



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA-UFPB  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS-CCSSA  
DEPARTAMENTO DE GESTÃO PÚBLICA-DGP  
CURSO DE TECNOLOGIA EM GESTÃO PÚBLICA**

**MEIRELANE APARECIDA VEIGA DE ALMEIDA**

**O USO MEDICINAL DO CANABIDIOL E SEUS  
MEANDROS BUROCRÁTICO-LEGAIS**

**JOÃO PESSOA, PB  
2016**

MEIRELANE APARECIDA VEIGA DE ALMEIDA

**O USO MEDICINAL DO CANABIDIOL E SEUS  
MEANDROS BUROCRÁTICO-LEGAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento Gestão  
Pública da Universidade Federal da  
Paraíba como requisito parcial à obtenção  
do grau de Tecnólogo em Gestão Pública  
*Prof. Dr. Roberto Mendoza.*

João Pessoa, PB  
2016

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A447u Almeida, Meirelane Aparecida Veiga de.

O uso medicinal do Canabidiol e seus meandros burocrático-legais / Meirelane Aparecida Veiga de Almeida. – João Pessoa, 2016.

66f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Mendonza.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Tecnologia de Gestão Pública) – UFPB/CCSA.

MEIRELANE APARECIDA VEIGA DE ALMEIDA

**O USO MEDICINAL DO CANABIDIOL E SEUS  
MEANDROS BUROCRÁTICO-LEGAIS**

*Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento Gestão Pública da  
Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial à obtenção do grau de  
Tecnólogo em Gestão Pública.*

**Aprovado em:** \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Roberto Mendoza (Presidente da Banca)  
**UFPB/CCSA/DGP**

---

Prof. Flávio Perazzo Barbosa Mota (Examinador)  
**UFPB/CCSA/DGP**

---

Prof. Joseneide Pessoa(Examinadora)  
**UFPB/CCSA/DGP**

Dedico este trabalho ao meu querido pai Murilo,  
que é minha fonte de inspiração.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por renovar a cada momento as minhas forças e disposição e pelo discernimento concedido ao longo dessa jornada.

Agradecer ao meu querido pai Murilo Paulo da Veiga que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades. Obrigada por contribuir com tantos ensinamentos, tanto conhecimento, tantas palavras de força e ajuda. Espero um dia chegar ao seu nível.

Agradecer a minha mãe Eva De Lourdes Veiga (in memoria), para sempre viverás em meu coração!

Quero agradecer também os meus filhos Eva de Lourdes e Arthur Antônio, que iluminam de maneira especial minha vida.

Agradecer ao meu marido Luciano Andrade, que acreditou em mim, que sempre ouviu as minhas considerações compartilhando comigo as suas ideias, conhecimentos e experiências.

A minha avó Maria Menina Paulo, a mulher mais extraordinária que conheço na vida, uma verdadeira heroína, a quem eu agradeço pelas lições de vida, humildade e amor, essências na minha caminhada pessoal/profissional. Meu agradecimento por tanta atenção e dedicação.

Por fim, sou imensamente grata ao meu Orientador, Professor Dr. Roberto Mendoza, pela orientação e confiança, pelo desafio assumido e pela preocupação de tornar as ideias e discussões ao longo dessa trajetória em um trabalho de pesquisa.

## RESUMO

A maioria da população brasileira é de baixa renda e, conseqüentemente, depende do que é oferecido pelo Sistema Único de Saúde. Surge então um problema para as pessoas que sofrem de doenças neurológicas e veem o *Cannabidiol* como uma alternativa para o alívio de seus sintomas, tendo em vista que essa substância não está liberada pela legislação brasileira. Entretanto, a Assistência Farmacêutica e a Assistência à Saúde estão previstas na Constituição Federal de 1988. O presente trabalho busca analisar a descriminalização e a legalização da *Cannabis* para fins medicinais no Brasil, considerando os benefícios trazidos para o tratamento de pacientes portadores de doenças neurológicas. Portanto, discutiu-se o direito à saúde como garantia a todos os cidadãos brasileiros, a inclusão da Política Nacional de Medicamentos – PNM, a história da *Cannabis* bem como a opinião de especialistas sobre a utilização desta substância para fins medicinais, além da epidemiologia de algumas doenças neurológicas.

Assim, a partir da coleta de dados em revistas especializadas, livros e trabalhos de pesquisa sobre o tema percebeu-se que a utilização da *Cannabis* para fins medicinais teve alguns avanços, mas não houve ainda uma mudança na legislação brasileira.

Concluímos que aproximadamente quatro milhões de pessoas sofrem de problemas neurológicos no país, em sua grande maioria mulheres e idosos, que permanecem desassistidos da proteção do Estado.

**Palavras-Chave:** 1. Direito à saúde. 2. Assistência farmacêutica. 3. Tratamento com Cannabis. 4. Canabidiol. 5. Tratamento de doenças neurológicas.

## **ABSTRACT**

The majority of the Brazilian population is low income and consequently depends on what is offered by the Unified Health System. A problem arises for people suffering from neurological diseases and sees Cannabidiol as an alternative for the relief of their symptoms, Taking into account that this substance is not released by Brazilian legislation. However, Pharmaceutical Assistance and Health Care are foreseen in the Federal Constitution of 1988. The present work seeks to analyze the decriminalization and legalization of Cannabis for medical purposes in Brazil, considering the benefits brought to the treatment of patients with neurological diseases. Therefore, the right to health as a guarantee to all Brazilian citizens was discussed, the inclusion of the National Medicines Policy (PNM), the history of Cannabis as well as expert opinion on the use of this substance for medical purposes, as well as the epidemiology of Some neurological diseases.

Thus, from the collection of data in specialized magazines, books and research on the subject, it was noticed that the use of Cannabis for medicinal purposes had some advances, but there was not yet a change in Brazilian legislation.

We conclude that approximately four million people suffer from neurological problems in the country, the vast majority of them women and the elderly, who remain unassisted state protection.

Key words: 1. Right to health. 2. Pharmaceutical assistance. 3. Treatment with Cannabis. 4. Canabidiol. 5. Treatment of neurological diseases.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Fluxo de ações nos diferentes níveis de atenção á saúde.....	22
<b>Figura 2-</b> fluxo da distribuição de medicamentos pelo SUS .....	32
<b>Figura 3 -</b> Níveis de determinação do perfil epidemiológico da população.....	42

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Financiamento do Paraná referente a assistência farmacêutica na atenção básica .....	34
<b>Quadro 2</b> – Dados epidemiológicos.....	47

## LISTA DE SIGLAS

<b>AF</b>	Assistência Farmacêutica
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>CFT</b>	Comissão de Padronização de Medicamentos
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>DAF</b>	Departamento de Assistência Farmacêutica
<b>IAFB</b>	Incentivo a Assistência Farmacêutica Básica
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PMN</b>	Política Nacional de Medicamentos
<b>REME</b>	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
<b>SES</b>	Secretarias Estaduais de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>THC</b>	Tetraidrocanabinol

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS</b> .....	<b>16</b>
<b>3 Relevância do tema</b> .....	<b>16</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>17</b>
<b>5 REVISÃO TEÓRICA</b> .....	<b>17</b>
<b>5.1 SAÚDE COMO DIREITO</b> .....	<b>17</b>
5.1.1 A criação do SUS .....	20
5.1.2 O acesso ao medicamento como direito .....	24
5.1.3 A Assistência Farmacêutica .....	28
5.1.4 Logística e financiamento da AF .....	33
<b>5.2 USO DA CANNABIS</b> .....	<b>35</b>
5.2.1 Opiniões de especializada sobre o uso da Cannabis como medicamento na atualidade.....	38
5.2.2 Tratamento com a Cannabis .....	40
5.2.3 Epidemiologia das doenças neuropsicológicas .....	42
5.2.3.1 Parkinson .....	43
5.2.3.2 Alzheimer .....	44
5.2.3.3 Fibromialgia.....	45
5.2.3.4 Epilepsia.....	47
<b>5.3 A UTILIZAÇÃO DA CANNABIS</b> .....	<b>48</b>
5.3.1 Por outro lado.....	50
5.3.2 Na América Latina.....	51
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>53</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>58</b>

<b>ANEXO A – LISTA F2: SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO B – CICLO DA AF .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO C – LEI N<sup>o</sup> 11.343/ 2006.....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO D – RESOLUÇÃO CFM No 2.113/2014.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO E – PAÍSES QUE LEGALIZARAM AS DROGAS .....</b>	<b>66</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 traz, em seu artigo 6º, o direito a Saúde o que garante o status de Direito Constitucional. Além disso, no Título VIII – “Da Ordem Social” –, Capítulo II – “Da Seguridade Social” –, Seção II – “Da Saúde” – encontram-se os artigos do 196º ao 200º, que estão relacionados a esse direito. Entre tais artigos, dois merecem destaque: o 196º e o 197º. O primeiro reforça a ideia do Direito Social presente no Direito à Saúde, conforme dispõe: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção e recuperação.” O segundo, por sua vez, estabelece a regulamentação e a fiscalização desse direito, como se observa: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoas físicas e jurídicas de direito privado (BRASIL, 1988).

Nesse contexto de Direito Constitucional, surge o SUS – Sistema Único de Saúde – como forma de garantia do Direito à Saúde. Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde – e nº 8142/90, o órgão tem a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão brasileiro, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. A sua meta é tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população em um todo, oferecendo aos cidadãos serviços de qualidade.

Apesar dos benefícios trazidos com a constitucionalização do Direito à Saúde e a criação do SUS, a saúde pública no Brasil ainda enfrenta alguns desafios. Esses desafios estão relacionados a doenças mais complexas, cujo tratamento requer altos investimentos. É o caso de patologias como doença de Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Fibromialgia entre outras. Diante disso, o uso medicinal de componentes da *Cannabis*, em destaque o *Canabidiol*, pode amenizar esses desafios, pois a substância atua no sistema nervoso podendo ser fundamental no tratamento dessas e outras doenças neurológicas.

A *Cannabis* é uma planta herbácea, nativa da Ásia Oriental e seu surgimento é datado por volta de 6 mil anos atrás. Ainda na antiguidade, já era usada com fins medicinais pelos indianos em rituais religiosos. O cultivo da *Cannabis* se expandiu da Ásia, para a Índia, Mesopotâmia, depois para o Oriente Médio, Europa e África. Na renascença, a *Cannabis* tornou-se um dos principais produtos agrícolas europeus, sendo pouco usada como entorpecente. No final do século XIX, a *Cannabis* virou moda entre os artistas e escritores franceses, mas era também utilizada como “fármaco” para dilatar brônquios e aliviar dores (PSICODELIA.ORG, 2012).

Trazida para a América do Sul pelos colonizadores, a *Cannabis* teve suas primeiras plantações no Chile, por espanhóis. No Brasil, chegaram com as caravelas, durante o século XVI e com os navios negreiros, nos quais os escravos africanos traziam-na escondida nas barras dos vestidos de bonecas e nas tangas (PSICODELIA.ORG, 2012).

Como se pode observar, o uso da *Cannabis* para fins medicinais é realidade desde a antiguidade e na última década – década de 2010 - os estudos tem se intensificado, sobretudo no que tange ao uso *do* medicamento.

A *Cannabis* é a droga mais consumida no mundo. Vários países como Portugal, Holanda, alguns Estados dos Estados Unidos da América, Uruguai, entre outros, já legalizaram a *Cannabis* e fazem uso de suas propriedades terapêuticas. Estudos têm demonstrado que o uso dos elementos presentes na planta para fins medicinais é indicado para o tratamento de diversas doenças. Entretanto, no Brasil, a Constituição proíbe o uso, posse, aquisição e transporte da *Cannabis* classificando-a entre as drogas ilícitas.

Apesar desse fato, pode-se observar avanços recentes sobre o uso da *Cannabis*. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA - decidiu retirar a substância da lista de substâncias proibidas no Brasil (G1, 2016).

Mediante assunto citado à cima, na teoria, a ANVISA libera, mas, na prática, ainda existem impasses. A ANVISA afirma que está buscando uma forma de viabilizar a *Cannabis* quando tiver fundamento, enquanto isso, famílias travam batalhas na justiça para que seus parentes consigam o tratamento necessário com o uso do *Canabidiol*.

Perante esta situação, nossa pergunta de pesquisa era:

- De que forma a burocracia tem afetado no tratamento?
- Existe interesse governamental em aprovar o cultivo nacional da *Cannabis* para fins medicinais?
- O *Canabidiol* produz uma melhora significativa no bem estar dos pacientes com doenças neurológicas?

Em função destas interrogações, o **Objetivo geral** desta pesquisa foi Analisar a descriminalização da *Cannabis* para fins medicinais no Brasil e sua possível legalização, considerando, sobretudo, os benefícios trazidos para o tratamento de pacientes portadores de doenças neurológicas.

E os **Objetivos específicos** foram:

- Estudar a legislação e normativas específicas que possam facilitar a liberação da *Cannabis* para fins medicinais no Brasil.
- Analisar os benefícios específicos que a *Cannabis* produz nas doenças neurológicas.
- Descrever a prevalências de doenças neurológicas no país.
- Analisar alguns avanços burocráticos no uso da *Cannabis* para fins medicinais nos órgãos competentes.

### 3 Relevância do tema

A importância do uso da maconha medicinal como alternativa para o tratamento de doenças no país, e as discussões entre os pesquisadores, pacientes que fazem uso do *Canabidiol* e o poder público, para uma possível legalização do plantio da *Cannabis* para fins medicinais, é uma questão amplamente debatida na literatura internacional.

No entanto, a descriminalização da maconha não vai significar fazer melhor juízo da droga para legalizar seu uso e seguir um padrão para consumo social. Mas sim, permitiria retirar o caráter delitivo do uso de algumas substâncias na *Cannabis*. Neste sentido, a proposta é extinguir a punição criminal para quem precisa fazer uso medicinal dela.

Apesar de não poder ser usada a *Cannabis* em sua forma natural, o uso medicinal de algumas substâncias que compõem a *Cannabis* de forma isolada já está sendo apontada como uma alternativa para o tratamento de várias doenças, entre elas as doenças neurológicas.

A utilização da *Cannabis* no tratamento das doenças como Alzheimer, Epilepsia, Parkinson e Fibromialgia entre outras, ainda é discutida no ambiente acadêmico. Existem várias opiniões sobre o assunto e em vários países, inclusive de América Latina, já foi aprovado seu uso. (Ver anexo E).

