



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA

SABRINA ARAUJO DE SANTANA

**A QUESTÃO DA MACONHA NO BRASIL: DO PROIBICIONISMO AO USO
MEDICINAL**

BRASÍLIA

2021

SABRINA ARAUJO DE SANTANA

**A QUESTÃO DA MACONHA NO BRASIL: DO PROIBICIONISMO AO USO
MEDICINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de História do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília como requisito para a obtenção do grau de licenciatura em História.

Orientador: Prof. Dr. José Luiz de Andrade Franco

BRASÍLIA

2021

TERMO DE APROVAÇÃO

SABRINA ARAUJO DE SANTANA

A QUESTÃO DA MACONHA NO BRASIL: DO PROIBICIONISMO AO USO
MEDICINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de
História do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de
Brasília como requisito para a obtenção do grau de licenciatura em
História. Brasília, ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Luiz de Andrade Franco - Universidade de Brasília

Prof. Dr. Kelerson Semerene Costa

Prof. Dra. Fernanda Cornils Monteiro Benevides

Agradecimentos

Dedico essa pesquisa à minha mãe, a qual nunca mediu esforços para investir na minha educação, vinda de família candanga, da clássica mistura nordestina e mineira, me torno a primeira da família a me formar numa universidade federal. Agradeço-lhe pelas escutas atentas por todas as vezes que quis conversar sobre maconha, e mesmo discordando e me trazendo argumentos contrários nos respeitávamos e criávamos juntas diálogos emancipadores. A ela dedico todos os meus esforços incessantes nessa longa jornada acadêmica, para mostrar que até aqui, toda a sua dedicação brotou frutos. Agradeço à todas as professoras e professores que passaram durante esses seis anos de estudos, pois sinto em mim que de cada um, uns menos e outros mais, construíram as diversas faces que habitam essa consciência. Me formo depois de um ano pandêmico que mudou as perspectivas e as relações mundiais, e nos mostrou que sobre a vida temos um pseudo controle, porque na verdade, nada nos pertence, todos os seus planejamentos podem se transformar sem aviso prévio, assim como o rapper Síntese canta em sua música Religare “seja portal da vida, e veja que não se possui ela, só se participa e se testemunha dela”. Agradeço a história por ter me ensinado a respeitar meus ancestrais, a refletir sobre minha existência e a me dar oportunidade de exercer um papel social. Acredito que a educação ainda é o meio mais eficaz de transformar pessoas, de dar liberdades e ampliar consciências. Um enorme “obrigada” a todos que passaram, traspassaram e cruzaram meu caminho e me ajudaram nessa longa vivência. Obrigada Universo, Deus, divindades da natureza, seres da luz, caminhantes do bem, da paz e do amor, por me guiarem até aqui.

Resumo: A presente monografia trata da história da maconha, com ênfase no cenário brasileiro, para tanto foram pesquisados livros (fontes secundárias), leis e jornais (fontes primárias) que trataram desta questão. A pesquisa aborda aspectos biológicos, médicos, sociais, culturais e políticos que construíram a base do discurso proibicionista no século XX, além de trazer estudos recentes sobre os usos medicinais, que contribuem para uma nova perspectiva da regulamentação jurídica em âmbito nacional.

Palavras-chave: Maconha; *Cannabis*; proibicionismo; uso medicinal.

Abstract: This monograph deals with the history of marijuana, with an emphasis on the Brazilian scenario, for which books (secondary sources), laws and newspapers (primary sources) that dealt with this issue were researched. The research addresses biological, medical, social, cultural, and political aspects that built the basis of the prohibitionist discourse in the 20th century, in addition to bringing recent studies on medicinal uses, which contribute to a new perspective on legal regulation at the national level.

Keywords: Marijuana; *Cannabis*; prohibitionism; medicinal use.

