usá-la. A Agência Federal de Narcóticos seguiu com regulações "anti-desvio" que contribuíram para o

desencanto dos médicos. A *Cannabis* foi removida da Farmacopeia dos Estados Unidos e do Formulário Nacional em 1941.

Na década de 1960, como um grande número de pessoas começou a usar maconha recreativamente, anedotas sobre a sua utilidade médica começaram a aparecer, não na literatura médica, mas geralmente na forma de cartas para revistas populares, como a Playboy. Enquanto isso, a preocupação legislativa sobre o uso recreativo aumentou, e em 1970 o Congresso aprovou a Lei Total de Controle e Prevenção ao Abuso de Drogas (também chamada de Lei de Substâncias Controladas), que classificou as drogas psicoativas em cinco categorias e colocou a *Cannabis* na Classe I, a mais restritiva. De acordo com a definição legal, as drogas da Classe I não têm uso médico e possuem um elevado potencial de abuso, e não podem ser usadas com segurança, mesmo sob a supervisão de um médico. Nessa época, o renascimento do interesse na *Cannabis* como um remédio estava bem encaminhado. Dois anos depois, em 1972, a Organização Nacional para a Reforma das Leis da Maconha (NORML) pediu à Agência de Narcóticos e Drogas Perigosas (antiga Agência Federal de Narcóticos) para transferir a maconha para a Classe II, para que ela pudesse ser prescrita legalmente pelos médicos.

As audiências perante a Agência de Narcóticos e Drogas Perigosas (BNDD) foram instrutivas. Enquanto eu esperava para depor sobre os usos medicinais da *Cannabis*, testemunhei o esforço para colocar o pentazocine (Talwin), um analgésico opiáceo sintético feito pela Winthrop Pharmaceuticals, na classe de drogas perigosas. O depoimento indicou várias centenas de casos de vício, diversas mortes por overdose e provas consideráveis de abuso. Seis advogados da empresa farmacêutica, pastas na mão, tomaram à frente para evitar a classificação do pentazocine, ou pelo menos garantir que ele fosse colocado em uma das classes menos restritivas. Eles conseguiram em parte; ele se tornou uma droga de Classe IV, disponível por

prescrição com menores restrições. No depoimento sobre a *Cannabis*, a próxima droga a ser considerada, não havia nenhuma evidência de mortes por overdose ou dependência - simplesmente muitas testemunhas, tanto pacientes quanto médicos, atestando a sua utilidade médica. O governo recusou-se a transferi-la para a Classe II. O resultado poderia ter sido diferente se uma grande empresa farmacêutica com enormes recursos financeiros tivesse um interesse comercial na *Cannabis*?

Ao rejeitar a petição da NORML, a Agência de Narcóticos e Drogas Perigosas (BNDD) falhou ao não promover audiências públicas, conforme exigido por lei. A justificativa dada foi que a reclassificação violaria as obrigações do tratado dos EUA sob a Convenção Única das Nações Unidas sobre Substâncias Entorpecentes. A NORML respondeu em janeiro de 1974 mediante a apresentação de uma ação contra a Agência de Narcóticos e Drogas Perigosas. O Tribunal de Recursos da Segunda Circunscrição dos EUA reverteu o indeferimento da petição pela Agência, devolvendo o caso para reconsideração e criticando tanto a Agência quanto o Departamento de Justiça. Em setembro de 1975, a Agência Antidrogas (DEA), sucessora da Agência de Narcóticos e Drogas Perigosas (BNDD), admitiu que as obrigações do tratado não impediram a reclassificação da maconha, mas continuou a recusar audiências públicas. A NORML novamente entrou com uma ação. Em outubro de 1980, depois de muitas outras manobras legais, o Tribunal de Recursos deferiu a petição da NORML à DEA para reconsideração pela terceira vez. O governo reclassificou o tetrahydrocannabinol sintético (Dronabinol) como uma droga de Classe II em 1985, mas manteve a maconha em si – e o THC derivado da maconha (uma substância química idêntica à versão sintética) – na Classe I. Finalmente, em maio de 1986 o diretor da DEA anunciou as audiências públicas ordenadas pelo tribunal sete anos antes.