Justifica-se o uso do *Canabidiol* pela sua importância social e legal do tema proposto, verificando assim, os benefícios da liberação da *Cannabis*, de quem vai ser responsável pelo controle e quem são as pessoas que poderão fazer uso das substâncias.

## **4 METODOLOGIA**

Este trabalho é um estudo do tipo descritivo no qual analisa-se documentos oficiais e trabalhos de pesquisa relacionados a nosso objeto de pesquisa.

Foram feitas leituras sistêmicas para detectar os limites e possibilidades da legalização do uso da *Cannabis* no Brasil.

Igualmente foi realizada uma revisão de literatura científica sobre a *Cannabis* para fins medicinais.

A coleta das informações foi realizada por meio de consultas de artigos técnicos, de revistas renomadas e de órgãos governamentais que avaliam a melhora da saúde desses pacientes.

## **5 REVISÃO TEÓRICA**

### **5.1 SAÚDE COMO DIREITO**

O século XIX assinala para o Brasil o início de um processo de transformação política e econômica que atinge igualmente o âmbito da medicina inaugurando duas de suas características que têm vigorado até o presente: a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médica, e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício

de poder do Estado. Nasce um tipo específico de medicina que pode ser chamado de medicina social (MACHADO, 1978).

Só a partir do século XX, iniciaram-se as políticas de saúde de enfrentamento do quadro sanitário existente no país. Em 1808, a vinda da Corte Portuguesa para o Brasil estabeleceu transformações na administração colonial, até mesmo na área da saúde, isto na Era Colonial e no Império.

O Rio de Janeiro, que era sede provisória do Império português e principal porto do país, tornou-se centro das ações sanitárias. No entanto, fez-se preciso a criação de centros de formação de médicos, que até então eram quase inexistentes, devido ao impedimento de ensino superior nas colônias.

Assim:

Por volta de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e, apesar de várias reformulações, não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população. No entanto, é o momento em que instâncias médicas assumem o controle das medidas de higiene pública. Seu regulamento é editado em 20 de setembro de 1851 e Sistema Único de Saúde e a transforma em Junta Central de Higiene Pública. Tem como objetivos a inspeção da vacinação, o controle do exercício da medicina e a polícia sanitária da terra, que engloba a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fabricas e, em geral, todos os lugares de onde possa provir danos à saúde pública (CONASS, 2011, p. 35).

A saúde no período da República, competia aos Estados o dever pelas ações de saúde, de saneamento e educação. Uma vez que tudo isso era previsto na Constituição de 189.

As políticas de saúde, cujo início efetivo pode ser indicado em fins da década de 1910, encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. Foi o resultado do encontro de um movimento sanitarista, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, com a crescente consciência por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente no país (LIMA et al, 2005).

Devido à ausência de um modelo sanitário para o país, deixaram-se as cidades brasileiras à mercê das epidemias. A cidade do Rio de Janeiro, no começo do século XX, mostrava um quadro sanitário caótico, assinalado pela participação de várias doenças graves, como febre amarela, malária, varíola e em seguida, a peste.

A partir disso, pela primeira vez na história do país, os governos republicanos, assimilados dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos as práticas de proteção da saúde coletiva, realizou detalhados planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou útil da população, que anteriormente, a participação do Estado na área da saúde tornou-se global: não se limitava a era de surto epidêmico, mas se expandia por todo o tempo e a todos os setores da sociedade.

Devido aos movimentos sociais terem sido lentos, surgiram muitas denúncias sobre o caos da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica e passaram então a contestar sobre soluções imediatas para os problemas gerados pelo modelo de saúde existente.

Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde — principalmente médicos, acadêmicos e cientistas — debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Um movimento pela transformação do setor de saúde fundiu-se com outros movimentos sociais, mais ou menos vigorosos, que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões imanentes à democracia (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER et al, 2005).

As novas formulações em torno da realidade médica caracterizam-se pelo estudo crítico da teoria preventivista, até então predominante na análise dos problemas da saúde.

Delimitou-se teoricamente o campo da saúde coletiva e, nessa perspectiva, o estudo do processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo ou o seu somatório, mas a coletividade (as classes sociais e suas frações) e a distribuição demográfica da saúde e da doença (ESCOREL et al, 1998).

Como resultado das diversas propostas em relação ao setor de saúde apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CONASS, 2003).

Sabe-se que a Constituição de 1988 no artigo 196 afirma que a saúde é o direito de toda população brasileira assim como é dever do Estado garantir um bom serviço através de políticas sociais e econômicas. Assim, quando o Estado passou

a reconhecer a saúde como um direito fundamental: “o Estado obrigou-se a prestações positivas, e, por conseguinte, à formulação de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.” (MOURA, 2013, p.1).

Desta forma, pode-se afirmar que:

Cabe ao Estado, por ser o responsável pela consecução da saúde, a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde. Desse modo, o amplo acesso aos medicamentos, por integrar a política sanitária, insere-se no contexto da efetivação do direito à saúde, de modo que as políticas e ações atinentes aos produtos farmacêuticos devem sempre atender ao mandamento constitucional de relevância pública. (MOURA, 2013, p. 4)

Assim, o mesmo autor ressalta que o Estado tem que prestar bons serviços para a saúde. Desta forma, ele é totalmente obrigado a disponibilizar atendimento médico, hospitalar e odontológico. Como também o fornecimento do medicamento para o tratamento da saúde.

### **5.1.1 A criação do SUS**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de saúde público que estabelece ações e serviços de saúde, que age em todo o território nacional, em cada esfera de governo, pelos órgãos responsáveis, sejam eles no âmbito da União, Estados e Municípios. O SUS não contribui somente na promoção da saúde, mas como também na área de políticas públicas de Assistência Social e Previdência.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado. A Lei n. 8.080/90 (BRASIL et al, 1990) assegura, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos:

- I. No âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II. No âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- III. No âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. (BRASIL, 1988).

A Constituição Cidadã promulgada como a oitava Constituição do Brasil em 1988, foi um marco imprescindível para dar preferência à política do Estado no que diz respeito à área da saúde pública. O SUS é de responsabilidade do poder público que tem por dever regulamentar, fiscalizar e controlar os serviços de saúde.

Dessa forma o SUS prevê a descentralização do sistema de saúde brasileiro, ficando a cargo dos municípios a gestão dos recursos e prestação de serviços à população. No entanto, através desse sistema municipalizado é possível os governos locais aplicarem os recursos de acordo com as necessidades e prioridades de cada município, que apresenta realidades muito distintas uma das outras (BRASIL, 1988).

Conforme a Constituição Federal de 1988, o SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL et al, 1990).

A Lei n. 8.080/90 trata:

- a. da organização, da direção e da gestão do SUS;
- b. da definição das competências e das atribuições das três esferas de governo;
- c. do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde;
- d. da política de recursos humanos; (BRASIL, 1990).

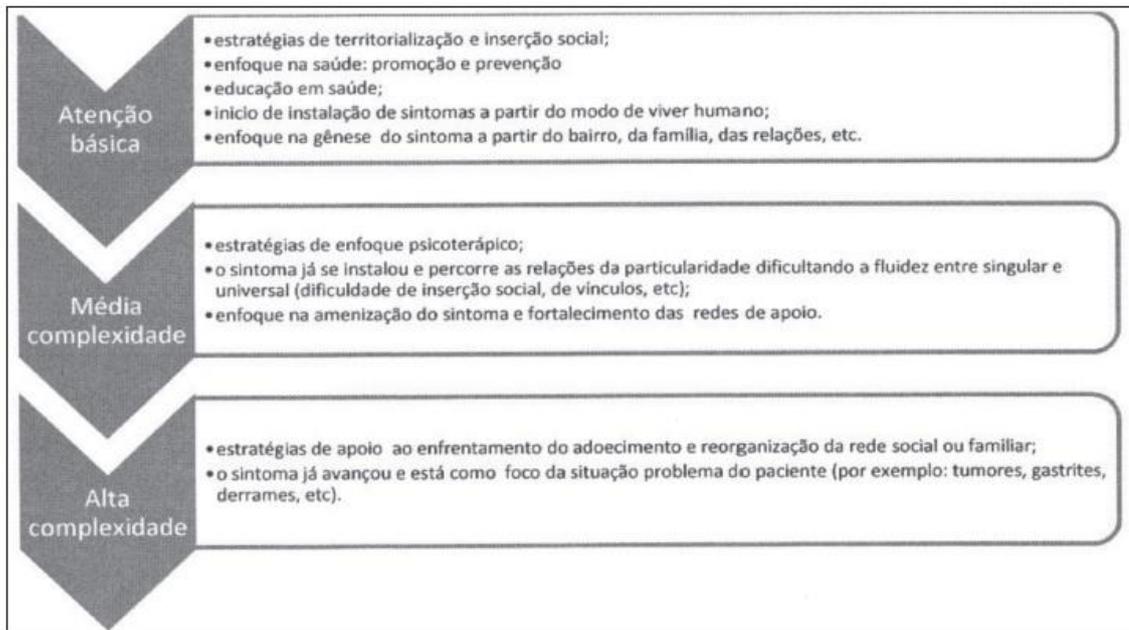
A partir do princípio da Universalidade, todos os brasileiros, sem exceção e sem restrições, tem direito aos serviços do SUS, bem como assegura o artigo 196

da Constituição Brasileira de 1988, que determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

No que tange ao SUS, sabe-se que existe o nível de atenção básica, média complexidade e de alta. Isso tudo demonstrará o fluxo de ações referentes ao nível de atenção à saúde, na figura 1 abaixo.

**Figura 1-** Fluxo de ações nos diferentes níveis de atenção á saúde

Figura 2: Fluxo de Ações nos Diferentes Níveis de Atenção à Saúde.



Fonte: Zurba (2011)

No que tange a atenção básica a saúde, ela é uma política nacional que foi regulamentada no ano de 2006. Nela foi estabelecida uma revisão das diretrizes relacionadas à Atenção Básica, assim como para o Programa Saúde da Família. Assim:

A PNAB ressalta que “a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. (CONASS, 2011, p. 56).

Conass (2011) afirma que o Ministério da Saúde fez uma relação nos quais compõem os procedimentos quer seja de média ou alta complexidade como: anestesia, fisioterapia, diagnose, patologia clínica, dentre outros.

Assim, pode-se afirmar que Alta Complexidade:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrosiologia; assistência em traumatologia ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; Trombose cística e reprodução assistida. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SUS de A a Z, 2009 apud CONASS, 2011, p. 13)

De forma geral, o Conass (2011) discorre que a média complexidade tem como base os serviços para atender aqueles problemas que podem agravar a saúde da população.

É imprescindível que esta área seja gerenciada adequadamente, entendendo que gerenciar é alcançar resultados por meio de pessoas, utilizando eficientemente os recursos disponíveis. Um bom gerenciamento é fruto de conhecimentos, habilidades e atitudes. Abrange atividades de caráter permanente, pois incorrerá em novo planejamento, nova execução, novo acompanhamento e nova avaliação (MARIN et al, 2003).

Conforme Viana, Lima e Ferreira (2010) desde que o SUS foi instituído, a estratégia privilegiada para a implantação do sistema nacional de saúde foi a descentralização, notadamente a responsabilidade dos municípios pela provisão dos

serviços e organização de sistemas municipais de saúde.

### 5.1.2 O acesso ao medicamento como direito

Marques e Dallari (2007) afirmam que a Constituição Federal de 1988 garante a toda população brasileira um estado de bem-estar social e de cidadania plena. Ou seja, garante os direitos sociais como por exemplo: o direito a saúde e a educação.

A gestão da Assistência Farmacêutica é de suma importância, pois atualmente ela simboliza uma das áreas com maior custo financeiro no âmbito do SUS, como também nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

A demanda por medicamentos é crescente e as tendências não apontam para alterações nesta área. A disponibilização destes insumos envolve um aporte elevado de recursos financeiros e a ausência de um gerenciamento efetivo pode acarretar grandes desperdícios dos mesmos, que podem ser considerados como cruciais (MSH, 1997).

Com base nos princípios instituídos pela Constituição Federal do artigo 198 e no artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde, as ações de Assistência Farmacêutica devem ser efetuadas conforme estes princípios, bem como normas ligadas a Assistência Farmacêutica, no qual destacam-se:

- Universalidade e equidade.
- Integralidade.
- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.
- Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- Multidisciplinaridade e intersetorialidade.
- Garantia da qualidade.
- Estruturação e organização dos serviços farmacêuticos, com capacidade de resolução.
- Normalização dos serviços farmacêuticos.
- Enfoque sistêmico, isto é, ações articuladas e sincronizadas (BRASIL, 1990).

Assunção (2014) afirma que surgiu a assistência farmacêutica com o intuito de melhorar as políticas referentes a saúde. Desta forma, a Carta Magna de 1988 nos artigos 23 e 196 em que discorre que a União, Estados, Distrito Federal e os Municípios partilham da responsabilidade solidária no que tange aos cuidados da saúde. No que tange, ao artigo 196, *in verbis*:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Assim, pode-se afirmar, segundo o autor citado, que a assistência farmacêutica teve início por volta de 1998 com a Política Nacional dos Medicamentos (PMN). Assim, a partir da reorientação que foi delegada pela I Conferencia Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica que aconteceu no ano de 2003 e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica de 2004. (PEPE et al, 2010). O mesmo autor discorre que começou um processo de estruturação da AF nas diferentes esferas. De forma geral:

A AF pode ser entendida como um conjunto de atividades sistêmicas articuladas como um ciclo, que se sucedem e só se completam na medida em que a atividade anterior for adequadamente realizada. Neste ciclo, incluem-se as seguintes atividades: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização (que abrange a prescrição, a dispensação e o uso). Para garantir a oferta de medicamentos de qualidade, são necessárias atividades, no âmbito de outras políticas setoriais, tais como a pesquisa e desenvolvimento (P&D), a produção e o registro sanitário de medicamentos. (PEPE et al, 2010, p. 6)

Paula et al (2009) discorre que essa política teve sua gênese desde da década de 70 onde existiram algumas ações centralizadas referentes aos medicamentos. Foi criada a Central de Medicamentos (CEME), no qual tinha o intuito de promover a distribuição e aquisição dos medicamentos. Mas, em 1983, foram realizadas algumas adaptações referentes a Assistência Farmacêutica e foi criada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (REME).