Sumário

Introdução	8
Capítulo 1 - A maconha	9
Capítulo 2 - Da proibição	13
Capítulo 3 - Uso Medicinal e a Redução de Danos	20
Considerações Finais	26
Referências Bibliográficas	28

Introdução

A presente pesquisa de conclusão de curso investiga os caminhos que levaram à proibição da Maconha, a *Cannabis*. Para entendermos tais processos, o primeiro capítulo busca a compreensão de uma história ambiental, aquela que se dedica a investigar a origem da planta, seus usos e seu papel social. O segundo capítulo vai tratar da dimensão político-social, que culminou na sua proibição no Brasil, procurando entender os mecanismos utilizados pelo proibicionismo e levando em conta as especificidades adquiridas durante todo o processo histórico da chegada da planta no território brasileiro. O último capítulo dedica-se a compreender seus usos medicinais, as descobertas científicas, a regulamentação em trânsito e a atual política de redução de danos que contribuem para o cenário da descriminalização da planta.

Utilizarei no trabalho em referência a *Cannabis* o termo “maconha”, pois é essa nomenclatura a mais utilizada e difundida socialmente, não deslegitimando a importância das definições taxonômicas, mas é importante que as crenças ligadas ao termo mais comum sejam revistas e repensadas quanto a sua potencialidade numa desconstrução social do preconceito que carrega. A maconha vem sendo estudada sob seus diversos usos e acumulando resultados positivos em inúmeras aplicações médicas para diversas doenças, e também nas indústrias têxtil, naval, automobilística, entre outras. Compreendê-la sem o preconceito taxativo - que há muitos anos a instituiu como a “erva do diabo” - e por meio dos aspectos históricos é importante para que possamos criar uma consciência crítica mais apurada, para que possamos desmistificar aquilo que é reproduzido socialmente sem respaldo científico ou técnico.

Portanto, esse trabalho se esforça em mostrar a historiografia dessa planta que está entre nós, segundo dados arqueológicos, desde o período neolítico. Traçando um paralelo entre sua origem, a chegada no continente americano, seus diversos usos, a onda proibicionista, os estudos de sua potencialidade medicinal e a legislação brasileira atual. Trata-se, portanto, de entender o complexo jogo de poder e os diversos agentes sociais envolvidos em sua história.

Capítulo 1 – A maconha

“Maconha é a designação brasileira, genérica e popular da planta do gênero *Cannabis*” (FILEV, 2021). Dentro da classificação taxonômica, o gênero possui três espécies: *sativa*, *indica* e *ruderalis*. Ela cresce em forma de arbusto que pode chegar até dois metros de altura e se desenvolve em zonas de climas tropical e temperado. Os arbustos de *Cannabis* se dividem em machos e fêmeas, a fecundação ocorre por polinização pelo ar ou por vetores vivos, como os insetos. O cânhamo é encontrado nas folhas, e possui uma grande quantidade de fibras que podem servir para aplicação têxtil, no âmbito industrial. Há registros de que as velas e cordas utilizadas nas embarcações transatlânticas dos séculos XV e XVI foram produzidas com fibras de cânhamo. (AMA+ME, 2017).

A floração, na planta macho produz os estames, órgãos sexuais masculinos, repletos de pólen, já na planta fêmea são produzidos os pistilos que apresentam elevada concentração de fitocanabinoides onde se concentram em pequenas estruturas chamadas de tricomas. São as flores fêmeas, conhecidas por *bud*, que contêm moléculas lipídicas, que são ácidos graxos que possuem propriedades medicinais: as mais conhecidas são o Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) e canabidiol (CBD). Além dos fitocanabinoides, a planta também produz terpenos, que são substâncias responsáveis pelo sabor e odor característico de cada espécie (AME+ME, 2017).

As formas de consumo se dão por inalação ou ingestão. As flores fêmeas, depois de ressecadas, podem ser fumadas em forma de cigarro, cachimbo, ou narguilé, por exemplo, ou vaporizadas, por meio de instrumentos próprios como o *bong*. Dela também pode se extrair óleo que serve tanto para pratos gastronômicos quanto para o uso medicinal (AME+ME, 2017).