Essas audiências começaram no verão de 1986 e duraram dois anos. As longas audiências envolviam muitas testemunhas, incluindo ambos pacientes e médicos, e

milhares de páginas de documentação. O registro dessas audiências constitui uma das análises recentes mais extensas da evidência da *Cannabis* como um remédio. O juiz de direito administrativo Francis L. Young analisou a evidência e proferiu sua decisão em 06 de setembro de 1988. Young disse que a aprovação por uma "minoría significativa" de médicos era suficiente para atender ao critério de "uso médico atualmente aceito em tratamento nos Estados Unidos", estabelecido pela Lei de Substâncias Controladas para uma droga de Classe II. Ele acrescentou que "a maconha, em sua forma natural, é uma das substâncias terapeuticamente ativas mais seguras conhecidas pelo homem. Deve-se razoavelmente concluir que há segurança reconhecida no uso de maconha sob supervisão médica. Concluir de outra forma, na sentença, seria despropositado, arbitrário e caprichoso".

Young prosseguiu recomendando "que o diretor da DEA conclua que a planta de maconha considerada como um todo tem um uso médico atualmente aceito em tratamento nos Estados Unidos, que não há falta de reconhecida segurança para o uso dela sob supervisão médica e que ela pode ser legalmente transferida da Classe I para a Classe II". Ao determinar o que "uso médico atualmente aceito" significava para efeitos legais, o juiz Young estava adotando o ponto de vista dos peticionários e rejeitando o da DEA, cujo critério era o resultado de um ação judicial anterior envolvendo a droga 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA). Em 1984, a DEA colocou essa droga anteriormente sem classificação na Classe I. A classificação foi contestada por mim e alguns colegas médicos, que acreditavam que o MDMA tinha potencial terapêutico. Após exaustivas audiências, o juiz de direito administrativo rejeitou a posição da DEA de que o MDMA não tinha uso medicinal reconhecido em tratamento nos Estados Unidos e concordou com os interpelantes que ele deveria ser colocado na Classe III ao invés da Classe I. O diretor da DEA rejeitou essa recomendação. Apelamos para o Tribunal de Recursos da Primeira Circunscrição dos EUA, que decidiu em nosso favor, considerando que aprovação formal para

comercialização pela Agência de Alimentos e Drogas, o critério da DEA para "uso medicinal reconhecido em tratamento nos Estados Unidos", era inaceitável nos termos da Lei de Substâncias Controladas. O diretor da DEA respondeu com os seguintes novos critérios para o uso medicinal reconhecido de uma droga: (1) conhecimento cientificamente determinado e aceito sobre sua química; (2) conhecimento científico sobre sua toxicologia e farmacologia em animais; (3) eficácia em seres humanos estabelecida através de testes clínicos concebidos cientificamente; (4) disponibilidade geral da substância e informações sobre sua utilização; (5) reconhecimento do seu uso clínico na farmacopeia geralmente aceita, referências médicas, revistas, ou livros; (6) indicações específicas para o tratamento de doenças reconhecidas; (7) reconhecimento de seu uso por organizações ou associações médicas; e (8) reconhecimento e uso por um segmento significativo de médicos nos Estados Unidos. Esses foram os critérios rejeitados pelo juiz Young em sua decisão sobre a maconha.

A DEA ignorou o parecer do juiz de direito administrativo e recusou-se a reclassificar a maconha. O advogado da agência comentou: "O juiz parece pendurar seu chapéu sobre o que ele chama de uma minoria respeitável de médicos. Sobre qual percentual você está falando? A metade de um por cento? Um quarto de um por cento?" O diretor da DEA John Lawn foi mais longe, chamando as reivindicações da utilidade medicinal da maconha uma "farsa perigosa e cruel". Em março de 1991, os demandantes apelaram mais uma vez e em abril o Tribunal de Recursos do Distrito de Columbia ordenou por unanimidade que a DEA reexaminasse os requisitos, sugerindo que eles eram ilógicos e que a maconha nunca poderia satisfazê-los. Uma droga ilegal não poderia ser utilizada por um grande número de médicos ou citada como um remédio em textos médicos. Como o tribunal destacou: "Nós temos que fazer um grande esforço para entender como alguém poderia mostrar que qualquer droga de Classe I fosse de uso geral ou geralmente disponível". O tribunal devolveu o caso para a DEA para mais explicações, mas ela não ofereceu

nenhum desafio direto ao dogma central de que a maconha carecia de valor terapêutico. A DEA emitiu uma rejeição final a todos os pedidos de reclassificação em março de 1992. Apesar do obstrucionismo do governo federal, alguns pacientes foram capazes de obter legalmente a maconha para fins terapêuticos. Os governos estaduais começaram a responder de uma forma limitada à pressão dos pacientes e médicos no final dos anos 70. Em 1978, o Novo México promulgou a primeira lei destinada a tornar a maconha disponível para uso médico. Trinta e três estados o seguiram entre o final da década de 70 e início dos anos 80. Em 1992, Massachusetts se tornou o 34º estado a promulgar tal legislação, e em 1994 Missouri tornou-se o 35º.