Com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, que foi na lei 8.080/90, ele passou a ser um direito de todos. Logo, cabe ao Estado garantir a população o acesso pleno e universal as ações relacionadas a saúde. E no artigo sexto dessa lei, afirma que deve existir uma assistência farmacêutica. Foi a partir de então que, a AF tornou-se algo indispensável. (PORTELA et al, 2010)

O mesmo autor relata que na década de 1990 houve a extinção do CEME e acabou criando o Programa Farmácia Básica (PFB). Onde a ideia inicial era fornecer medicamentos para a tenção básica, mas de forma trimestral de 32 produtos farmacêuticos. Entretanto, só funcionaria em municípios que tivessem mais

de 21 mil habitantes.

A partir de então o Brasil começou a passar por uma gama de transformações referente a esse tema. A mudança que mais destacou-se foi a PNM.

Assim, o PMN é uma Política Nacional de Saúde, que surgiu com a portaria MS/GM nº 3.916 de 1998. Uma vez que o intuito era garantir a segurança e a qualidade dos medicamentos. A portaria 2981/09 nos artigos 9 e 13 os medicamentos que estão inclusos no processo de assistência farmacêutica.

Com a PMN, houve uma certa reorientação na AF. Sabe-se que esta é considerada como um posicionamento formal do governo perante as questões de medicamento. Desta forma, a política pública foi formulada tendo como base a OMS. As principais diretrizes são:

- Adoção da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME): trata-se de um meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo, assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos;
- Regulamentação sanitária de medicamentos: enfatiza, especialmente pelo gestor federal, as questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância;
- Reorientação da Assistência Farmacêutica: busca o desenvolvimento de um modelo de assistência farmacêutica que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais;
- Promoção do Uso Racional de Medicamentos: destaca-se o processo educativo direcionado aos usuários sobre os riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados. Paralelamente, todas essas questões serão objeto de atividades dirigidas aos profissionais prescritores dos produtos e aos dispensadores;
- Desenvolvimento científico e tecnológico: incentivo da revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promovida a dinamização de pesquisas na área, com destaque para aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico nacional, incentivando a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo;
- Promoção da produção de medicamentos: esforços são concentrados no sentido de que seja estabelecida uma efetiva articulação das atividades de produção de medicamentos da RENAME, a cargo dos diferentes segmentos industriais (oficial, privado nacional e transnacional);
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade de medicamentos: fundamenta-se no cumprimento da regulamentação sanitária, destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização, com as quais é feita a verificação regular e sistemática. (PORTELA, et al, 2010, p. 11).

Portela et al (2014) acredita que a partir do momento em que houve a

garantia dos medicamentos que são essenciais, pode-se afirmar que houve uma maior valorização e aperfeiçoamento da AF. Pois, a principal ação da PMN foi a Lei dos Genéricos a partir de 1999. Isso fez com que a população tivesse um maior acesso aos medicamentos essenciais.

Pode-se afirmar que a PNM da AF é considerada como um:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (PORTELA et al, 2010, p. 12).

Os autores acima acreditam que a AF aconteceria de forma correta se suas ações fossem totalmente efetuadas pelo SUS. Mas, isso vem acontecendo com várias conturbações, já que é lá onde acontece os maiores problemas oriundos da disparidade econômica e social.

Desta forma, para que a AF funcione de forma correta é indispensável que seja criado um princípio norteador nesse ciclo. Entretanto, esse tipo de ação pode ser considerada básica, uma vez que fornece apenas medicação para a população.

Assim, os que estão descritos no grupo 1, que é aquele que possui uma maior complexidade relacionada a doença e que deve ser tratada de forma ambulatorial. Ou:

Intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento, medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente e medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde) ficaram sob a responsabilidade da União; os tratamentos previstos no Grupo 2 (menor complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente em relação aos elencados no Grupo 1 e refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento) sob a responsabilidade dos Estados e Distrito Federal; e o Grupo 3 (fármacos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais vigente e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas neste Componente) fica sob responsabilidade dos Municípios e Distrito Federal. (MOURA, 2013, p. 4).

Portela et al (2014) atenta que quando existe o abastecimento satisfatório dos medicamentos, demonstra que houve de certa forma uma qualidade e efetividade

nos serviços de saúde. Desta forma, isso faz com que exista uma menor desmotivação dos profissionais e da sociedade.

Por fim, vale salientar que o processo de aquisição dos medicamentos elas são totalmente regidas pela Lei da Licitação, que é a 8.666/93. Onde obriga a licitação como algo obrigatório, exceto quando existe um período de calamidade no processo de atendimento.

Desta forma, outro fator tornou-se importante que é a atenção farmacêutica, porque a sociedade não resulta só dos serviços de saúde, mas como também do uso de medicamentos como uma forma preventiva, que conseqüentemente soma-se no cuidado a saúde.

### **5. 1.3 A Assistência Farmacêutica**

A regulamentação da Constituição Federal, específica para a área da saúde, foi estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90), que em seu Artigo 6º determina, como campo de atuação do SUS, a “formulação da política de medicamentos (...)” Atribui, ainda, ao setor saúde a responsabilidade pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (BRASIL et al, 1990).

De acordo com o CONASS (2011) a Assistência Farmacêutica teve início em 1971 com a Centra dos Medicamentos – CEME. A ideia era fornecer medicamentos a população carente de forma centralizada. Mas, na década de 1990 e com o surgimento do SUS houve uma necessidade dos gestores em melhorar tal distribuição e foi assim que nasceu a Política Nacional de Medicamentos – PNM.

Sabe-se que tal política trouxe uma gama de avanços, principalmente no que tange a regulamentação sanitária e gerenciamento dos medicamentos. Assim, as principais finalidades são: i) garantia de segurança e eficácia na qualidade dos medicamentos; ii) promoção do uso racional de medicamentos; iii) a população teria acesso aos medicamentos essenciais. Mas, no que tange as diretrizes da PNM pode-se afirmar que são os seguintes:

- Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais.
- Regulamentação sanitária de medicamentos.
- Reorientação da Assistência Farmacêutica
- Promoção do uso racional de medicamentos.
- Desenvolvimento científico e tecnológico.
- Promoção da produção de medicamentos.
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos.

- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. (CONASS, 2011, p. 11).

Logo, para alcançar o que é proposto pela PNM no que tange a AF é indispensável que exista uma descentralização da gestão. Assim como, o desenvolvimento de atividades com o intuito de assegurar o uso racional dos medicamentos.

Sabe-se também que existe o DAF, que é o Departamento de Assistência Farmacêutica. E ela possui três competências que são:

- I- subsidiar a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos na formulação de políticas, diretrizes e metas para as áreas e temas estratégicos, necessários à implementação da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas atribuições;
- II – formular, implementar e coordenar a gestão das Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, incluindo sangue, hemoderivados, vacinas e imunobiológicos, na qualidade de partes integrantes da Política Nacional de Saúde, observando os princípios e as diretrizes do SUS;
- III - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional de Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, no âmbito de sua atuação;

Oliveira, Assis e Barboni (2010) acreditam que o SUS vive uma realidade totalmente distinta do que foi previsto. Pois, mesmo sendo algo legal e consolidado por leis, a AF acaba perpassando por uma gama de problemas organizacional e financeira. Desta forma, esses autores acreditam que isso acaba de certa forma comprometendo o acesso dos usuários ao medicamento.

Assim, assegurar o acesso ao medicamento é uma das questões principais do SUS e conseqüentemente por muitas vezes torna-se um eixo norteador de políticas públicas que são totalmente estabelecidas pela AF.

A assistência farmacêutica (AF) pode ser considerada como: “um conjunto de atividades que envolvem o medicamento e que podem ser realizada forma sistêmica, ou seja, articuladas e sincronizadas, tendo, como beneficiário maior o paciente “(MARTINS, 2006, p. 17).

Conforme exposto acima existe dois eixos interligados, o primeiro é relacionado a gestão técnica no que tange ao medicamento. Enquanto que o segundo eixo é relacionado a gestão clínica dos medicamentos e isso está totalmente ligado com a atenção a saúde (CONASS, 2011).

Sabe-se que o ciclo da AF elas ocorrem em uma sequência totalmente ordenada. Ou seja, caso uma sequência mude pode prejudicar todas as demais fases. De forma geral, as gerencias estaduais tem como responsabilidade ordenar as atividades relacionadas ao ciclo da AF que abrange as seguintes etapas: i) seleção;

ii) programação; iii) aquisição; iv) armazenamento; v) distribuição; vi) dispensação de medicamentos. A explicação de cada uma dessas fases estão no quadro (em anexo).

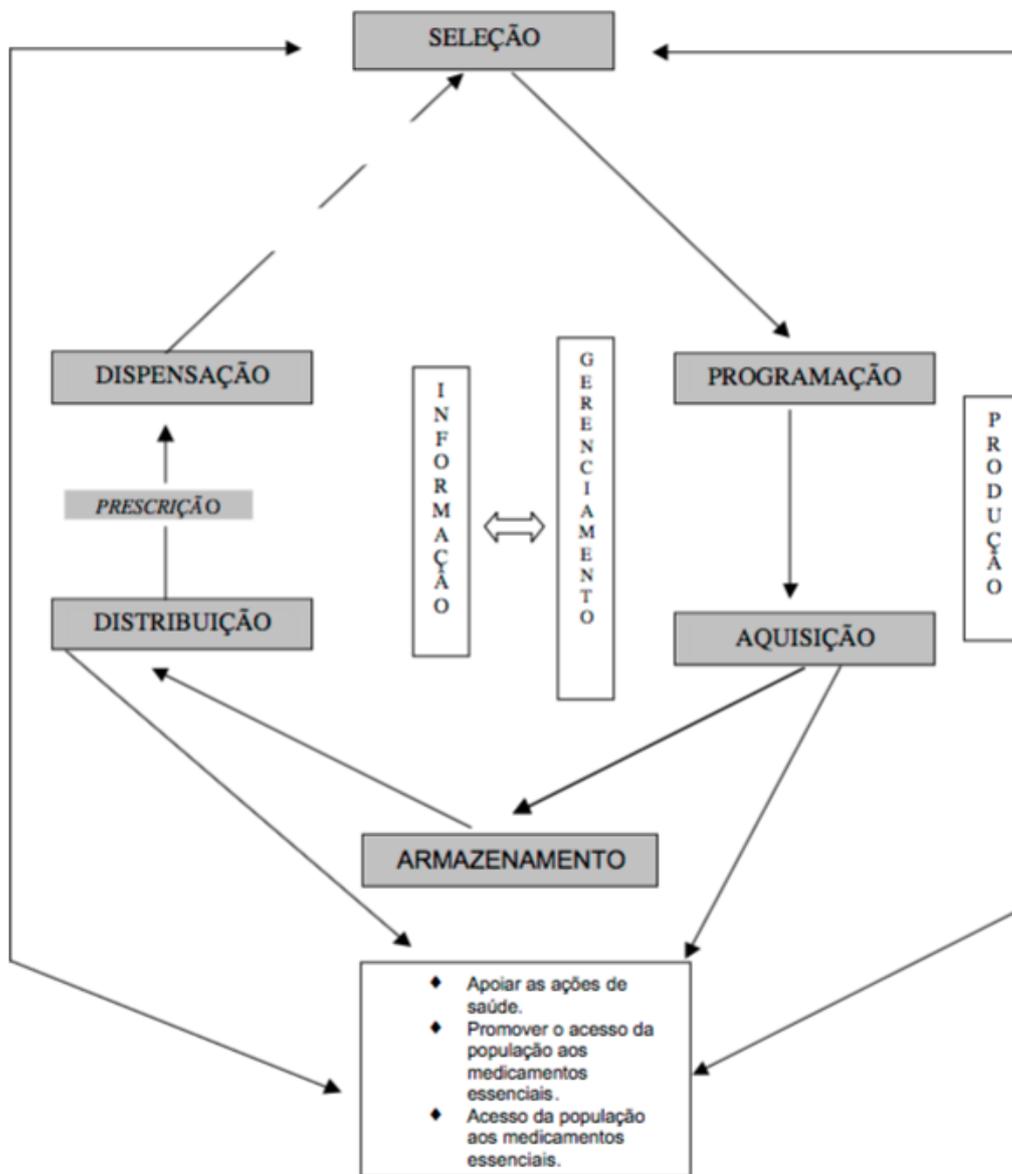
Pode-se afirmar que a atenção primária com a assistência farmacêutica a saúde possui um papel extremamente relevante no SUS. Pois, acaba melhorando o acesso a população a medicamentos que são considerados essenciais para a população (CONASS, 2011). Assim:

A *última ratio* do art. 196 da CF é garantir a efetividade ao direito fundamental à saúde, de forma a orientar os gestores públicos na implementação de medidas que facilitem o acesso a quem necessita da tutela estatal à prestação de serviços médico-hospitalares e fornecimento de medicamentos, além de políticas públicas para a prevenção de doenças, principalmente quando se verificar ser, o tutelado, pessoa hipossuficiente, que não possui meios próprios para custear o próprio tratamento. Dessa forma, os artigos 23, II, e 198, § 2º, da CF impõem aos entes federativos a solidariedade na responsabilidade da prestação dos serviços na área da saúde, além da garantia de orçamento para efetivação dos mesmos (Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 607381/SC, Primeira Turma, Supremo Tribunal Federal, Relator: Ministro Luiz Fux, Julgado em 31/05/2011, DJ 16/06/2011, p. 116).

De forma geral, a AF é considerada como um acesso para a população a medicamentos de forma sistêmica. Mas, por muitos autores é considerado como uma ação transversal extremamente importante para a saúde pública brasileira. Uma vez que, busca apoiar as ações de saúde para a sociedade.

Assim, a AF pode ser considerada como algo extremamente importante no funcionamento da saúde pública. Uma vez que, acabou tornando-se como um direito constitucional, e que deve ser cumprido de forma total.