A maconha é uma planta originária da Ásia Central e é uma das culturas agrícolas mais antigas conhecidas pelo homem. Há indícios na China de 10 mil anos: “Arqueólogos concluíram que o ser humano interage com essa planta desde o período neolítico” (CANNABIS&SAÚDE, 2020). Um dos primeiros registros em forma de uso medicinal é encontrado no livro *De Materia Médica*, escrito no ano de 70 d. C., pelo grego Pedânio Discórides, considerado o fundador da farmacopeia. O livro cataloga diversas plantas

medicinais, entre as quais está a maconha, indicada para o tratamento de dores articulares e inflamações. (CANNABIS&SAÚDE, 2020).

No século XIX, o médico irlandês Willian O'Shaughnessy, que trabalhava na Índia, em Calcutá, publicou um artigo sobre as propriedades terapêuticas da maconha, após utilizar uma tintura canábica sob a língua de uma criança acometida por convulsões que rapidamente foram cessadas. O médico passou então a indicar a planta para tratamentos de cólera, reumatismo, tétano, raiva, dores e convulsões, e assim contribuiu para a disseminação do uso medicinal pela Europa. (AME+ME, 2019).

A planta possivelmente foi trazida para o continente americano a partir de 1500. No caso do Brasil, é possível que tenha vindo por comerciantes, escravos, marinheiros ou até mesmo com a coroa portuguesa, como forma de empreendimento comercial. Segundo a jornalista Danila Moura (2021), as primeiras sementes de maconha chegaram ao país em 1549 por intermédio dos negros escravizados, escondidas dentro de bonecas amarradas em tangas, conforme registro histórico do Ministério das Relações Exteriores. “Estudos do antropólogo Edison Carneiro evidenciam o cultivo comunitário de *cannabis* entre outras plantas no Quilombo dos Palmares durante o século 17, quando o tal ‘fumo de Angola’ era degustado em cachimbos” (MOURA, 2021).

Os registros históricos indicam que a maconha chegou no continente africano por intermédio de comerciantes árabes, que a chamavam de *haschisch*, por meio das rotas comerciais da costa leste do continente, que permitiram a propagação da planta ao longo da Bacia do Congo e África Central, servindo de moeda de troca entre povos. Nesse processo, os comerciantes árabes entraram em contato com povos Bantu, que passaram a adotar o fumo com a técnica árabe do cachimbo com água (SOUZA, 2015). “Originalmente chamada de *banghi* ou *bangi* na Índia, os termos *riamba*, *diamba* e *liamba*, amplamente utilizados no Brasil, foram criados pelos povos de língua *kimbundo*, na qual também é designada como *kangonha* e o ato de fumar ‘*makanha*’” (MOURA, 2021). Com a disseminação da planta, os rituais, usos e técnicas foram transformados, interagindo com os fatores socioculturais de cada região. (SOUZA, 2015).

O uso da maconha no Brasil colonial pelos escravos era associado para amenizar a rotina de trabalho altamente exaustiva. Assim, o uso recreativo e terapêutico já acontecia desde a chegada dos africanos ao território. Já a Coroa Portuguesa utilizou-a como forma

de *commodity* na fabricação de tecidos, cordas e barbantes em geral, investindo no plantio para extrair o cânhamo. “Uma das primeiras lavouras foi estabelecida em 1780 em Santa Catarina, quando imigrantes europeus receberam sementes dessa planta” (ROSA, 2021). Essa primeira tentativa fracassou, mas três anos depois, foi criada a fazenda Real Feitoria do Linho Cânhamo, que atuou por cerca de quarenta anos na fabricação de cânhamo em território nacional.