Mas as leis se revelaram difíceis de executar. Devido à maconha não ser reconhecida como um remédio sob a lei federal, os estados só podem fornecê-la através da criação de programas formais de pesquisa para obterem a aprovação da FDA para inscrição em uma Investigação de Nova Droga (IND). Muitos estados desistiram assim que os servidores encarregados dos programas confrontaram o pesadelo burocrático das leis federais pertinentes. No entanto, entre 1978 e 1984, 17 estados receberam permissão para criar programas para o uso da maconha no tratamento de glaucoma e náusea induzida pela quimioterapia do câncer. Cada um desses programas teve suspensões por causa dos muitos problemas envolvidos. Tomem o caso de Louisiana, onde a lei foi aprovada em 1978 estabelecendo um programa que permitia a um Conselho de Prescrição de Maconha analisar e aprovar requerimentos de médicos para tratar pacientes com *Cannabis*. O conselho teria preferido um procedimento simples em que as decisões médicas seriam confiadas ao médico, mas as agências federais não forneceriam *Cannabis* sem uma IND. Isso exigiria uma enorme quantidade de papelada e tornaria o programa insuportavelmente pesado. O conselho, portanto, decidiu usar um programa de pesquisa já aprovado pelo Instituto Nacional do Câncer, que foi limitado a pacientes com câncer e empregou apenas um THC sintético. A maconha em si não foi disponibilizada legalmente para qualquer paciente em

Louisiana.

Com essas limitações, o programa se revelou ineficiente. Os pacientes se sentiram compelidos a usar *Cannabis* ilícita, e pelo menos um foi preso. Apenas dez estados eventualmente estabeleceram programas em que a *Cannabis* era utilizada como um remédio. Entre estes, Novo México foi o primeiro e o mais bem sucedido, em grande parte por causa dos esforços de um jovem paciente com câncer, Lynn Pierson. Em 1978, a Assembleia Legislativa aprovou uma lei permitindo que os médicos prescrevessem maconha a pacientes que sofressem de náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia do câncer. A lei foi posteriormente modificada para cumprir com as regulações federais da IND que requeriam um programa de pesquisa. Um considerável atrito se desenvolveu imediatamente entre a FDA e os responsáveis pelo programa do Novo México. A FDA exigiu estudos com placebos (substâncias inativas) como controle; os médicos do programa do Novo México queriam oferecer cuidados aos pacientes doentes. A FDA queria prosseguir lentamente; as atitudes dos médicos refletiam a urgência das necessidades dos seus pacientes. Finalmente, um acordo foi alcançado: os pacientes seriam distribuídos aleatoriamente em um tratamento com cigarros de maconha ou cápsulas de THC sintético. Mas o atraso prolongado sugeriu aos servidores do Novo México que a FDA não estava tratando de boa-fé, e as tensões começaram a crescer. A um certo ponto as autoridades estaduais consideraram até mesmo o uso de maconha confiscada, e o chefe da Polícia Rodoviária Estadual foi questionado se ela poderia ser fornecida.

Em agosto de 1978, Lynn Pierson, que tinha feito um esforço heroico para estabelecer um programa de compaixão, morreu de câncer sem nunca ter recebido maconha legal. A FDA aprovou agora a IND Novo México, apenas para revogar a autorização algumas semanas mais tarde, depois de o furor do público em torno da morte de Pierson ter desvanecido. Nesse momento servidores do Novo México consideraram

realizar uma conferência de imprensa para condenar as autoridades federais por "comportamento antiético e imoral". Por fim, em novembro de 1978, o programa foi aprovado, suprimentos de maconha foram prometidos dentro de um mês, mas não foram entregues durante dois meses. O modelo aleatório do programa logo foi violado. Pacientes discutiam entre si os méritos relativos dos dois tipos de tratamento e o trocavam quando queriam fazê-lo; isso também lhes dava uma sensação de controle sobre seu próprio cuidado. Mas muitos pacientes acreditavam, apesar das negativas do Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA), que os cigarros que recebiam não tinham a potência adequada. O estado nunca realizou uma análise independente. Alguns pacientes deixaram o programa a fim de comprar *Cannabis* nas ruas, que eles sentiam que era melhor do que a maconha do governo ou que o THC sintético.