Na figura 1 abaixo, pode compreender melhor sobre a AF:



**Fonte:** Ministério da Saúde (2006)

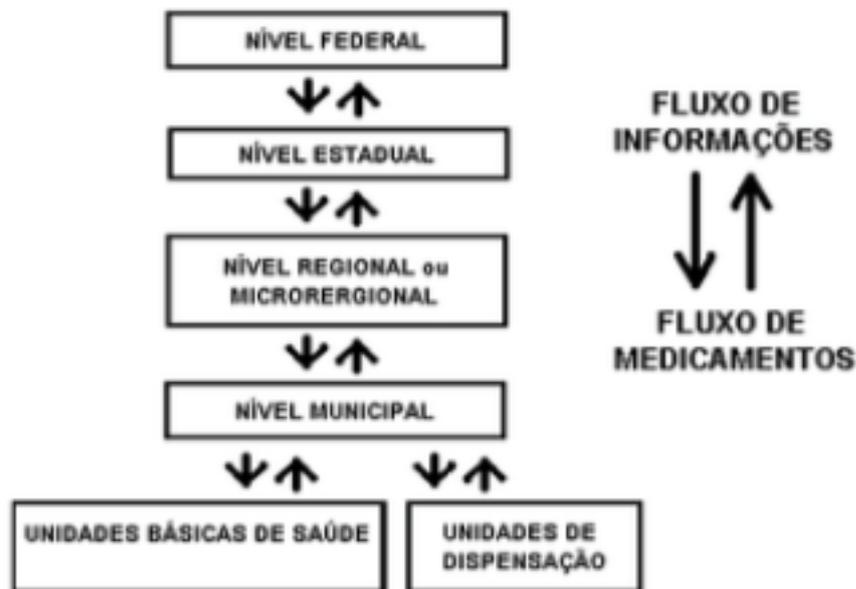
Como foi visto acima, a AF funciona através de atividades de prescrição, aquisição e distribuição dos medicamentos. Logo, torna-se algo extremamente importante e determinante na vida das pessoas, pois, estas a partir de então terão acesso aos medicamentos essenciais para manter a saúde.

No que tange a aquisição, pode-se afirmar que é uma das atividades extremamente importantes para o sucesso da AF. É aqui aonde é realizada a compra dos medicamentos e a seleção dos mesmos. A ideia é manter sempre os medicamentos em quantidade e qualidade. Vale salientar que esse processo sempre deve respeitar os dispositivos legais (MARTINS, 2006).

O armazenamento, pode ser considerado como “o conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recepção ou recebimento de medicamentos, estocagem e guarda de medicamentos, conservação de medicamentos e controle de estoque “. (MARTINS, 2006, p. 34).

Já em relação a distribuição, o mesmo autor destaca que é o processo no qual os medicamentos são distribuídos, conforme a figura abaixo:

Figura 2- fluxo da distribuição de medicamentos pelo SUS



Fonte: Martins (2006, p. 35).

Ou seja, para que exista uma boa distribuição, ela teria que ser rápida, segura e além disso uma forma de controle e informação. Ou seja, de acordo com a figura acima o fluxo de informações é inversamente proporcional ao de medicamentos.

Por fim, a dispensação:

Dispensação é o ato farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos ao paciente mediante a apresentação de uma receita médica elaborada por um profissional autorizado. Neste momento, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento, como ênfase no cumprimento da dosagem, influência dos alimentos, interação com outros medicamentos, reconhecimento de reações adversas potenciais e condições de conservação dos medicamentos. (MARTINS, 2006, p. 36).

Em suma, sabe-se que a primeira regulamentação referente a Assistência Farmacêutica a Saúde na Atenção Básica foi em 1999. Sendo realizada, um incentivo a Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), que buscava abranger todos os municípios. Logo:

O valor do IAFB, proposto pelo MS e aprovado pela CIT, foi de R\$ 2,00 por habitante/ ano, com repasse de R\$ 1,00 *per capita*/ano pelo gestor federal e contrapartida de, no mínimo R\$ 1,00 *per capita*/ano a ser pactuada entre os gestores estaduais e municipais nas instâncias intergestoras correspondentes. (CONASS, 2011, p. 41).

Conclui-se que com a descentralização da Assistência Farmacêutica na atenção básica acabou fazendo com que houvesse uma reorientação nessa área assim como ampliar a população beneficiada com tal programa. Mas, para que os estados e municípios participassem era necessário elaborar um plano estadual.

Mas, a partir de 2002 houve um processo de centralização no que tange aos medicamentos. Além disso, também foi incluído o repasse dos medicamentos para tratamento da hipertensão arterial e o diabetes mellitus. (CONASS, 2011).

Entretanto, Oliveira, Assis e Berboni (2010) afirmam que nem tudo funciona como previsto nas portarias do Ministério da Saúde. Pois, a maioria dos municípios brasileiros sofrem com problemas relacionados a disponibilidade dos medicamentos assim como a descontinuidade.

Assim, é extremamente importante que seja respeitado o que está previsto no PNM. Um exemplo disso é o uso racional de medicamentos, isso quer dizer quando os pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas. Desta forma:

Vários são os obstáculos para o uso racional de medicamentos no Brasil: número excessivo de produtos farmacêuticos no mercado; prática da automedicação; falta de informações aos usuários; problemas nas prescrições (sobre prescrição, prescrição incorreta, prescrição múltipla, subprescrição etc.); disponibilidade ainda insuficiente de diretrizes clínicas tanto no setor privado como público; divulgação de informações inapropriadas sobre os medicamentos; propaganda e *marketing* de medicamentos, entre outros (CONASS, 2011, p. 32).

Desta forma, existe um grande movimento no cenário internacional no qual os medicamentos sejam prescritos e utilizados de forma correta. A OMS afirma que 50% dos medicamentos que são prescritos são utilizados de forma incorreta.

Tudo isso pode trazer sérias consequências para a saúde. Logo, existem várias estratégias que podem ser utilizadas para o uso racional dos medicamentos. Assim, pode-se perceber que foi necessário uma articulação formal no Brasil sobre essa temática.

#### **5.1.4 Logística e financiamento da AF**

No que tange ao financiamento da Assistência Farmacêutica pode-se afirmar que esta é prevista na lei. Abaixo pode-se observar o quadro de financiamento da Assistência Farmacêutica para a atenção básica:

**Quadro 1**– Financiamento do Paraná referente a assistência farmacêutica na atenção básica

ESFERA DE GESTÃO	CONTRAPARTIDA
FEDERAL	R\$ 5,10
ESTADUAL	R\$ 1,86
MUNICIPAL	R\$ 1,86

**Fonte:** Ministério da Saúde (2011, p. 13).

Em relação as atribuições do gestor municipal, também é previsto na portaria GM/MS nº 3916/1998. Onde afirmar que as seguintes ações devem ser realizadas pelos gestores municipais:

- Coordenar e executar a Assistência Farmacêutica no seu município;
- Implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;
- Assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;
- Assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação a do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;
- Associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da AF. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 14).

No que tange ao papel dos governantes perante á AF, pode-se afirmar que existe uma enorme falta de comprometimento destes perante essa situação. Já que na maioria das vezes existe uma escassez de recurso financeiro, falta de planejamento para aquisição de medicamentos e até mesmo armazenamento de forma imprópria. (OLIVEIRA; ASSIS; BERTONI, 2010).

Em relação a logística Consedey et al (2000) afirma que é indispensável ressaltar que a distribuição dos medicamentos acontecem de forma totalmente centralizada. Pois, o CEMEPAR emite as guias de remessa e separação por destinatário. A partir desse momento os medicamentos são encaminhados para as Regionais de Saúde.

Assim:

Acompanhados das guias de remessa com as cotas destinadas a cada Município que integra a Regional. As Regionais encarregam-se da separação e repasse dos medicamentos as Secretarias Municipais de Saúde que, por sua vez incumbem-se da distribuição as unidades de saúde, mediante critérios estabelecidos pelas instâncias gestoras locais. O controle da distribuição dos medicamentos é realizado nos três níveis (central, regional e local) segundo guias de remessa e inventários trimestrais de estoque e dispensação de medicamentos e tem por objetivo evitar perdas, faltas ou excessos de medicamentos. (CONSEDEY et al, 2000, p.175).

Pode-se concluir que a maioria dos Estados não estão preparados para trabalhar da forma prevista na portaria do Ministério da Saúde. Pois, falta investimento na estrutura física, assim como na organização dos processos e a falta de profissionais capacitados. (OLIVEIRA; ASSIS; BERTONI, 2010).

## 5.2 USO DA CANNABIS

A Cannabis é uma planta nativa da Ásia e é da família da urtiga e lúpulo, onde as evidências antigas são fragmentos de tecido rústico datado por volta de 6 mil anos que foi encontrado na Ásia oriental, além das referências que são feitas pelos manuscritos chineses.

De forma geral:

CANNABIS SATIVA é a denominação científica atualmente aceita para designar uma única espécie de planta, a qual existe na forma de três espécies. Espécimes silvestres de Cannabis indica crescem no alto das montanhas do Nepal, formando arbustos com aproximadamente um a três metros de altura, com inflorescências brancas de perfume característico. Nas inóspitas estepes da Mongólia e sul da Sibéria, cresce uma planta menor e mais robusta, a Cannabis ruderalis, que chega a um metro e meio. E nas savanas ensolaradas da África viceja a imponente Cannabis Sativa, que pode chegar a cinco metros de altura.” (RIBEIRO, 2011, p. 12)

O mesmo autor acredita que as evidências do uso da Cannabis pelo homem foram encontradas na China e datam da Idade da Pedra. Nesse período era utilizado a tecelagem rudimentar, confecção de cordas, redes de pesca, dentre outras utilizações.

Assim:

Segundo o botânico e geógrafo russo Nicolay Vavilov (1887-1943), o homem primitivo experimentava todas as partes das plantas que pudesse mastigar, de forma que os brotos e inflorescências de variedades de Cannabis ricas em resinas aromáticas e pequenos frutos oleosos deveriam lhe parecer especialmente atraentes. Evidentemente, para aqueles que

vieram a comer a planta, foi inevitável ingerir também os princípios psicotrópicos abundantes na sua resina, transformando a desprezível refeição numa experiência certamente inesquecível com enormes conseqüências para a humanidade. Naquele contexto, os efeitos mentais da maconha teriam representado para esses coletores incautos nada menos do que um mergulho profundo em uma realidade completamente fora deste mundo, produzindo intensas sensações místicas. Assim, em algum momento longínquo do passado, mais do que uma fonte de fibras, alimentos e óleo, variedades da *Cannabis* ricas em resina (maconha) provavelmente passaram a ser usadas para atingir a comunhão com o mundo sobrenatural (RIBEIRO, 2011, p. 15)

Outra referência antiga é a que é feita por Heródoto onde descreve a utilização da *Cannabis* entre os citas que viviam na região da Sibéria, tais afirmações foram observadas e reafirmadas por Green (2003).

Existem vários vestígios relacionados a utilização da *Cannabis* para fim medicinal, como o Pen-ts ao ching, que é a mais antiga farmacopeia do mundo. Assim como outros relatos e descobertas que remontam para as sociedades antigas.

Logo:

É possível supor uma dispersão a partir das culturas indianas e árabes nas quais até hoje o seu uso entre segmentos da população faz parte da cultura tradicional assim como entre algumas tribos dos negros africanos (Bantus, Hotentotes, Bosquímanos) a partir do contato com os Árabes. A *Cannabis* sativa é utilizada também em diversas preparações conhecidas como ganja, charas, bhang na Índia onde está incluída entre as plantas medicinais, inclusive as utilizadas no tantra yoga. Faz parte do uso religioso entre os sadhus (homens santos) seguidores de Shiva, o deus que segundo os Vedas trouxe a planta do Himalaia e outras divindades (Kali, Kama, Vishnu...). Como referência a essa possível origem hindu inclusive por muito tempo se utilizou o nome *Cannabis* indica para identificar a maconha. Entre os Árabes as referências mais antigas são restos de tecido de cânhamo encontrado próximo a Ankara (Turquia) datados do século VIII ac.e a célebre referência aos temidos guerreiros da época das cruzadas seguidores de Hassani de onde se atribui a origem das palavras assassino e haxixe, o extrato resinoso das plantas femininas. (COSTA, 2008, p.4).

De forma geral, a história do Brasil está diretamente ligada com a da planta *Cannabis*. Pois, desde a chegada das primeiras embarcações portuguesas no ano de 1500 percebe-se tal relacionamento (CARLINI, 2006).

O mesmo autor acredita que a planta foi introduzida no país, em 1549 com os negros e escravos. A *Cannabis* até então era conhecida como Cânhamo, e não como maconha, como popularmente é chamada. Então, por muitas vezes o cânhamo entrou no Brasil através das bonecas de pano, em forma de enfeite de suas roupas.

Assim:

No Brasil inúmeros autores associam a chegada da Maconha ao Brasil ao tráfico escravo, tendo como evidência nomes das línguas bantus, (Diamba, Liamba) ainda hoje utilizados em Angola (MS/SNES, 1958). Nos candomblés, o Igbó, (seu nome em yorubá) é uma planta associada a divindade Exu, como também entre os Lucumis (Cuba) e Jêje - Nagôs (Bahia), e tem indicações de uso religioso e medicinal como tranquilizante e analgésico para dores de cabeça e dores de dente (Verger, 2004; Barros; Napoleão, 1999). Ainda no século XX se encontrava em nosso país resquícios de seu uso ritual em grupos isolados no Maranhão denominados “clubes de diambistas” onde a diamba, ou liamba era consumida coletivamente entre cânticos (Iglesias, 1958). Segundo Vidal (2011) e Carlini (2006) os senhores de engenho, proprietários dos escravos entre os séculos XVI e XVIII toleravam francamente a utilização do fumo de Cannabis e tabaco além do que muitos dos colonizadores lusitanos também a conheciam e utilizavam face a sua origem e relacionamentos com diferentes culturas que utilizavam a planta, inclusive com fins medicinais, além dos lúdicos. Ainda no Brasil observa-se que mais de uma tribo indígena assimilaram o seu uso em regiões do Norte e Nordeste do país, a exemplo dos Fulniô de Águas Belas Pernambuco, cujo nome na língua yathê é sewlinho-seda (a folha amarga do avô grande) o tabaco (Nicotina tabacum) nessa mesma língua é sedayá. Segundo Pinto (1956), o uso da Cannabis no ritual do Ouricuri apesar de já referido na literatura, foi negado à época de suas visitas (1956) por seus informantes, reconhecendo-se apenas o uso da Jurema, cujo vinho também é utilizado nas festas de casamento (COSTA, 2008, p.4).

Os indígenas utilizavam a *Cannabis* ou diamba, além de cultivar em suas próprias roças, mas apenas o fumo era consumido em longos cigarros. É indispensável salientar que era imprescindível nas atividades xamanísticas.