Até as primeiras décadas do século XX, o uso de maconha, nas mais diversas finalidades fitoterápicas, lúdicas e espirituais, era feito entre as populações negras e indígenas do Norte e do Nordeste com “caráter gregário”. Nos discursos proibicionistas que surgiram em meados dos anos 1930, o uso coletivo - comumente feito pelos usuários - representava uma ameaça à ordem social, pois eles tornavam-se “ainda mais eufóricos, mais inquietos, mais loquazes, mais expansivos e, por vezes, mais violentos” (PEREIRA, J., 1958 apud SOUZA, 2015). A elite de intelectuais que defendiam o discurso condenatório utilizou como referência o “clube dos *haschischins*”, formado por intelectuais franceses do século XIX, como Baudelaire e Gautier, que representava um símbolo de “depravação moral e da corrupção de costumes”. (SOUZA, 2015). No Brasil, os clubes de diambistas eram compostos pelas populações ribeirinhas da região Nordeste, pelo “matuto”, pelo “sertanejo” e sujeitos marginalizados que essa elite intelectual considerava a “maior parte atrasada do país”. O clube de diambistas caracterizava-se por uma reunião ritualizada, com um repertório de práticas. O grupo se encontrava geralmente aos sábados na casa do mais velho, para fumar e cair em gargalhadas, o que para os cientistas intelectuais da época, imbuídos de opinião médica contrária ao uso da maconha, era prova de “perturbação mental” (SOUZA, 2015).

“Dirijo”, um documentário de 2008, organizado pela Organização de Professores Indígenas Mura, em parceria com o Instituto Nacional de Pesquisas na Amazônia, relata como a maconha, conhecida por “Dirijo”, era utilizada amplamente por comunidades amazonenses, para curar mal-estar, dar tranquilidade no trabalho da pesca e do roçado, e para o uso recreativo. O documentário destaca, de forma indireta, a importante função social estabelecida dentro da comunidade através do uso em forma de rodas. No entanto, com o desenvolvimento da nova cultura proibicionista, os indígenas foram reprimidos, e os mais velhos da comunidade relatam que tiveram que destruir, “do dia para a noite”, as diversas mudas de dirijo encontradas em suas casas, após visita da Funai ordenando a destruição. Em troca, surgiu na comunidade uma nova substância recreativa: o álcool.

No final da década de 1960, houve uma onda mundial, propondo, especialmente aos jovens, formas de vida alternativas ao consumismo e ao capitalismo, chamada contracultura ou “revolução *hippie*”. Esse movimento trouxe consigo o uso de diversas substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, com destaque para a maconha e o LSD. Quando essa “onda” chegou ao Brasil, esse novo estilo e olhar social atingiu as camadas médias urbanas, o uso da planta passou a se tornar cada vez mais comum entre os “prestigiados” profissionais, artistas e estudantes, e a marginalização social dos usuários, os antigos “diambistas” deixou de ter um protagonismo. O uso de psicoativos passou a ter legitimidade respaldada na autoimagem positiva dos usuários que, “agora podiam se conceber como desenvolvendo a sua espiritualidade, e não mais entregues à perdição” (MACRAE, 2021).

A partir da década de 1970, difundiu-se o movimento religioso nascido na Jamaica chamado de Rastafari, por meio dos músicos de *reggae*, com destaque para o cantor Bob Marley. A complexa fusão de crenças cristãs, africanas e indianas e o uso sacramental da maconha formam as principais características dessa religião. Embora o rastafarianismo não tenha agradado ou despertado simpatia de muitos, o uso espiritual da planta, o discurso pela paz, e por ser contra o racismo e toda forma de opressão contribuíram para que obtivesse uma grande visibilidade mundial. Além da religião, “rasta” passou a ser um estilo de vida, com suas características próprias, como a forma de usar os cabelos, se alimentar, se vestir, fumar maconha e se posicionar politicamente. No Brasil, existem organizações religiosas do rastafarianismo da Jamaica, mas seus adeptos estão sujeitos a penalidades judiciais, uma vez que promover rituais com o uso da maconha é legalmente equiparável ao tráfico de drogas, pois a única legislação em trâmite atual não contempla a descriminalização para usos religiosos. (MACRAE, 2021).

Capítulo 2 – Da Proibição

A repressão ao uso da maconha se deu a partir da década de 1930. Para entendermos melhor as conquistas sistemáticas proibicionistas dessa época, é importante nos situarmos no que diz respeito ao contexto histórico do Brasil no período. Trata-se de compreender como os entorpecentes assumiram uma determinada especificidade, porque o discurso condenatório sobre a maconha foi amplamente acolhido e o que levou a criminalização por parte do Estado após a década de 1930.