De 1978 a 1986 cerca de 250 pacientes com câncer no Novo México receberam maconha ou THC após medicamentos convencionais terem falhado no controle de náuseas e vômitos. Para esses pacientes, tanto a maconha quanto o THC eram eficazes, mas a maconha era superior. Mais de 90% relataram alívio significativo ou total de náuseas e vômitos. Apenas três efeitos adversos foram relatados em todo o programa - reações de ansiedade que foram facilmente tratadas com simples tranquilização. Os programas bem sucedidos em outros estados se assemelharam ao do Novo México. Entendia-se que "pesquisa" era apenas um desculpa; o objetivo era o de aliviar sofrimento. Embora os resultados não cumprissem as normas metodológicas para a pesquisa clínica controlada, eles confirmavam a eficácia da *Cannabis* e a vantagem da maconha fumada sobre o THC oral. A propósito, nenhum dos programas relatou problemas com abuso ou desvio de quaisquer THC ou cigarros de maconha .

Um relatório do Departamento de Saúde do Estado de Nova York sobre o uso terapêutico de *Cannabis* questionou por que mais pacientes e médicos não tinham se inscrito no programa de Nova York. Ele concluiu que havia várias razões. Primeiro, os

médicos estavam céticos por causa de sua formação e experiência limitadas. Segundo, os obstáculos burocráticos eram enormes. Como o relatório afirma, "farmacêuticos hospitalares e gestores queixam-se da papelada e procedimentos. Médicos reclamam dos requisitos de inscrição e relatórios onerosos. Pelo menos 16 médicos perguntaram sobre a disponibilidade da maconha, mas optaram por não se inscrever no programa, porque perceberam a grande quantidade de procedimentos burocráticos". Uma terceira possibilidade era de que muitos pacientes e médicos decidiram que era mais fácil conseguir maconha de boa qualidade na rua. Mais ou menos ao mesmo tempo, os programas estaduais estavam sendo instituídos, a crescente demanda forçou a FDA a lançar um Tratamento Individual IND (normalmente referido como IND de Uso Compassivo ou IND de Compaixão) para o uso de médicos individuais cujos pacientes necessitassem de maconha. O processo de inscrição não era fácil, porque ele foi projetado para um propósito completamente diferente – fazer que as empresas farmacêuticas garantissem a segurança de novos medicamentos. O paciente que precisasse de *Cannabis* tinha que primeiro persuadir um médico a requerer à FDA a inscrição em uma IND.

O médico tinha que preencher um formulário especial da DEA abrangendo as drogas de Classe I. Se o pedido fosse aprovado por ambas agências, o médico tinha então que preencher formulários de pedidos especiais para maconha, que eram enviados para o Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA). O NIDA cultivava maconha em uma fazenda na Universidade de Mississippi - a única fazenda de maconha legal nos Estados Unidos - e a envia para a Carolina do Norte, onde é enrolada em cigarros que deveriam ter a mesma potência que a maconha de rua (na época 2%, atualmente 3,5%). O NIDA, em seguida, envia a maconha a uma farmácia designada que tem que cumprir com rigorosos regulamentos da DEA para a segurança da droga. O processo de candidatura demorava de quatro a oito meses. Tanto a FDA quanto a DEA requeriam constante prontidão, mas raramente respondiam dentro do prazo

estabelecido por lei. De acordo com a (agora extinta) Aliança para a *Cannabis* Terapêutica, que ajudou inúmeros pacientes e médicos ao longo do processo, as agências governamentais rotineiramente pareciam perder alguns dos formulários de inscrição, e o médico tinha que reenviá-los, às vezes mais de uma vez. Compreensivelmente, a maioria dos médicos não queria se ver enredada na papelada, especialmente porque muitos também acreditavam que havia um certo estigma associado à prescrição de maconha.

Em 1976, Robert Randall, que sofria de glaucoma, se tornou o primeiro paciente a receber uma IND de Compaixão para o uso de maconha. Ao longo dos 13 anos que se seguiram o governo premiou relutantemente mais uma meia dúzia. Então, em 1989, a FDA foi inundada com requerimentos de pessoas com AIDS. O caso que chamou a atenção para as consequências absurdas e terríveis da proibição médica sobre a maconha foi a agressão do governo sobre Kenneth e Barbra Jenks, um casal da Flórida em seus 20 anos que contraiu AIDS através de uma transfusão de sangue dada ao marido, hemofílico. Ambos estavam sofrendo de náuseas, vômitos e perda de apetite causada pela AIDS ou pelo AZT; o médico deles temia que Barbra Jenks morresse de fome antes que a doença a matasse. No início de 1989, os Jenks tomaram conhecimento da maconha através de um grupo de apoio para pessoas com AIDS. Eles começaram a fumar e por um ano levaram uma vida razoavelmente normal. Eles se sentiram melhor, recuperaram o peso perdido, e foram capazes de ficar fora do hospital; Kenneth Jenks manteve até mesmo seu emprego de tempo integral.