Observa-se que no século XX os derivados da *Cannabis* eram popularmente aceitos e consumidos naturalmente, como pode ser visto abaixo:

Longe de ser considerada uma “droga” perigosa e potencialmente destruidora, o haxixe era comercializado como um “confeito” e consumido num espírito de diversão e relaxamento. A Gunjah Wallah Company de Nova York começou a vender “confeito de haxixe” na década de 1860, anunciando: “o Gunge Árabe do encantamento em forma de confeito – Um estimulante extremamente prazeroso e inofensivo.” A companhia chegava a afirmar que o doce iria curar “Nervosismo, Fraqueza, Melancolia” e insuflaria “em todas as classes uma nova vida de energia.” O produto, largamente apreciado, foi vendido durante 40 anos, uma prova tangível da aceitação social da cannabis. Entre as primeiras aparições da cannabis podemos citar a na Exposição Centenária de Filadélfia em 1876. Nesse evento teve papel de destaque uma elegante Exposição Turca do Haxixe que atraiu multidões que pareciam preferir fumar a comer haxixe: os efeitos se faziam sentir imediatamente e os fumantes podiam controlar sua inalação baforada por baforada, parando quando satisfeitos.” (ROBINSON, 1999, p.88)

Em suma, mesmo não sendo nativa do Brasil, ela foi trazida pelos africanos. Mas, por um longo tempo a coroa portuguesa influenciou e incentivou na produção da *Cannabis* no Brasil.

Entretanto, com o passar dos anos a utilização de forma não médica acabou sendo disseminada entre negros e escravos, e atingiu os índios brasileiros, como já foi relatado acima.

Mas, só na segunda metade do século XIX esse quadro começou a se modificar, já que no Brasil começou a chegar notícias dos efeitos hedonísticos relacionados a maconha.

### **5.2.1 Opiniões de especialistas sobre o uso da *Cannabis* como medicamento na atualidade**

Nos últimos anos, o uso medicinal da *Cannabis* é constantemente debatido entre os estudiosos da área da saúde. Apesar de existirem posicionamentos contrários, a maioria dos especialistas acredita que o uso da *Cannabis* pode ser de grande ajuda na área médica.

O pesquisador e neurobiólogo Renato Malcher Lopes<sup>1</sup>, da Universidade de Brasília (UNB), apresentou uma série de estudos que, conforme sua avaliação, comprovam os efeitos medicinais de elementos presentes na planta e os benefícios no tratamento de sintomas de diversas doenças e síndromes, como câncer, esclerose tuberosa, Síndrome de Rett e autismo.

De acordo com Renato Malcher:

O tetraidrocannabinol (THC, principal psicoativo da maconha), é anti-inflamatório, analgésico, estimulador, sedativo, além de ajudar na redução da pressão intraocular (...) A maconha também é rica em canabidiol (ou CBD), substância que ajuda a combater convulsões e epilepsia (...) Os problemas que o abuso da *Cannabis* podem causar são problemas administráveis e muito menos graves do que o abuso de algumas drogas inclusive que vendem na farmácia (LOPES e RIBEIRO, p. 124, 132).

---

<sup>1</sup>Renato Malcher é Mestre em Biologia Molecular pela Universidade de Brasília e doutor (Ph.D) em Neurociências pela Universidade Tulane (New Orleans, EUA). Fez Pós-Doutorado em Neurofisiologia Celular na Escola Politécnica de Lausanne- Suíça e em Bioquímica Analítica, na EMBRAPA. É professor adjunto do Departamento de Fisiologia da Universidade de Brasília e primeiro autor do livro "Maconha, Cérebro e Saúde" escrito em colaboração com Sidarta Ribeiro.

O neurobiólogo, no entanto, reconhece que o uso abusivo da maconha traz problemas como a redução passageira da memória de curto prazo, durante o efeito da droga, que pode durar até seis horas. Ainda segundo ele, o uso da substância é contraindicado para psicóticos, jovens em crescimento e gestantes. De acordo com Lopes, os índices de dependência em maconha são inferiores aos de outras drogas.

Contudo, para o neurocientista, o Estado não deveria proibir a venda e o consumo de uma planta que traz alívio para o sofrimento das pessoas. Segundo ele, existe um moralismo equivocado que acaba punindo famílias que poderiam ser beneficiadas pelo uso da substância.

Por outro lado, um novo artigo publicado na revista “*Arthritis Care & Research*” - que pertence à *American College of Rheumatology (ACR)* alega que o uso da Cannabis no tratamento de reumatismo não é indicado. O documento explora os riscos associados ao uso da erva Cannabis para fins medicinais e aconselha profissionais de saúde a desencorajar pacientes que sofrem de reumatismo a usarem a droga como terapia.

Todavia, Ann Fitzcharles<sup>2</sup>, líder da pesquisa, diz que “em razão do clamor público pela terapia com a erva, governos de todo o mundo estão considerando a sua legalização para uso medicinal. Porém, os médicos precisam entender as implicações do uso deste tipo de medicamento”.

O conhecido médico brasileiro Dráuzio Varella<sup>3</sup> defende o uso da erva para fins medicinais, afirma ele em sua página oficial na internet:

Com tal espectro de ações em patologias tão diversas, só gente muito despreparada pode ignorar o interesse medicinal da maconha. Qual a justificativa para impedir que comprimidos de THC e de seus derivados cheguem aos que poderiam se beneficiar deles? Está certo jogar pessoas doentes nas mãos dos traficantes? (...) É insensato insistirmos *ad eternum* num erro que traz consequências tão devastadoras, só por medo de cometer outros.

---

<sup>2</sup>Reumatologista da “*Mc Gill University Health Centre (MUHC)*” e pesquisadora do “*Institute of the MUHC*”, em Quebec, no Canadá.

<sup>3</sup> Médico cancerologista, formado pela USP. No início dos anos 1970, trabalhou com o professor Vicente Amato Neto, na área de moléstias infecciosas do Hospital do Servidor Público de São Paulo e dirigiu o serviço de Imunologia do Hospital do Câncer (SP) e, de 1990 a 1992, o serviço de Câncer no Hospital do Ipiranga, na época pertencente ao INAMPS.

Nota-se que o Dr. Dráuzio traz para o debate, assim como o Dr. Renato, supramencionado, a questão de estar privando doentes da cura, por um puro preconceito social que pode ser combatido com a formação de uma sociedade bem informada.

### 5.2.2 Tratamento com a *Cannabis*

A utilização do Tetraidrocanabinol (THC) para o tratamento de pessoas com **Alzheimer** é algo extremamente importante. Pois, foi realizado um estudo onde:

Foi testado para a remoção de placas de proteína beta-amiloide acumuladas no cérebro. Essa proteína é associada à morte de neurônios e, conseqüentemente, à degeneração de regiões cerebrais ligadas à memória, como o hipocampo. Esse processo tem como causa doenças ligadas à demência, como o Alzheimer (DERMATINI, 2016, p. 1).

Assim, ao adicionar o THC nos neurônios que foram degenerados pelas placas, os pesquisadores notaram que além de quebrar na construção das proteínas ela reduz a inflamação nas células. De forma geral, o THC pode ser considerada como uma arma contra a demência.

A esperança gerou novos estudos e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) decidiu divulgar novas regras para o tratamento com *Cannabis* em pacientes que sofrem de **Epilepsia** por exemplo.

Mas, a Anvisa autorizou apenas 894 pedidos para importar o *Canabidiol* para aqueles pacientes que de fato sofrem de Epilepsia.

Assim, a Anvisa liberou por que:

Há alguns relatos de estudos com poucos pacientes com resultados satisfatórios, porém são necessários estudos com maior número de pacientes para uma adequada avaliação da eficácia terapêutica desta substância em curto e longo prazos, assim como perfil de possíveis eventos adversos. Na atualidade um estudo (ensaio clínico) está sendo realizado em crianças com epilepsia refratária ao tratamento medicamentoso nos EUA, mas os resultados ainda não foram liberados (LEAFSCIENCE, 2011, p.4).

Em suma, a *Cannabis* pode ser utilizada para o tratamento da epilepsia. Tal resultado foi através de uma pesquisa com 18 famílias que utilizam o Canabidiol.

Dentre os entrevistados 83% relataram uma redução na frequência das crises dos seus filhos.

Outro aspecto importante é que estudos demonstram que o *Canabidiol* (CBD) tem sido utilizado para melhorar a qualidade de vida e bem estar de pacientes com a Doença de **Parkinson**.

Na Coreia foi realizado um experimento onde foi avaliado os efeitos da administração dos Canabidinoídes por indução.

Assim, eles concluíram que a ativação do sistema endocanabinóide pode ser benéfica no que tange ao tratamento de doenças neurodegenerativas, e que estão associados com o sistema nervosos central.

Devido as suas propriedades analgésicas a *Cannabis* vem se destacado no tratamento da **Fibromialgia**. A partir daí, uma pesquisa foi realizada sobre a Fibromialgia, com mais de 1300 pacientes. Ao comparar a utilização da *Cannabis* medicinal com os demais pacientes que não faziam uso da medicação, obtive-se vários resultados positivos.

Uma vez que, 62% das pessoas que participaram da pesquisa concluíram que o Cannabidiol foi extremamente eficaz no tratamento da doença.

Assim:

Desde que a Cannabis tem propriedades analgésicas, tanto contra a dor muscular e dor do nervo, tentando com isso na fibromialgia faz muito sentido. A Cannabis também pode aliviar problemas de sono e levantar o humor, às vezes até mesmo ajudar a fadiga e problemas cognitivos.

Níveis anormalmente baixos de endocanabinóides (Canabinóides produzidos pelo próprio corpo) foram encontrados na fibromialgia, assim como algumas outras condições, tais como a enxaqueca, depressão e IBS. Essas doenças podem ter sido proposto para ser causada por uma deficiência de endocanabinóide.

Em um estudo, a Cannabis mostrou-se superior ao popular antidepressivo amitriptilina tricíclicos (Elavil) em melhorar o sono de pacientes com fibromialgia. Peculiarmente neste estudo nem a droga ajudou na dor. Em outro estudo duplo-cego, no entanto, o nabilona (antiemético) reduziu significativamente a dor e ansiedade e uma melhor funcionalidade em pacientes com fibromialgia, com poucos efeitos colaterais.

Em um estudo relativamente grande de tetra-hidrocanabinol (THC) isoladamente foi encontrado para ser um tratamento eficaz para a fibromialgia, a redução da dor e sintomas psiquiátricos. Até 92% dos pacientes observaram melhora e os efeitos colaterais eram em sua maioria menores. Não houve grupo placebo (mas mais uma vez, com canabinóides pessoas geralmente sabem se estão recebendo o medicamento ou o placebo) (CANNABIS MEDICINAL, 2011, p.4).

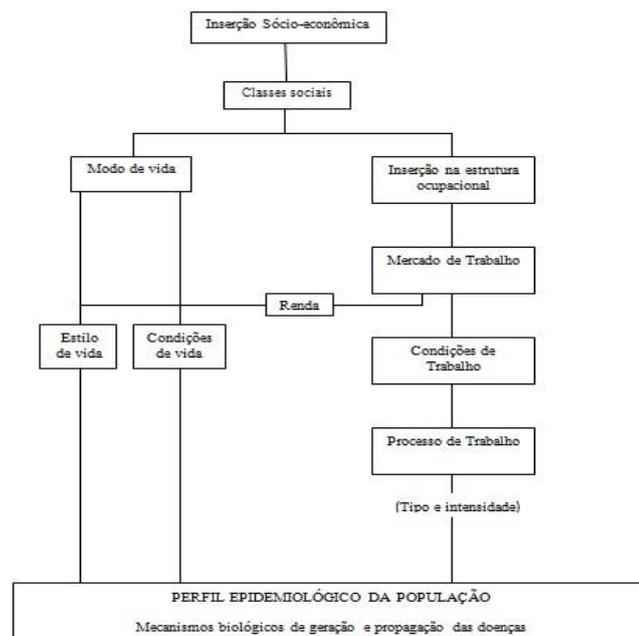
### 5.2.3 Epidemiologia das doenças neuropsicológicas

Em geral, quando se fala de um problema coletivo de saúde, este deve ser entendido como um processo complexo que afeta a uma população determinada, antes que se torne um estado relativamente permanente em um período determinado (Possa, 1998). A epidemiologia atual estuda este tipo de problemas. Ela define seu âmbito de estudo como sendo o processo Saúde-doença, determinado pelas condições de existência de uma população num momento histórico e lugar previamente definidos.

Assim, existe uma rede causal que determina as formas específicas de morbidade/salubridade que configuram o perfil epidemiológico de um grupo social. Desta maneira, o indivíduo deixa de ser objeto isolado de risco, passando a saúde ou doença, a ser explicada pelas formas concretas de sua inserção na sociedade.

Neste sentido, o gráfico abaixo, exhibe essa estrutura de causalidade segundo os níveis de determinação que se deve ter em conta para estudar o perfil epidemiológico de uma população dada. (Ver figura 3):

Figura 3 - Níveis de determinação do perfil epidemiológico da população



Fonte: Epidemiologia e Sociedade (POSSAS, 1998).

### 5.2.3.1 Parkinson

No que tange a doença de Parkinson ela foi conhecida apenas em 1817, e foi descoberta por James Parkinson em um artigo seu. Neste artigo, foi realizada uma separação entre o tremor de repouso com outros tipos de tremores. Até a metade do século XIX não existia nenhum conhecimento relacionado aos movimentos anormais.

Desta forma:

Uma das patologias neurodegenerativas mais encontradas na prática clínica, a doença de Parkinson caracteriza-se pela presença de tremor de repouso, Bradicinesia, rigidez muscular e instabilidade postural. Sua prevalência varia de 150 a 200 casos por 100.000 habitantes, aumentando com a idade para até 1% da população acima dos 65 anos. **Sua incidência é de 20 casos em 100.000 habitantes por ano, tendo discreta predominância no sexo masculino e afetando igualmente todas as raças** (COSTA et al, 2011, p. 1) [grifo nosso] .

A presença desses sinais que foram descritos permitem o diagnóstico do parkinsonismo, quer seja ele primário ou idiopático, que é a causa mais frequente.

Desta forma:

O número de idosos com mais de 60 anos vem aumentando, bem como a expectativa de vida dos brasileiros. Assim, é possível teorizar que a DP pode provocar um impacto nas estruturas econômicas, sociais e de saúde, o que necessitará de um maior conhecimento acerca da DP e um melhoramento do planejamento de saúde pública. Os dados referentes à epidemiologia da DP são importantes, uma vez que podem fornecer dados quanto à sua ocorrência, etiologia e informações sobre planejamentos na Saúde Pública. **Ademais, estima-se que em 2020 aproximadamente 40 milhões de pessoas no mundo terão desordens motoras secundárias à DP** (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007, p. 116). [grifo nosso].