Esse recorte no cenário brasileiro revela um período de intensas disputas de poder e lutas sociais, assim como, o surgimento de novos atores na arena política. O regime político instaurado no país após o movimento de 1930, também conhecido como a Revolução de 30, teve a figura de Getúlio Vargas em sua liderança. Com base em um pensamento autoritário, influenciado pelo regime fascista de Benito Mussolini, na Itália; pelo nazismo de Adolf Hitler, na Alemanha; e pela ditadura de Antônio Salazar, em Portugal, o estilo de governo de Vargas trazia uma nova política de massas, focada no controle social e preocupada em evitar a expansão mundial do comunismo. Para pôr em prática um modelo de governo estatista, doutrinário e racionalizado, os papéis da tecnocracia nacional e da intelectualidade foram fortalecidos e os meios de comunicação e demais canais de expressão da sociedade foram utilizados, ora para promover a desmobilização social, ora para promover mobilizações em favor do governo. A formação de um novo tipo de sujeito, que seria mais adequado à ideologia do regime, um cidadão patriota, trabalhador e saudável, foi objeto de campanhas desenvolvidas junto à sociedade. Nesse contexto, a cultura foi uma ferramenta de ação do Estado, com intuito de construir a sua legitimação e ampliar a sua base de apoio. Ela tornou-se um instrumento pedagógico com a produção de documentos, peças teatrais e publicações diversas que tinham como tema central o governo e a figura de Vargas (SOUZA, 2015).

O principal setor ao qual o regime se dedicava a mudar era o econômico. A política econômica teria como uma de suas principais metas a substituição das importações e o desenvolvimento de novas atividades econômicas, com ênfase ao setor industrial. O fomento à industrialização veio junto com o incentivo à mediação entre patrões e trabalhadores. A promulgação da consolidação das leis trabalhistas (CLT) em 1943, mostrou o quão era importante essa questão para o projeto governamental. Ao atender a essas demandas dos trabalhadores, Vargas foi considerado o “pai dos pobres”. Essa figura

paternalista, há muito arraigada na sociedade brasileira, ecoava também no contexto internacional, com a emergência, no cenário político, de diversos líderes carismáticos e projetos apoiados nas “massas”. Na América Latina, esses processos ficaram conhecidos como populismo. A figura paterna encontrava na sociedade o reconhecimento como chefe político e a forma de “retribuição” era um mecanismo de controle social, que levava os cidadãos a se dedicarem ao trabalho e colaborarem com o regime (SOUZA, 2015).

Essa relação gerada pelo projeto governamental de Vargas, em torno da exaltação do trabalho e do trabalhador, convocando-o a colaborar na construção de uma nação e conferindo-lhe direitos, dando um papel ativo, até então negado por parte do Estado, impactou de forma singular nos anseios da classe trabalhadora. O Estado autoritário foca no coletivo, no qual a sua ação ideológica é focalizada, é nele que busca a legitimidade social. Como objetivos do regime, são proclamados a garantia do equilíbrio e da harmonia da sociedade, canalizando a capacidade realizadora do indivíduo cidadão para utilizá-la em prol do funcionamento coletivo. Com essa justificativa, a ordem jurídica foi reformulada, e o código de 1890 foi considerado ultrapassado. Assim, em meio a diversas mudanças na legislação, em 1940 foi instituído o novo Código Penal, que nominava e classificava novos atores sociais, novas figuras e situações penais, ampliando os tipos de crime e criminosos. Essa reformulação demonstrou uma ordem jurídico-penal com uma visão eugênica da criminalidade. Focado no coletivo, o regime se esforçou para estabelecer padrões de conduta aceitos, tornando criminosos os desviantes dos comportamentos legitimados pelo Estado. (SOUZA, 2015).