Então alguém os denunciou. Em 29 de março de 1990, 10 oficiais de narcóticos armados bateram na porta do trailer deles, apontaram uma arma para a cabeça de Barbra Jenks, e apreenderam a evidência do crime: duas plantas pequenas de maconha que eles vinham cultivando, porque não podiam pagar o preço de rua da

droga. O cultivo de maconha é um crime na Flórida; os Jenks enfrentariam cinco anos de prisão. Em seu julgamento, em julho, eles usaram a defesa de necessidade médica, que é raramente bem sucedida. O juiz rejeitou a defesa e condenou os Jenks, embora tenha imposto apenas uma pena suspensiva. A condenação foi posteriormente anulada por um tribunal superior e a defesa da necessidade médica foi aprovada.

O caso recebeu publicidade nacional e os Jenks foram capazes de obter uma IND de Compaixão. A FDA foi inundada com novos pedidos de doentes com AIDS. O número vigente de INDs de Compaixão subiu de cinco para trinta e quatro em um ano. Em seguida, James O. Mason, diretor do Serviço de Saúde Pública, anunciou que o programa seria suspenso porque prejudicaria a oposição da administração do Bush ao uso de drogas ilegais. "Se percebem que o Serviço de Saúde Pública está por aí dando maconha para as pessoas, vão achar que essa coisa pode não ser tão ruim assim", disse Mason. Ele continuou: "Isso dá um sinal ruim. Eu não me importo de fazer isso se não houver outra maneira de ajudar essas pessoas, mas não há a menor evidência de que fumar maconha auxilia uma pessoa com AIDS".

Depois de manter o programa "sob avaliação" durante nove meses, o Serviço de Saúde Pública o interrompeu em março de 1992. Vinte e oito pacientes cujos pedidos já haviam sido aprovados tiveram negada a maconha prometida. Treze pacientes que já recebiam maconha foram autorizados a continuar a recebê-la. Atualmente, o número caiu para sete. Depois de mais de 20 anos em que centenas de pessoas trabalharam através de assembleias estaduais, tribunais federais e órgãos administrativos para tornar a maconha disponível para pessoas que sofrem, estes sete são os únicos para os quais ela ainda não é um remédio proibido. Com o fim do programa IND de Compaixão, o último lampejo compassivo para com os pacientes de maconha medicinal por parte do governo federal desapareceu. Agora não havia

nenhuma esperança de qualquer tipo de acesso legal a uma droga que milhares de americanos vieram a acreditar que era o melhor tratamento para seus problemas médicos particulares. Mais uma vez, alguns estados começaram a tentar preencher o vácuo, a começar pela Califórnia, que em 1996 aprovou a Proposição 215.

Esta iniciativa tornou possível para os pacientes com determinados sintomas e síndromes, em que a *Cannabis* é útil, obter de um médico uma carta, que é o equivalente funcional a uma receita para maconha. Estas "receitas" são "preenchidas" em um dos muitos "Clubes de Compaixão" sem fins lucrativos que surgiram nos 10 estados que, por meio de legislação ou de iniciativa do eleitor, fazem agora subsídios semelhantes para pacientes de maconha medicinal. O governo respondeu com uma firme campanha visando a fechar os clubes de compaixão, e muitos pacientes que finalmente tinham encontrado uma forma legítima de obter este remédio estavam novamente dependentes de fontes ilícitas ou forçados a cultivar para si próprios, e alguns foram processados.

Se a maconha não tem qualquer utilidade médica, como afirma o governo dos EUA, por que milhares de pacientes arriscam entrar em conflito com a lei para a obterem e usá-la? Eles a utilizam por uma ou mais de três razões: (1) a maconha é, mesmo com a tarifa da proibição, menos cara do que o medicamento convencional que a substitui, ou que o Marinol; (2) devido a sua toxicidade ser tão baixa, eles sofrem menos "efeitos colaterais" (efeitos tóxicos) do que com o medicamento convencional pelo qual a *Cannabis* foi substituída, e (3) porque é extremamente versátil - ela é útil no tratamento de uma variedade de síndromes e sintomas. Hoje, a maconha é mais comumente, mas certamente não exclusivamente, utilizada no tratamento de:

- náuseas e vômitos severos da quimioterapia do câncer;
- glaucoma;

- epilepsia;
- esclerose múltipla;
- dor e espasmo de paraplegia e tetraplegia;
- HIV/AIDS;
- dor crônica;
- enxaqueca;
- doenças reumáticas (osteoartrite e espondilite anquilosante);
- síndrome pré-menstrual, cólicas menstruais, e dores do parto;
- colite ulcerativa;
- doença de Crohn;
- dor do membro fantasma;
- depressão;
- hiperemese gravídica.