É indispensável salientar que é um dos distúrbios que mais acontecem na população idosa, chegando a afetar 2/3 dos pacientes idosos de todo o mundo.

O tremor pode ser considerado como uma oscilação rítmica de uma parte do corpo que decorre de músculos antagonistas que pode ser de forma crônica ou alternada. Desta forma:

A distonia é um distúrbio neurológico caracterizado por contrações musculares tônicas, involuntárias, lentamente sustentadas e simultâneas de grupos musculares agonistas e antagonistas, forçando certas partes do corpo a movimentos ou posturas anormais, muitas vezes dolorosas. Podem afetar qualquer parte do corpo, incluindo braços, pernas, pescoço, face ou cordas vocais.

A distonia pode se expressar de forma permanente, com exacerbações, ou de forma paroxística. **Representa o terceiro transtorno do movimento mais comum depois da doença de Parkinson e do tremor, afetando mais de 300.000 pessoas na América do Norte** (COSTA et al, 2011, p. 2) [grifo nosso]

Em suma, estima-se que esse distúrbio acometa principalmente homens com faixa etária entre 55 e 65 anos. Além disso a DP pode manifestar em idosos jovens, que é conhecido com parkinsonismo precoce.

### 5.2.3.2 Alzheimer

No caso do Alzheimer, as síndromes depressivas e demenciais no Brasil podem ser consideradas como problemas que prevalecem com aquela população que tem mais de 65 anos. A doença de Alzheimer (DA), apresenta uma maior incidência na população idosa brasileira (CHAVES, 2000).

Desta forma:

Diversas condições podem causar síndrome demencial, (aqui tratada simplesmente por demência) sendo a doença de Alzheimer (DA) e a isquemia cerebrovascular (demência vascular) as duas causas mais importantes. Apesar de algumas demências serem reversíveis, como as ocasionadas por hipotireoidismo ou deficiência de vitamina B, não mais de 1,5% dos casos leves a moderados podem ser revertidos. **Nos países desenvolvidos, a prevalência da doença é aproximadamente 1,5% em torno dos 65 anos até alcançar 30%, em média, ao redor dos 80 anos. Nos Estados Unidos, 3% a 11% das pessoas com 65 anos ou mais e 25% a 47% daquelas com mais de 85 anos têm demência. Ainda neste país, em 1997, a prevalência da doença de Alzheimer atingiu 2,3 milhões de pessoas, passando para 4,5 milhões em 2000, com um gasto anual aproximando-se de 100 bilhões de dólares, ocasionando alto impacto social** (APRAHAMIAN; MARTINELLI; YASSUDA, 2009, p. 28) [grifo nosso].

Dentro a perspectiva da incidência dessa doença para 1000 pessoas apenas 7,7 pode ter a DA. Mas, ao comparar com a incidência em outros países percebe-se que o Brasil tem uma baixa incidência.

Assim:

Quanto mais cedo for feito o diagnóstico da DA e o tratamento for iniciado, melhores serão os resultados obtidos. Isso porque, ainda segundo a autora, será possível manter o nível cognitivo e funcional elevado do paciente, culminando numa melhora da qualidade de vida e do bem estar, uma vez que o idoso se manterá por mais tempo independente sem sobrecarga aos familiares (GONÇALVES; CARMO, 2012, p. 15).

De acordo com Decesaro, Mello e Marlon (2009) a DA é uma síndrome demencial caracterizada por um declínio crônico – degenerativo progressivo nas áreas da função, comportamento e cognição.

Conseqüentemente:

A prevalência da demência aumenta progressivamente com o envelhecimento, sendo a idade o maior fator de risco para a doença. A partir dos 65 anos, sua prevalência dobra a cada cinco anos. Entre 60 e 64 anos apresenta prevalência de 0,7%, passando por 5,6% entre 70 e 79 anos, e chegando a 38,6% nos nonagenários. A incidência parece não diminuir mesmo na faixa etária dos muito idosos, acima dos 95 anos. O envelhecimento cerebral está associado a uma diminuição de grupamentos neuronais de áreas do córtex e subcórtex, contribuindo para os sintomas da demência. Alterações genéticas também podem ser responsáveis por aumentar o risco da demência de Alzheimer, mesmo que em menor incidência. As mutações do gene da proteína precursora do amilóide (cromossomo 21), dos genes das pré-senilinas 1 e 2 (cromossomos 14 e 1, respectivamente), assim como o polimorfismo da apolipoproteína E (cromossomo 19) são exemplos de alterações genéticas que podem aumentar o risco para DA (APRAHAMIAN; MARTINELLI; YASSUDA, 2009, p. 28).

Essa doença apresenta um curso relativamente lento e progressivo. Assim, múltiplos protótipos deficitários são observados, logo, o mais comum é aquele com o início insidioso, com déficits precoces na memória.

Em suma:

A DA não é um processo natural do envelhecimento, mas um transtorno mental caracterizado por uma atrofia cerebral, que apresenta configuração cerebral com sulcos corticais mais largos e ventrículos cerebrais maiores do que o esperado pelo processo normal de envelhecimento, demonstrado a partir de Tomografia Computadorizada (TC) ou Ressonância Magnética (RM) (APA, 2002). O exame macroscópico do cérebro na DA revela atrofia mais proeminente nas regiões frontais, temporais e parietais; afetando, sobretudo as áreas corticais associativas (Caramelli, 2000). É possível também visualizar alterações histopatológicas com o exame microscópico, que podem incluir perda neuronal e degeneração sináptica intensa, principalmente nas camadas piramidais do córtex cerebral, estruturas límbicas e os córtices associativos; com relativa preservação das áreas corticais primárias (motora, somatosensitiva e visual) (Caramelli, 2000). O exame microscópico aponta para a presença de lesões principais como placas senis e emaranhados neurofibrilares, degeneração granulo vascular, glicose astrocítica e angiopatia amilóide. A presença de corpúsculos de Lewy nos neurônios corticais ocorre ocasionalmente na doença (GONÇALVES; CARMO, 2012, p. 15).

De forma geral a DA ainda é responsável por 50% a 60% dos casos de demência em pessoas idosas. Assim, é a causa mais frequente da demência senil no Brasil. A DA é o tipo de doença que mais acomete os idosos no mundo, com aproximadamente 60% dos casos.

### 5.2.3.3 Fibromialgia

O surgimento desta doença é algo relativamente recente, ela foi reconhecida pela American Medical Association em 1987.

A fibromialgia é considerada uma síndrome clínica que se manifesta como uma dor no corpo todo. Por muitas vezes, é difícil definir se a dor é nos músculos ou articulações.

Normalmente junto com a dor, surgem sintomas de fadiga, sono não reparador, além de outras alterações como problemas de memória, concentração, ansiedade, formigamento, depressão, dor de cabeça, tontura e alterações intestinais.

No que tange a causa da fibromialgia, pode-se afirmar que:

Não existe ainda uma causa definida, mas a algumas pistas de porque as pessoas tem Fibromialgia. Os estudos mostram que os pacientes apresentam uma sensibilidade maior à dor do que pessoas sem Fibromialgia. Na verdade, seria como se o cérebro das pessoas com Fibromialgia interpretasse de forma exagerada os estímulos, ativando todo o sistema nervoso para fazer a pessoa sentir mais dor. A Fibromialgia também pode aparecer depois de eventos graves na vida de uma pessoa, como um trauma físico, psicológico ou mesmo uma infecção grave (MARIANO, 2011, p.4).

De forma geral, essa síndrome é reumática não articular, e que é de origem desconhecida. Conseqüentemente, é caracterizada por uma dor musculoesquelética difusa e crônica, e presença de várias regiões dolorosas como foi dito anteriormente.

Assim:

Na meta-análise de estudos epidemiológicos que incluíam populações de quatro continentes (América, Ásia, África e Europa) mostrou uma prevalência média de fibromialgia de 2,7%. Esta prevalência média difere com o gênero, sendo de 4,2% em mulheres e de 1,4% em homens, sendo que o rácio mulher-para-homem é de 3:1. [11] Apesar desta mesma prevalência média global variar entre 2 e 8% segundo os critérios diagnósticos utilizados. [1] Quanto à incidência de fibromialgia, um estudo que analisou a incidência de fibromialgia em homens e mulheres identificou uma incidência de 6,88 casos por 1 000 pessoas por ano em homens e 11,28 casos por 1 000 pessoas por ano em mulheres. Sendo que, segundo o estudo, a probabilidade de uma mulher vir a ter a doença é 1,67 vezes maior que no homem (FERREIRA, 2015, p. 6).

Em suma, a FM afeta principalmente mais mulheres do que homens, desta forma causa um impacto extremamente negativo na qualidade de vida, assim como nas atividades da vida diária e dos seus portadores (CAVALCANTE et al, 2006).

### 5.2.3.4 Epilepsia

A epilepsia é um transtorno neurológico sério, que chega a atingir mais de 50 milhões de pessoas no mundo. As pessoas de todas idades, raças, sexo, condições econômicas são acometidas. Elas podem ter consequências profundas, incluindo até mesmo morte súbita, ferimentos, problemas psicológicos e transtornos mentais (GALLUCI NETTO; MARCHETTI, 2005).

Assim, a presença da epilepsia é definida como a recorrência de crises epiléticas<sup>4</sup> de forma espontânea, e normalmente não é provocada por febre. A classificação dessas crises, baseiam-se na sua descrição clínica e no eletroencefalograma.

De forma geral, as taxas de incidência anual de epilepsia geralmente oscilam entre 40 e 70/ 1000.000 e chega a elevar para 122 a 190/ 100.000 mas nos países em desenvolvimento. Salienta-se que tais dados são referentes aos estudos internacionais.

No que tange ao Brasil há poucos estudos publicados sobre a incidência dessa doença. Assim, no quadro abaixo pode-se perceber um levantamento de alguns autores sobre a epidemiologia no Brasil.

**Quadro 2 – Dados epidemiológicos**

Autor	Dados Epidemiológicos
Almeida Filho (1980)	Estudou a população do bairro de Amaralina de Salvador-BA, que na época contava com 27 mil habitantes, e encontrou taxa de prevalência de epilepsia ativa de 0,1%, surpreendentemente baixa para os padrões latino-americanos
Costa et al (1980)	Em estudo populacional em Porto Alegre, estimaram que 0,2 a 2% da população devem apresentar uma ou mais crises durante a vida
Borges et al (2002)	Estudou a comunidade dos índios Bakairi residentes às margens do rio Paranatinga, afluente do rio Xingu. A prevalência foi de 1,2% para epilepsia ativa e de 0,6% para inativa.

**Fonte:** Adaptado de Galluci Neto e Marchetti, (2005).

<sup>4</sup> Pelo menos duas crises.

Ou seja, atualmente os dados revelam que no Brasil a prevalência da epilepsia é de cerca 1,2%, equivalente a quase dois milhões de pessoas. Em suma, este conjunto de doenças degenerativas do tipo neurológicas afeta aproximadamente de 10 a 20% da população mundial entre 60 e 80 anos. Porém, esse número deve aumentar a cada 20 anos.

### 5.3 A UTILIZAÇÃO DA CANNABIS

O debate relacionado a legalização da *Cannabis* no mundo está crescendo, já que o potencial médico dessa planta é indescritível.

Alguns estudiosos da USP afirmaram que o *Canabidiol* não causa nenhum tipo de dependência, tolerância nem nenhum tipo de sedação como outros remédios existentes.

Assim:

Entre as novas pesquisas, José Alexandre Crippa cita as que mostram os efeitos da substância como anti-inflamatório, que poderia ser usado para a asma, e como neuroprotetor, podendo favorecer o tratamento das doenças de Parkinson e Alzheimer. “Estamos testando na dependência do tabagismo e temos um estudo importante, em parceria com a Unifesp, para testar também na dependência de crack”, acrescenta (SCOZ, 2012, p. 1).

De forma geral, os valores para o tratamento do Canabidiol no Brasil são caros. Pois, o valor é extremamente alto, porque é importado dos Estados Unidos.

O valor é em torno de quatrocentos e cinquenta dólares, entretanto, vem apenas com dez mililitros. Ao converter esse valor para moeda brasileira, chegamos a ter mais de mil reais em gastos com esse remédio.

Por muitas vezes, essa quantidade é praticamente insuficiente para um mês de tratamento. Logo, necessita que por muitas vezes as mães peçam ajuda de terceiros para custear o tratamento.

É indispensável ressaltar que apenas no ano de 2015 que a Anvisa lançou novas regras para importação desses produtos. E tais regras tem como intuito facilitar a vida daqueles que necessitam desse tratamento.

Assim:

Para obter essa autorização, o interessado terá de fazer o cadastro, pela

internet, preenchendo um formulário da Anvisa e apresentando laudo médico, prescrição e documentos pessoais. O Canabidiol é indicado para casos de síndromes raras, que geralmente acometem crianças, causando crises intensas de convulsão. Há um ano, a Anvisa passou a conceder autorizações individuais de compra do produto. A ideia, agora, é padronizar as normas. Com a autorização nas mãos, o interessado poderá fazer a compra do medicamento tanto a distância (pela internet ou telefone) ou trazer o produto de fora, na bagagem. De acordo com a Receita Federal, o Canabidiol não pode ser entregue diretamente no domicílio dos importadores, devido às exigências previstas na legislação vigente, regra que conta com a anuência da Anvisa, segundo informou o órgão (MARIZ, 2015, p.3).

Assim, a partir desse momento o medicamento pode ser retirado do posto alfandegário. De forma geral, essa resolução da Anvisa tem como intuito autorizar que todos que necessitem desse tratamento tenham necessidade do uso.

Abaixo seguem as novas regras:

#### **Cadastro**

Há cerca de um ano, a Anvisa passou a dar autorizações individuais a pedidos feitos por pais de pacientes. Os documentos exigidos continuam os mesmos (formulário da própria agência, laudo médico e a prescrição). No entanto, essa autorização passará a valer por um ano. Antes, a cada nova prescrição, o paciente tinha de entrar com um pedido na Anvisa.

#### **Fração**

Os pacientes poderão comprar o produto à base de Canabidiol fracionado. Poderá importar, por exemplo, metade da quantidade prescrita, até por uma questão de disponibilidade financeira, e depois a outra parte, por exemplo.