Os médicos formavam um grupo social bem situado na sociedade e na máquina estatal. A década de 1930 também foi o momento em que se ampliou e consolidou a presença dessa classe dentro do aparelho do Estado. O discurso médico foi a base a partir da qual se desenvolveu o proibicionismo mundial e o brasileiro em relação às drogas, no século XX. Toxicomania foi o termo utilizado na perspectiva médica brasileira para referir-se ao consumo de substâncias psicoativas, após ter sido difundido na Europa. A toxicomania passou a ser a chave interpretativa para uma questão relativa à esfera da vida social, pensada com base nas teorias de raça, da degenerescência e da eugenia. A maconha não escapou desse processo de “medicalização” da sociedade, o enquadramento do hábito de fumar como toxicomania esteve estritamente ligado à acusação das classes subalternas e à dimensão racial, identificando os pobres e os negros como consumidores exclusivos da erva no Brasil (SOUZA, 2015).

Rodrigues Dória, médico, político e membro de uma influente família aristocrática sergipana, foi responsável pela transformação da planta em um problema social. Em 1915, ele lançou um artigo, intitulado “Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício”, onde argumentou que as camadas mais baixas da sociedade é que faziam uso, e pouco ou quase nada era conhecido na parte mais educada e civilizada. Era entre os analfabetos, pescadores, homens do campo, todos os grupos considerados “escória da nossa sociedade”, que ocorria a “violência cometida durante a embriaguez da maconha” (DÓRIA, 1958). Esse artigo “opera uma valoração racional da maconha” (SOUZA, 2020). Dória utiliza em sua tese as teorias deterministas do evolucionismo social e do racismo científico, concluindo que reprimir o uso da maconha poderia ser a solução para o controle das classes subalternas, formadas por negros e mestiços, grupos sociais considerados como “classes perigosas”. “Ao relacionar maconha e raça, ele correspondia a questões específicas do contexto social brasileiro, postas pela dinâmica histórica aos grupos que pretendiam reestruturar a sociedade sem alterar as antigas posições e normas que os mantinham hegemônicos” (SOUZA, 2020).

Mesmo com a publicação desse artigo, em 1915, e todo o alarme médico sobre a planta, as autoridades brasileiras não se dedicaram à regulação com tanta ênfase quanto a realidade de duas décadas posteriores. Somente a partir de 1932, a maconha foi alvo de regulação legal no Brasil. As décadas de 1930 e 1940 foram um período de grande esforço normatizador. Foram instituídas normas em 1932, 1936 e 1938. No plano internacional, esse momento foi o pico da repressão ao consumo de psicoativos, liderada pela Liga das Nações e orientada pelo modelo proibicionista posto pelo governo dos Estados Unidos. As autoridades brasileiras consideravam o modelo policial americano, em matéria de entorpecentes, o melhor modelo para ser utilizado, assim, comungava com o princípio básico do modelo proibicionista repressivo (SOUZA, 2015).

Ao longo dos anos 1930, se intensificou a campanha do Federal Bureau of Narcotic (FBN) na criação de normas para unificar a repressão às drogas. Em 1931, o FBN enviou ao governo brasileiro uma “Disposição sobre entorpecentes apreendidos sob Leis Federais de Narcóticos”, um documento de instrução para fiscais de alfândega nos Estados Unidos. Um ano depois, em 1932, a maconha entrava no rol taxativo de “substâncias tóxicas de natureza analgésica ou entorpecente” na primeira lei de drogas do governo Vargas, com o decreto n. 20.930/1932 (SOUZA, 2015).

Em 1937, o FBN alcançou seu grande objetivo, com a aprovação da Lei de Tributação da Maconha (Marihuana Tax Act), assinada pelo presidente Roosevelt, que tornava ilegal todo uso não medicinal ou não científico da planta nos EUA. A posse da planta estava proibida em qualquer parte dos estados norte-americanos que não tivesse o selo especial do Departamento do Tesouro. O FBN associava os imigrantes latinos ao uso da maconha, principalmente os mexicanos, bem como os grupos de *jazz*, formados em sua maioria por negros.

A maioria dos americanos estava mais preocupada com o aumento do consumo do ópio, morfina, cocaína e heroína, que tinham se tornado problema grave de saúde pública, do que com a maconha, pois seu uso recreativo não era tão comum até então. O principal motivo da proibição da planta em território norte-americano estava associado às grandes indústrias de papel e do jeans, que perdiam força com a produção do cânhamo, por ser mais barato e que tinha grande potencial para concorrer com essas indústrias já consolidadas. O motivo econômico foi então, o que mais impactou em sua proibição. (SOUZA, 2015).