Existem várias razões pelas quais a medicina não tem sido mais rápida para reconhecer o valor de readmissão da *Cannabis* à farmacopeia. Uma delas é a ausência de incentivos de empresas farmacêuticas a desenvolvê-la como um medicamento, porque não é possível patentear uma planta. Na verdade, há um desestímulo, porque este medicamento versátil iria competir com sucesso com muitos dos produtos já existentes. Mas a razão mais importante é a pouca consideração que a medicina dá aos dados empíricos, e quase tudo o que sabemos sobre a maconha como remédio é empírico. Dados empíricos são menos confiáveis do que os derivados de estudos duplo-cegos controlados que foram introduzidos no início dos anos 60 e dos quais a medicina moderna agora depende. Ainda assim, não se deve esquecer que a medicina moderna foi construída sobre uma base de dados empíricos e que continua a apontar para novas possibilidades terapêuticas, algumas das quais, como no caso da *Cannabis*, se revelam válidas. Atualmente, opiniões em relação à natureza empírica da maior parte dos dados sobre a *Cannabis* está mudando lentamente. Em

um artigo publicado recentemente na “*Trends in Neurosciences*” (maio de 2005), os autores escrevem o seguinte: “O uso da *Cannabis* como um remédio para várias condições tem uma história bem documentada que remonta milhares de anos. Com a identificação de um sistema endógeno de receptores e ligantes nos últimos anos, dados experimentais abundantes reforçaram as reivindicações empíricas de pessoas que percebem benefício medicinal do consumo atualmente ilegal de *Cannabis*. Isto, combinado com os dados de estudos clínicos recentes, aponta para a perspectiva da *Cannabis* como um remédio no tratamento de esclerose múltipla e outras numerosas condições médicas”.

No século XIX a *Cannabis* era fornecida como um medicamento de administração oral sob a forma de um extrato à base de álcool, genericamente conhecido como *Cannabis indica*. A dosagem era uma questão de suposição, uma vez que não havia bioensaios naquele tempo. Os médicos não ficavam muito preocupados com a sobre dosagem, porque mesmo que uma dose especialmente grande pudesse deixar o paciente desconfortável até que o efeito da droga passasse, ela não iria de forma alguma prejudicá-lo. O que angustiava os médicos daquela época era o tempo de espera entre o paciente tomar, digamos, duas gotas da solução de Tilden (uma forma de *Cannabis indica* patenteada comumente usada) e o aparecimento do alívio dos sintomas - cerca de uma hora e meia. Médicos do século XIX não estavam cientes de uma das propriedades notáveis da maconha, por exemplo, que ela podia ser fumada, e que quando administrada desta forma ela proporcionaria o alívio dos sintomas dentro de minutos. Esta foi uma descoberta feita por usuários recreativos do início do século XX, que a transmitiram aos pacientes que usavam maconha como remédio. Esta é uma propriedade medicinal da *Cannabis* criteriosamente importante, pois permite aos pacientes determinarem rapidamente o quanto da droga necessitam para alcançar o seu objetivo médico. Além disso, proporciona ao paciente, que está em melhor posição para determinar esta dose, a capacidade de estar no controle do alívio de sua

dor, náusea, ou outro sintoma. Embora nunca tenha sido relatado um caso de câncer de pulmão ou enfisema atribuível ao fumo de *Cannabis*, há no clima antitabagista generalizado de hoje preocupação com o efeito do fumo sobre o sistema pulmonar. Outra propriedade fortuita da maconha é que há uma janela de temperatura que é inferior ao ponto de ignição da *Cannabis*, mas sob a qual os canabinóides irão vaporizar. Está amplamente disponível agora um dispositivo conhecido como vaporizador, que tira vantagem desta propriedade. Ele mantém a maconha a uma temperatura entre 140°C e 200°C, permitindo assim que o paciente inala os canabinóides terapêuticos isentos de qualquer um dos produtos de combustão do material da planta, incluindo os supostos cancerígenos.