#### **Compradores**

Além de pessoas físicas, a compra do medicamento pode ser feita por hospitais, planos de saúde, associações de pacientes, secretarias de Saúde e outros órgãos governamentais ligados à área. A ideia é facilitar o processo em compras coletivas. Mas as pessoas físicas continuam podendo comprar.

#### **Remédios**

Há cinco produtos com aprovação prévia da Anvisa -- correspondem a 95% das compras já autorizadas pela agência -- por se enquadrarem nos requisitos exigidos. Se o interessado quiser outro medicamento, terá de receber uma liberação específica da Anvisa, que vai analisar o nível de THC do produto e se ele tem registro no país de origem, entre outros critérios de segurança.

#### **Entrega**

O Canabidiol, segundo a Receita Federal, não pode ser entregue diretamente na residência do importador, tendo de ser retirado em depósitos oficiais do governo localizados em aeroportos, portos, entre outros. Mas esse procedimento poderá ser revisto pelos demais órgãos envolvidos na transação comercial a partir das regras da Anvisa, que entram em vigor em 60 dias (MARIZ, 2015, p.3).

Mas, isso não quer dizer que a substância tenha sido incorporada a lista F2 da portaria 344/1998 do Ministério da Saúde que é relacionado ao tratamento com substâncias psicotrópicas.

Assim, como foi visto acima houve uma especulação a liberalização desta substância, entretanto, irá integrar a lista C1, que são aquelas que reúnem as substâncias que estão sujeitas ao controle especial e poderá ser prescrito por qualquer médico como se fosse um remédio de uso controlado.

Assim, no mês de agosto de 2016, as especulações encerram-se<sup>5</sup> e:

As alterações devem obedecer os prazos estipulados para serem aplicadas pelos farmacêuticos das farmácias, distribuidoras e hospitais, considerando o rigor aplicado pela legislação brasileira a inobservância destes atos. As listas classificam os medicamentos pelas suas ações no sistema nervoso central ou ainda por fazerem parte de um grupo restrito de medicamentos em que seu uso exigem um acompanhamento mais próximo pelo prescritor, tais como os anorexígenos, antirretrovirais, os imunossupressores, as substâncias retinóicas. Definem também que, para algumas substâncias, além da receita da prescrição, deverão ser preenchidas pelo médico, notificações de receitas específicas para cada lista, que são imprescindíveis para sua aquisição pelo paciente.

Por fim, depois de várias especulações a Anvisa regulamentou a utilização desta substância no Brasil para aqueles que precisam. Entretanto, tudo tem que ser de acordo com suas normas que são previstas.

### **5.3.1 Por outro lado**

O ópio é uma droga que advém da seiva de frutos que são considerados imaturos da papoula oriental. É considerada como uma das drogas que claramente causam dependência, mas, no entanto, tem autorização da ANVISA.

Assim:

O ópio e seus derivados são depressores do SNC, com forte capacidade de induzir dependência física e psíquica. No ópio, existem mais de 20 alcalóides naturais, todos narcóticos. Os mais importantes são a morfina e a

---

<sup>5</sup> As alterações foram: Os antirretrovirais estarão sujeitos à prescrição médica comum e estabelece um prazo de 18 (dezoito) meses para o esgotamento do estoque remanescente do

codeína, que ainda hoje são usados na medicina. Destes alcalóides naturais, através de modificação química, obtém os opióides semi-sintéticos. O mais importante deles é a heroína, um problema de saúde pública nos EUA e em alguns locais da Europa, mas raríssima aqui no Brasil. Com o avanço da tecnologia química, drogas opióides sintéticas foram obtidas, sem necessidade do ópio. Um exemplo importante é a meperidina ou petidina, um potentíssimo analgésico narcótico causador de dependência.

**No Brasil, a codeína ainda é usada em alguns xaropes antitussígenos e em alguns analgésicos para dores intensas, medicamentos que são objeto de abuso por parte de dependentes químicos (LABIN, 2010, p.1)[grifo nosso].**

No Brasil, a maioria das pessoas que tem dependência do ópio estão relacionadas ao meio hospitalar. Enquanto que a Cannabis é conhecida popularmente como erva ou fumo. Ela é uma mistura de folhas, caules e florescências da planta Cannabis.

Labin (2010) discorre que ela geralmente é utilizada em forma seca, fumada em cigarros artesanais que são preparados pelo próprio dependente. Assim, tais cigarros são denominados baseados ou finos.

### 5.3.2 Na América Latina

A utilização da Cannabis foi liberada no Uruguai, assim, de acordo com os dados esse país possui 150 mil consumidores da Cannabis. Só que 20% desse total fumam todos os dias.

Assim:

No Uruguai, antes da lei, a maconha não era regulamentada, mas era aceita. As pessoas fumavam, mas sempre respeitando quem estivesse a sua volta. A polícia não prendia quem estivesse fumando porque não era um crime (a maconha estava descriminalizada). Crime era comprar e vender. Já faz 11 anos que vivo aqui no Uruguai, e sempre foi comum ver as pessoas fumando maconha nas praças e calçadas da praia (Rambla). Esta nova lei regulariza o consumo e a produção de maconha e o governo passa a possuir o controle da comercialização e produção. A lei foi aprovada no dia 10 de dezembro de 2013, sem plebiscito, ou seja, a lei não foi votada pela população, apenas pelos membros do governo, onde 16 votos foram a favor e 13 foram contra (BRASILEIROS NO URUGUAI, 2015, p.2).

De forma geral, a lei da Cannabis no Uruguai preza os seguintes aspectos:

- Somente maiores de 18 anos, uruguaios ou estrangeiros com residência permanente podem comprar. (turistas não podem comprar).
- Para ter acesso à maconha, o usuário deve se cadastrar no Instituto de Regulação e Controle da Cannabis (IRCCA).

- O usuário deve escolher se comprará na farmácia, se será sócio de um clube ou se plantará em casa.
- Se optar por cultivar em casa, poderá plantar até 6 pés de maconha.
- O consumo máximo é de 480g por mês.
- As plantações domésticas para o consumo pessoal e pelos clubes, deverão ser autorizados pelo Instituto de Regulação e Controle da Cannabis (IRCCA).
- Não será permitido dirigir sob efeitos da maconha, até 10h após o seu consumo (tempo que demora para que o THC saia do sangue). A forma de controle será através de um "bafômetro para maconha", que foi utilizado pela primeira vez em agosto do ano passado. É um aparelho importado da Alemanha que detecta se a pessoa usou maconha, através da saliva. O resultado sai entre 6 e 8 minutos e a multa é igual à multa por dirigir embriagado, bêbado. A diferença do bafômetro da maconha, para o bafômetro de bebida alcoólica é que esse aparelho é caro (de 12 a 18 euros), e não pode ser reutilizado. (BRASILEIROS NO URUGUAI, 2015, p.2).

Assim, no Uruguai a *Cannabis* pode ser comprada em clubes de cultivo e nas farmácias. A ideia do governo é regular o consumo implementando uma política que garanta a saúde e reduza os danos.

Mas, isso não quer dizer que todos os países do mundo liberaram a utilização da *Cannabis*.

Assim, na figura em anexo, traz uma ideia geral sobre esses países:

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo estudar a possibilidade da utilização da *Cannabis* para tratamento medicinal. Desta forma, no decorrer do trabalho foram discutidas várias temáticas.

Assim, podemos afirmar que a saúde é um direito afiançado a todos os cidadãos brasileiros e um dever do Estado. Uma vez que é garantido pela Constituição Federal o tratamento de qualquer doença e assegurado pelos diversos níveis de atendimento do SUS a partir da Política Nacional de Medicamentos.

Realizamos uma discussão a respeito da *Cannabis*. Assim como, apontamos a opinião, em geral favorável, dos especialistas sobre a sua utilização para tratar doenças neurológicas. A *Cannabis* pode ajudar no tratamento de doenças como: Parkinson, Alzheimer, Fibromialgia e Epilepsia.

Sabe-se que por um longo tempo a utilização da *Cannabis* foi algo proibido por lei no Brasil e no mundo. Mas, com o passar dos anos ela vem sendo liberada nos países, como já foi demonstrado. Dessa forma, o Brasil liberou a utilização da *Cannabis* para tratamento da Epilepsia apenas em 2015. Até então aqueles que necessitavam teriam que conseguir uma forma de importar para se tratar.

A *Cannabis* pode auxiliar no tratamento de várias doenças. Mas, o que cabe ser discutido aqui é o direito ao acesso a esse medicamento, pois por muitas vezes foram necessários vários mandatos judiciais liberando a compra deste para aqueles que necessitam.

Urge que o Brasil comece a importar e a fornecer tais medicamentos. Ou seja, o direito ao medicamento é algo que todos os brasileiros já possuem. Busca-se o desenvolvimento de um modelo de assistência farmacêutica que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. Como dizem as normativas estudadas, as ações incluídas nesse campo da assistência tem por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais.

Solicitamos que se cumpra! Mas, quando é relacionado à *Cannabis* é algo que ainda precisa ser reivindicado e consolidado. Não assim, contraditoriamente, quando se trata do uso de outros medicamentos que produzem mais dependência, de uma forma cientificamente comprovada, como é o caso do ópio e seus derivados, que estão liberados para uso medicinal, já faz algumas décadas.

Uma vez que, quando a lei for modificada, como a do Uruguai, por exemplo, pode acabar reduzindo os problemas relacionados a utilização do *Cannabis*. E conseqüentemente, o tratamento para aqueles que necessitam dele será liberado.

É importante ter em conta a experiência do Uruguai no sentido de que o Estado é que monopoliza a produção e comercialização da *Cannabis*. Isto por que dessa forma se evita a especulação do setor privado na produção e comercialização de medicamentos.

Deve-se garantir o acesso aos medicamentos necessários para que se confirme que a saúde um direito de todos garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal, igualitário aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196. CF. 1988). Deve-se orientar os gestores públicos na implementação de medidas que facilitem o acesso a quem necessite da tutela estatal à prestação de serviços médico-hospitalares e fornecimento de medicamentos, além de políticas públicas para a prevenção de doenças, principalmente quando se verificar ser, o tutelado, pessoa hipossuficiente, que não possui meios próprios para custear o próprio tratamento. Dessa forma, os artigos 23, II, e 198, § 2º, da CF impõem aos entes federativos a solidariedade na responsabilidade da prestação dos serviços na área da saúde, além da garantia de orçamento para efetivação dos mesmos (Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 607381/SC, Primeira Turma, Supremo Tribunal Federal, Relator: Ministro Luiz Fux, Julgado em 31/05/2011, DJ 16/06/2011, p. 116).

Atualmente os dados revelam que no Brasil a prevalência da epilepsia é de cerca 1,2%, equivalente a dois milhões e vinte mil pessoas, às quais têm que somar as pessoas que sofrem de outras doenças neurológicas.

Em suma, este conjunto de doenças degenerativas do tipo neurológicas afeta aproximadamente de 10 a 20% da população mundial entre 60 e 80 anos, segundo a OMS. Porém, esse número deve aumentar a cada 20 anos.

Tendo em conta essa prevalência, podemos calcular que o número de pessoas no Brasil acima de 60 anos (definição de "idosos" segundo o IBGE), passou para 13% no ano passado. Já são **26,1 milhões** de idosos no país. Entre quem tem 60 anos ou mais, 56% são mulheres e 44%, homens (IBGE, 2016).

Si calculamos uma prevalência de 15% de idosos com doenças neurodegenerativas, concluímos que aproximadamente 4 milhões de pessoas dessa faixa etária sofrem de problemas neurológicos no país, das quais 2.250.000 serão mulheres e 1.750.000 homens.

Mais uma vez, a mulher e o idoso aparecem como o elo mais fraco da corrente de direitos que não são satisfeitos pelas autoridades a cargo do Estado.

A saúde é um direito de todos, e um dever do Estado!

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Camila. Maconha: Remédio proibido. Revista **Super Interessante**, Edição **338**, outubro de 2014. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/ciencia/maconha-remedio-proibido>>. Acessado em: 03 de maio de 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA-ABP. Por que a Associação Brasileira de Psiquiatria-(ABP) é contrária à legalização da maconha, maio de 2014. Disponível em: <http://www.abp.org.br/manifesto/manifesto.pdf>> Acessado em: 04 de maio de 2016.

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE REDUÇÃO DE DANOS-IHRA. Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA), 01 DE JUNHO DE 2010. Disponível em: <[http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing\\_what\\_is\\_HR\\_Portuguese.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf)> Acessado em: 04 de maio de 2016.

BRAGATTI, José Augusto. O Uso do Canabidiol em Pacientes com Epilepsia. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 59, Carta ao Leitor.

BRASIL. Constituição, 1988.

\_\_\_\_\_. Decreto Lei nº 819, de 25 de novembro de 1938.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998.

\_\_\_\_\_. **Especialistas defendem uso medicinal da maconha**. Brasília: 25 de agosto de 2014. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2014/08/25/especialistas-defendem-uso-medicinal-da-maconha/>>. Acesso em: 16 de novembro de 2016.

\_\_\_\_\_. **Uso medicinal da maconha no tratamento de reumatismo não é aconselhado, diz estudo**. 03 de março de 2014. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/uso-medicinal-da-maconha-no-tratamento-de-reumatismo-nao-aconselhado-diz-estudo-11750312>>. Acesso em: 16 de novembro de 2016.

LOPES, Renato Machado. Canabinoides Ajudam a desvendar aspectos etiológicos em comum e trazem esperança para o tratamento do Autismo e Epilepsia. **Revista da Biologia**, 2014, 13(1):43-49.

\_\_\_\_\_. **A maconha desmistificada.** Brasília: 14 de outubro de 2007. Disponível em: <<http://medicinnabis.blogspot.com.br/2012/07/maconha-desmistificada.html> >. Acesso em: 16 de novembro de 2016.

LOPES e RIBEIRO, Renato Malcher e Sidarta. **Maconha, Cérebro e Saúde.** 1ª. ed. Rio de Janeiro: Vieira &Lent, 2007.

PLANTAS MEDICINAIS & FITOTERAPICOS, Papoula- PapaverRhoeas. Publicado em: 13 de abril de 2010. Disponível em: <<http://www.plantasmedicinaisfitoterapia.com/plantas-mediciniais-papoula.html>> Acessado em: 26 de maio de 2016

PSICODELIA.ORG, A história da maconha, a droga mais polêmica do mundo. Publicado em: 27 de maio de 2012. Disponível em: <<http://psicodelia.org/noticias/a-historia-da-maconha-a-droga-mais-polemica-do-mundo>> Acessado em: 04 de maio de 2016.