Harry J. Aslinger foi o mais proeminente ator e defensor das leis proibicionistas norte-americanas. Atuando como comissário do serviço de narcóticos, ele ajudou a moldar a opinião pública sobre a maconha por gerações. Junto com outros cidadãos partidários da correção moral, acreditava que a nação só progrediria com o controle dos impulsos das massas. Ele percebeu que controlar 48 estados com o orçamento pós Depressão em 1929 era impossível. A solução encontrada foi convencer cada estado a vigiar o movimento local de tráfico. Assim, a questão das drogas passou a não ser mais um problema de saúde pública, mas sim, de segurança pública (SOUZA, 2015).

Em 28 de setembro de 1937, o embaixador dos EUA no Brasil encaminhou uma cópia do Marihuana Tax Act ao Itamaraty. Um fato curioso que Souza (2015) revela em seu estudo é que não há indícios, por parte do governo brasileiro, de um pedido desse documento, reforçando a ideia de que o interesse americano de difundir sua política proibicionista estava sendo concretizado, assim como aconteceu posteriormente em 1939, quando o governo brasileiro recebeu cópias de todas as leis e regulamentos em efeito nos EUA sobre o controle do tráfico de drogas narcóticas.

Os EUA definiram o proibicionismo das drogas como base de sua política externa, exercendo influência em todo o continente americano e especialmente no modelo proibicionista que se estabeleceu no Brasil. Contudo, sustentar que a experiência brasileira foi uma mera reprodução de um processo externo elimina especificidades, e seria equivocado. A repressão às drogas no Brasil, acima de tudo, foi um esforço consciente de propostas e mecanismos de controle social. Por isso, foi possível reprimir o uso psicoativo da maconha no século XX, com base em uma ideologia racista e excludente, “criminalizando a pobreza, abrindo mais uma porta de acesso às classes subalternas e justificando a intervenção violenta do Estado sobre elas” (SOUZA, 2015).

Em 1936, um ano antes da taxação americana à planta, foi criada a CNFE (Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes), por intermédio do decreto nº 780, de 28 de abril do mesmo ano. A CNFE surgiu após o governo federal alegar a necessidade de sistematização do serviço repressivo, contra a propagação da toxonomia e contra o tráfico de entorpecentes. Fundir controle social e nacionalismo deveria ser o cerne das ações da Comissão. O primeiro efeito dessa criação estava na consolidação da perspectiva médica sobre o uso psicoativo de drogas para encarar o problema, visto que a CNFE era constituída em sua maioria por médicos. O doutor Roberval Cordeiro de Farias era o presidente; o doutor Décio Parreiras, o representante do ministério do Trabalho; e o doutor Pedro Pernambucano Filho, o diretor do Sanatório Botafogo, no Rio de Janeiro. Eles estavam à frente da Comissão. Agora havia um órgão oficial dedicado à problemática das drogas (SOUZA, 2015).

A questão do proibicionismo ganhou espaço nos jornais no início da década de 1940. O jornal *Estado da Bahia* exibiu manchetes indicando que os principais locais de consumidores de maconha estavam nos estados do Maranhão, Piauí, Alagoas, Sergipe e Bahia. Na Bahia, o uso era feito por frequentadores de sessões de “magia negra” e “macumbas”. Numa entrevista dada ao jornal, percebe-se no discurso do presidente da CNFE um alinhamento com as ideias de Dória, definindo maconha como um hábito de negros, já que na época, “macumba” era sinônimo de práticas religiosas afro brasileiras. Em sua opinião, acusa diretamente o candomblé, que para ele é “magia negra” e “macumba”, de possuir intrínseca relação com a maconha (SOUZA, 2015).

Roberval Cordeiro de Farias insere a planta numa perspectiva preconceituosa, ao utilizar tais termos de forma pejorativa para referir-se a religião, e criminalizadora, ao

desconsiderar os possíveis usos religiosos. Desse modo, antigos mecanismos de controle da população afro-brasileira foram associados ao discurso condenatório sobre o uso da maconha em meados do século XX (SOUZA, 2015).