O problema da maconha medicinal é como um enigma de Jano: uma parte do problema é vista através dos olhos dos pacientes e a outra por aqueles de seu governo. Uma face olha com espanto o problema de negar maconha para o número crescente de pacientes doloridos e impacientes que a consideram útil, muitas vezes mais útil, menos tóxica e mais barata que os medicamentos legalmente disponíveis. Através dos olhos dos pacientes o problema é, claro, como adquirir e usar este remédio sem engrossar as fileiras (já são mais de 750 mil, anualmente) daqueles que são presos por usar esta substância ilegal e como evitar colocar em risco a segurança do emprego através do teste aleatório de urina. A outra face, a que olha para trás, é a de um governo obstinado, que defensivamente e inconsistentemente insiste que "a maconha não é um remédio", e que dá marcha à ré nessa posição arrogante e mal informada com toda a força de seu vasto poder legal, como ele está fazendo atualmente no estado da Califórnia.

Em 1985, a Agência de Alimentos e Drogas (FDA) aprovou o Dronabinol (Marinol) para o tratamento de náuseas e vômitos da quimioterapia do câncer. O Dronabinol é uma solução de tetrahydrocannabinol sintético em óleo de sésamo (o óleo de sésamo é

destinado a proteger contra a possibilidade de que o conteúdo da cápsula possa ser fumado). O Dronabinol foi desenvolvido pela Unimed Pharmaceuticals Inc., com uma grande quantidade de apoio financeiro do governo dos Estados Unidos. Este foi o primeiro indício de que a "farmaceuticalização" da *Cannabis* poderia ser o que o governo esperava para resolver os seus problemas com a maconha como remédio - o problema de como tornar as propriedades medicinais da *Cannabis* (na medida em que o governo acredite que existam tais propriedades) amplamente disponíveis como um medicamento, ao mesmo tempo proibindo a sua utilização para qualquer outra finalidade. Mas o Marinol não deslocou a maconha como "o tratamento de escolha"; a maioria dos doentes considerou a erva em si muito mais útil do que o Dronabinol no tratamento da náusea e vômitos associados à quimioterapia do câncer. Em 1992, o tratamento da síndrome de emagrecimento da AIDS foi adicionado à indicação de uso do Dronabinol; novamente, os pacientes relataram que era inferior à maconha fumada. Porque se pensava que iria vender mais se colocado em uma Classe de Controle de Drogas menos restritiva, ele foi transferido da Classe II para a Classe III no ano 2000. Mas o Marinol não resolveu o problema da maconha-como-um-remédio, porque tão poucos pacientes que descobriram a utilidade terapêutica do uso da maconha usam o Dronabinol. Em geral, eles o consideram menos eficaz do que a maconha fumada; ele não pode ser titulado, porque tem que ser tomado por via oral, o que provoca um longo atraso na manifestação da sua utilidade terapêutica; e mesmo com a tarifa de proibição da maconha de rua, o Marinol é mais caro.

Assim, a primeira tentativa de "farmaceuticalização" provou não ser a resposta. Na prática, para muitos pacientes que usam maconha como remédio o Marinol de prescrição médica serve principalmente como uma camuflagem para a ameaça da crescente onipresença dos testes de urina. Mais recentemente, o Relatório do Instituto de Medicina (IOM) de 1999, que reconheceu a utilidade da maconha como remédio, propôs que a solução era a "farmaceuticalização" da *Cannabis*: prescrição de

canabinóides individuais isolados, canabinóides sintéticos e análogos de canabinóides. O Relatório IOM afirma que "se houver qualquer futuro para a maconha como um remédio, ele se encontra em seus componentes isolados, os canabinóides, e seus derivados sintéticos". Ele continua: "Portanto, o objetivo dos ensaios clínicos com maconha fumada não seria desenvolver a maconha como uma droga licenciada, mas tais ensaios poderiam ser um primeiro passo para o desenvolvimento de sistemas de distribuição, de início rápido, de canabinóides não-fumados". Alguns canabinóides e análogos podem de fato ter vantagens sobre a maconha fumada ou ingerida em circunstâncias limitadas. Por exemplo, o canabidiol pode ser mais eficaz como um remédio anti-ansiedade e anticonvulsivante quando não é tomado junto com tetraidrocanabinol (THC), que algumas vezes gera ansiedade.