PORTAL G1.COM. Anvisa autoriza prescrição de remédios a base de canabidiol e THC. Publicado em: 21 de março de 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2016/03/anvisa-autoriza-prescricao-de-remedios-base-de-canabidiol-e-thc.html> Acessado em: 11 de maio de 2016.

SANTOS, Amanda Elise; PRADO, Rodrigo Florestan. Os Benefícios da Substância Canabidiol no Tratamento de Doenças Crônicas. ETIC 2015, Encontro de Iniciação Científica, ISSN 21-76-8498.

VARELLA, Dráuzio. **Legalização da maconha.** São Paulo: 31 de julho de 2014. Disponível em: <<https://drauzioarella.com.br/dependencia-quimica/legalizacao-da-maconha/>>. Acesso em: 16 de novembro de 2016.

\_\_\_\_\_. Alívio da dor, Morfina. Publicado em: 27 de abril de 2011. Disponível em: <<http://drauzioarella.com.br/drauzio/morfina/> Acessado em: 26 de maio de 2016>

## ANEXOS

### ANEXO A – LISTA F2: SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS

#### LISTA F2 - SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS

1. 4-METILAMINOREX ( $\pm$ )-CIS-2-AMINO-4-METIL-5-FENIL-2-OXAZOLINA
2. BENZOFETAMINA
3. CATINONA ( (-)-(5)-2-AMINOPROPIOFENONA)
4. CLORETO DE ETILA
5. DET ( 3-[2-(DIETILAMINO)ETIL]LINDOL)
6. LISERGIDA (9,10-DIDEHIDRO-N,N-DIETIL-6-METILERGOLINA-8  $\beta$ -CARBOXAMIDA) -LSD
7. DMA (( $\pm$ )-2,5-DIMETOXI- $\infty$ -METILFENETILAMINA)
8. DMHP(3-(1,2-DIMETILHEPTIL)-7,8,9,10-TETRAHIDRO-6,6,9-TRIMETIL-6H-DIBENZO[B,D]PIRANO-1-OL)
9. DMT (3-[2-(DIMETILAMINO)ETIL] INDOL)
10. DOB (( $\pm$ )-4-BROMO-2,5-DIMETOXI- $\infty$ -METILFENETILAMINA)-BROLANFETAMINA
11. DOET (( $\pm$ ) –4-ETIL-2,5-DIMETOXI $\infty$ -FENETILAMINA)
12. ETICICLIDINA (N-ETIL-1-FENILCICLOHEXILAMINA)-PCE
13. ETRIPTAMINA (3-(2-AMINOBTIL)INDOL)
14. MDA ( $\infty$ -METIL-3,4-(METILENDIOXI)FENETILAMINA)-TENAMFETAMINA
15. MDMA ( ( $\pm$ )-N,  $\infty$ -DIMETIL-3,4-(METILENDIOXI)FENETILAMINA)
16. MECLOQUALONA
17. Mescalina (3,4,5-TRIMETOXIFENETILAMINA)
18. METAQUALONA
19. METICATINONA (2-(METILAMINO)-1-FENILPROPAN-L-ONA)

20. MMDA (2-METOXI- $\infty$ -METIL-4,5-(METILENDIOXI)FENETILAINA)
21. PARAHEXILA (3-HEXIL-7,8,9,10-TETRAHIDRO-6,6,9-TRIMETIL-6H-DIBENZO[B,D]PIRANO-1-OL)
22. PMA (P-METOXI- $\infty$ -METILFENETILAMINA)
23. PSILOCIBINA (FOSFATO DIHIDROGENADO DE 3-[2-(DIMETILAMINOETIL)]INDOL-4-ILO)
24. PSILOCINA (3-[2-(DIMETILAMINO)ETIL]INDOL-4-OL)
25. ROLICICLIDINA (L-(L-FENILCICLOMEXIL)PIRROLIDINA)-PHP,PCPY
26. STP,DOM (2,5-DIMETOXI- $\infty$ ,4-DIMETILFENETILAMINA)
27. TENOCICLIDINA (1-[1-(2-TIENIL)CICLOHEXIL]PIPERIDINA)-TCP

## 28

28. THC (TETRAIDROCANABINOL) 29. TMA (  $\pm$ )-3,4,5-TRIMETOXI- $\infty$ -METILFENETILAMINA) 30. ZIPEPROL

### LISTA F3 – OUTRAS SUBSTÂNCIAS

1. ESTRICNINA 2. ETRETINATO

*ADENDO: 1) ficam também sob controle, todos os sais e isômeros das substâncias enumeradas acima.*

## ANEXO B – CICLO DA AF

Fases do Ciclo da AF	Explicação
Seleção de Medicamentos	A seleção de medicamentos é a etapa inicial e provavelmente uma das mais importantes do Ciclo da Assistência Farmacêutica, sendo seu eixo, pois todas as outras atividades lhe são decorrentes. A seleção tem por objetivo proporcionar ganhos terapêuticos e econômicos e deve ser feita criteriosamente, não sendo tarefa a ser assumida por quem não domina a área. A seleção deve ser realizada por uma Comissão ou Comitê de Farmácia e Terapêutica (CFT) ou Comissão de Padronização de Medicamentos, com o objetivo de estabelecer relações nacionais, estaduais e municipais de medicamentos, definindo aqueles que serão disponibilizados pelo SUS para a Atenção Primária, e para a Atenção de Média e Alta Complexidades.
Programação de Medicamentos	Atividade que tem como objetivo garantir a disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados, nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender as necessidades da população. Assim, programar consiste em estimar as quantidades a serem adquiridas para atender as necessidades dos serviços, por um período mínimo de tempo. A programação deve ser ascendente, levando em conta as necessidades locais de cada serviço de saúde, evitando compras desnecessárias, falta ou perda de medicamentos na rede de saúde. Deve considerar os recursos financeiros disponíveis e as prioridades estabelecidas para a área de saúde.
Aquisição de medicamentos	Consiste em um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva a compra dos medicamentos estabelecidos na programação, com o objetivo de disponibilizar os mesmos em quantidade, qualidade e menor custo, visando manter a regularidade e o funcionamento do sistema. Esta etapa do ciclo envolve diferentes setores técnicos e administrativos e deve ser permanentemente qualificada, considerando os aspectos jurídicos (cumprimento das formalidades legais), técnicos (atendimento às especificações técnicas), administrativos (cumprimento dos prazos de entrega) e financeiros (disponibilidade orçamentária - financeira e avaliação do mercado).
Transporte, armazenamento e distribuição de medicamentos	O transporte dos medicamentos deve ser feito de forma segura, em meios de transporte que possuam condições adequadas para assegurar sua integridade. Deve-se garantir, ainda, que os serviços de transporte sejam avaliados pela autoridade sanitária, em conformidade com o que determinam as “Boas

	<p>Práticas de Fabricação e Controle de Produtos Farmoquímicos”, e com as instruções emitidas pelo fabricante. O armazenamento é caracterizado por um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem, segurança e conservação, controle de estoque e entrega dos produtos, garantindo a segurança e a qualidade dos medicamentos até sua dispensação ao usuário. A distribuição dos medicamentos, de acordo com as necessidades dos solicitantes, deve garantir a rapidez na entrega, segurança e eficiência no sistema de informações, controle e transporte adequado. É necessária a formalização de um cronograma de distribuição, estabelecendo os fluxos, os prazos para a execução e a periodicidade das entregas de medicamentos.</p>
Dispensação de medicamentos	<p>A dispensação não se configura apenas como o fornecimento do medicamento prescrito, devendo atender a aspectos técnicos, com o objetivo de garantir a entrega do medicamento correto ao usuário, na dosagem e na quantidade prescrita, com instruções suficientes para seu uso adequado e guarda correta. Entre as orientações a serem repassadas, destaca-se a forma de administração; a possibilidade de ocorrência de reações adversas; interações com outros medicamentos e com alimentos. Desta forma, o usuário do medicamento terá as informações necessárias para seu uso seguro e correto.</p>

Fonte: CONASS (2011, p. 25 – 31)

## ANEXO C – LEI Nº 11.343/ 2006

**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006.**

[Mensagem de veto](#)

[Regulamento](#)

Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO IV  
 DA REPRESSÃO À PRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA  
 E AO TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS  
 CAPÍTULO I  
 DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 31. É indispensável a licença prévia da autoridade competente para produzir, extrair, fabricar, transformar, preparar, possuir, manter em depósito, importar, exportar, reexportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir, para qualquer fim, drogas ou matéria-prima destinada à sua preparação, observadas as demais exigências legais.

~~Art. 32. As plantações ilícitas serão imediatamente destruídas pelas autoridades de polícia judiciária, que recolherão quantidade suficiente para exame pericial, de tudo lavrando auto de levantamento das condições encontradas, com a delimitação do local, asseguradas as medidas necessárias para a preservação da prova.~~

~~§ 1º A destruição de drogas far-se-á por incineração, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, guardando-se as amostras necessárias à preservação da prova.~~

~~§ 2º A incineração prevista no § 1º deste artigo será precedida de autorização judicial, ouvido o Ministério Público, e executada pela autoridade de polícia judiciária competente, na presença de representante do Ministério Público e da autoridade sanitária competente, mediante auto circunstanciado e após a perícia realizada no local da incineração.~~

Art. 32. As plantações ilícitas serão imediatamente destruídas pelo delegado de polícia na forma do art. 50-A, que recolherá quantidade suficiente para exame pericial, de tudo lavrando auto de levantamento das condições encontradas, com a delimitação do local, asseguradas as medidas necessárias para a preservação da prova. [\(Redação dada pela Lei nº 12.961, de 2014\)](#)

§ 1º [\(Revogado\). \(Redação dada pela Lei nº 12.961, de 2014\)](#)

§ 2º [\(Revogado\). \(Redação dada pela Lei nº 12.961, de 2014\)](#)

§ 3º Em caso de ser utilizada a queimada para destruir a plantação, observar-se-á, além das cautelas necessárias à proteção ao meio ambiente, o disposto no [Decreto nº 2.661, de 8 de julho de 1998](#), no que couber, dispensada a autorização prévia do órgão próprio do Sistema Nacional do Meio Ambiente - Sisnama.

§ 4º As glebas cultivadas com plantações ilícitas serão expropriadas, conforme o disposto no [art. 243 da Constituição Federal](#), de acordo com a legislação em vigor.

## **ANEXO D – RESOLUÇÃO CFM No 2.113/2014**

### **RESOLUÇÃO CFM No 2.113/2014**

(Publicada no D.O.U., 16 de dezembro de 2014, seção I, p. 183)

Aprova o uso compassivo do canabidiol para o tratamento de epilepsias da criança e do adolescente refratárias aos tratamentos convencionais.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela [Lei no 3.268](#), de 30 de setembro de 1957, alterada pela [Lei no 11.000](#), de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo [Decreto no 44.045](#), de 19 de julho de 1958, e;

CONSIDERANDO que, nos termos do inciso II dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica, o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que, na história da Medicina e da Farmácia, o uso empírico de extratos vegetais no tratamento de inúmeras doenças humanas evoluiu para o isolamento e a síntese de princípios ativos terapêuticos, e que estes, submetidos a ensaios clínicos cientificamente controlados, podem expressar o seu perfil de eficácia e tolerância;

CONSIDERANDO que a Cannabis sativa contém, dentre seus inúmeros componentes, ora designados canabinoides, o canabidiol (CBD) e que este pode ser isolado ou sintetizado por métodos laboratoriais seguros e confiáveis;

CONSIDERANDO que um reduzido número de estudos tem demonstrado ação

terapêutica do canabidiol em crianças e adolescentes com epilepsia refratária aos tratamentos convencionais, embora até o momento sem resultados conclusivos quanto à sua segurança e eficácia sustentada, o que exige a continuidade de estudos;

CONSIDERANDO a ausência de critérios padronizados para o uso medicinal do canabidiol e a inexistência de critérios mínimos para o seu uso compassivo e, portanto, há necessidade de autorização do CFM para tal fim;

CONSIDERANDO a necessidade de controle tanto dos pacientes quanto dos médicos envolvidos com a terapêutica compassiva do uso do canabidiol;

CONSIDERANDO o artigo 7º da [Lei no 12.842](#), de 10 de julho de 2013, que confere ao Conselho Federal de Medicina a competência para editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em medicina no Brasil, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos;

CONSIDERANDO a [Resolução CFM no 1.982](#), de 27 de fevereiro de 2012, que normatiza a aprovação de novos procedimentos e terapias no Brasil pelo CFM;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 30 de outubro de 2014,

RESOLVE:

Art. 1º Regulamentar o uso compassivo do canabidiol como terapêutica médica, exclusiva para o tratamento de epilepsias na infância e adolescência refratárias às terapias convencionais;

Art. 2º Restringir a prescrição compassiva do canabidiol às especialidades de neurologia e suas áreas de atuação, neurocirurgia e psiquiatria;

Parágrafo único. Os médicos prescritores do uso compassivo de canabidiol deverão ser previamente cadastrados no CRM/CFM especialmente para este fim (anexo I);

Art. 3º Os pacientes submetidos ao tratamento compassivo com o canabidiol deverão ser cadastrados no Sistema CRM/CFM para o monitoramento da segurança e efeitos colaterais. (anexos II e III);

§ 1º Os pacientes submetidos ao tratamento com o canabidiol deverão preencher os critérios de indicação e contraindicação para inclusão no uso compassivo e doses adequadas a serem utilizadas (anexo IV);

§ 2o Os pacientes submetidos ao tratamento compassivo com o canabidiol, ou seus responsáveis legais, deverão ser esclarecidos sobre os riscos e benefícios potenciais do tratamento por Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (anexo V);

Art. 4o É vedado ao médico a prescrição da cannabis in natura para uso medicinal, bem como quaisquer outros derivados que não o canabidiol;

Parágrafo único. O grau de pureza do canabidiol e sua forma de apresentação devem seguir as determinações da Anvisa.

Art. 5º Esta resolução deverá ser revista no prazo de 2 (dois) anos a partir da data de sua publicação, quando deverá ser avaliada a literatura científica vigente à época;

Art. 6o Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação. Brasília, 30 de outubro de 2014.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA HENRIQUE BATISTA E SILVA

Presidente Secretário-Geral

## ANEXO E – PAÍSES QUE LEGALIZARAM AS DROGAS