Outros canabinóides e análogos podem se provar mais úteis do que a maconha em algumas circunstâncias, porque podem ser administrados por via intravenosa. Por exemplo, de 15% a 20% dos pacientes perdem a consciência depois de sofrer um acidente vascular cerebral trombótico ou embólico, e algumas pessoas que sofrem síndrome cerebral depois de um forte golpe na cabeça ficam inconscientes. O novo Dexamabinol análogo (HU-211) demonstrou proteger os neurônios (em animais) contra danos quando administrado imediatamente após um acidente vascular cerebral; se isso se revelar verdadeiro em seres humanos, será possível administrá-lo por via intravenosa a uma pessoa inconsciente. Provavelmente outros análogos podem oferecer vantagens semelhantes. Alguns desses produtos comerciais podem também não ter os efeitos psicoativos que tornam a maconha útil para alguns fins não médicos. Portanto, eles não serão definidos como drogas "abusivas" sujeitas às restrições da Lei Total de Controle do Abuso de Drogas. Os sprays nasais, vaporizadores, nebulizadores, adesivos de pele, comprimidos e supositórios podem ser utilizados para evitar a exposição dos pulmões ao material particulado na fumaça da maconha.

A questão é se estes projetos tornarão a erva da maconha medicamente obsoleta. Com certeza muitos desses novos produtos seriam suficientemente úteis e seguros para o desenvolvimento comercial. É incerto, no entanto, se as empresas farmacêuticas vão considerar que os enormes custos de desenvolvimento valem a pena. Alguns podem ser (por exemplo, um canabinóide agonista inverso que reduz o apetite pode ser altamente lucrativo), mas para a maioria dos sintomas específicos, análogos ou combinações de análogos são improváveis de ser mais úteis do que a erva da maconha. Eles também não têm a probabilidade de possuir um espectro mais amplo de usos terapêuticos, uma vez que o produto natural contém os compostos (e as combinações sinérgicas de compostos) a partir dos quais eles são derivados. Por exemplo, o THC e canabidiol naturalmente presentes na maconha, bem como o Dexamabinol, protegem as células do cérebro de animais após um acidente vascular cerebral ou uma lesão traumática. Além disso, qualquer novo análogo terá que ter um índice terapêutico aceitável. O índice terapêutico (um índice de segurança do fármaco) da maconha não é conhecido porque ela nunca causou uma morte por overdose, mas estima-se, na base de extrapolação a partir de dados obtidos com animais, que sejam inéditos 20.000 a 40.000. O índice terapêutico de um novo análogo é improvável que seja superior a isso; na verdade, novos análogos podem ser muito menos seguros do que a planta da maconha, porque vai ser fisicamente possível uma maior ingestão deles.

É obrigatório perguntar: qual é o problema do governo com a maconha medicinal? O problema, como visto através dos olhos do governo, é a crença de que, à medida que um número crescente de pessoas observam parentes e amigos usando maconha como um remédio, elas chegarão a um entendimento que essa é uma droga que não se adequa à descrição que o governo tem empurrado por anos. Elas vão pela primeira vez apreciar o quão notável remédio ela realmente é; ela é menos tóxica do que quase qualquer outro medicamento na farmacopeia; ela é, como a aspirina, extremamente

versátil; e é menos cara do que os medicamentos convencionais que ela substitui. As pessoas, então, vão começar a se perguntar se há alguma propriedade deste remédio que justifique sua negação a pessoas que desejam usá-lo por qualquer motivo, quanto mais a prisão de mais de 750 mil cidadãos por ano. O governo federal vê a aceitação da maconha como remédio como a porta de entrada para uma catástrofe - a revogação de sua proibição. Na medida em que o governo vê como um anátema qualquer uso da maconha, é difícil imaginá-lo aceitando um instrumento jurídico que permitiria seu uso como um remédio, ao mesmo tempo em que persegue vigorosamente uma política de proibição de qualquer outro uso. Contudo, existem muitas pessoas que acreditam que este tipo de acordo é possível e viável. Na verdade, esta é a opção que os governos canadense e holandês estão atualmente buscando, assim como vários estados dos Estados Unidos. Mas não vai ser possível fazer isso nos Estados Unidos na ausência de grandes estudos duplo-cegos que façam uso do remédio que milhares de pacientes utilizam nos dias de hoje: a erva da maconha.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Desclaux, A. O medicamento, um objeto de futuro na antropologia da saúde. **Revista Mediações**, Londrina, v.11, n.2, p.124, jul./dez. 2006.

Grinspoon L. **History of Cannabis as a Medicine**. DEA statement, prepared for DEA Administrative Law Judge hearing beginning. 2005 Aug 22. Disponível em: <http://www.maps.org/mmj/grinspoon_history_cannabis_medicine.pdf>. Acesso em: 06 novembro 2013.