Em 1946, se encontraram em Salvador autoridades representantes de quatro estados da região nordeste, para o “Convênio para estudos dos problemas relacionados com o uso e comércio da Maconha”. Esse Convênio teve como objetivo geral desenvolver um mecanismo de repressão, definindo medidas de controle para aperfeiçoar os instrumentos burocráticos. Foram discutidas formas para facilitar a destruição das plantações de maconha encontradas pelas autoridades estaduais, durante três dias de convenção, o que resultou em um conjunto de conclusões a serem seguida. Entre elas, uma se destaca, a de número 18: “Matriculo dos cultos afro brasileiros (nas delegacias e costumes estaduais) e intercâmbio policial-médico de ordem educativo-higiênica”. Essa conclusão estava ligada à exposição de dados estatísticos, feita por João Mendonça, que afirmava haver entre os usuários de maconha “predominância de pretos e mulatos”. (SOUZA, 2015).

Esse perfil dos usuários de maconha associava cor e classe social, transformando esses grupos em alvo de ações policiais, estendendo a suspeita às práticas religiosas. E se os negros formavam a maioria, uma religião composta por eles deveria ser vigiada de perto por um “intercâmbio policial-médico”, para coibir qualquer forma de uso, negligenciando os significados ritualísticos que pudessem ter e justificando a ação violenta do Estado sobre o seu modo de vida (SOUZA, 2015).

Apesar de compor o rol de substâncias proscritas desde 1932, a maconha também era, sob forma de preparações médicas, “substância de existência obrigatória nas farmácias”. Sendo proibida qualquer forma de uso fora dos padrões da medicina científica, a droga era legalmente importada para atender as necessidades dessa medicina, vide os cigarros *Indios Grimault* do laboratório francês *Grimault & Comp*, que eram vendidos para problemas respiratórios, flatos, tosse, entre outros, e de livre publicidade em pequenos anúncios de jornais da época. A mesma ciência que condenava e estigmatizava seus usuários, reconhecia seus usos medicinais. Isso mostra que a planta não era o “mal” em si, mas o “mal” estava como e com quem a usasse.

Uma indiferença de quase vinte anos mostrou que não bastava só uma classe para instituir o “o problema da maconha”, era preciso uma conjuntura social aliada ao discurso médico. Na década de 1930, o movimento transnacional de combate às drogas, liderado pela Liga das Nações e pelos Estados Unidos, e as demandas internas de controle social do governo Vargas geraram um aparato legal para a maconha ser considerada ilícita. Assim, para o entendimento da consolidação desse “problema”, a questão da maconha e dos seus usuários, trata-se de elucidar o complexo jogo de poder e os diversos agentes sociais envolvidos, mostrando-nos que todo o processo de criminalização da maconha foi desenvolvido como um mecanismo de controle de classe e preconceito racial.

Capítulo 3 – Uso medicinal e a Redução de Danos

O uso para fins terapêuticos da maconha é ancestral. A relação entre nós humanos e a maconha ultrapassa 10 mil anos. Fósseis trazem evidências de que no período paleolítico já existia o cultivo, manejo e processamento de maconha. Detentora de uma das fibras mais resistentes do reino vegetal, ela pode ser e vem sendo utilizada nos países em que é descriminalizada e legalizada como matéria prima nas indústrias têxtil, naval, automobilística e papelreira. Os óleos de suas sementes servem para a nutrição animal, humana e combustível renovável. (FILEV, 2021).

A década de 1960 foi uma verdadeira divisora de águas para a maconha no contexto médico. A compreensão da estrutura molecular da planta e a descoberta do sistema endocanabinoide revolucionou os estudos e a potencialidade terapêutica. Em 1963, o doutor Raphael Mechoulam e sua equipe da Universidade Hebraica de Jerusalém isolaram e sintetizaram o CBD e o THC (1964), principal psicoativo da planta. Essa descoberta foi um marco, pois permitiu que a ciência começasse a entender como ela se comporta no organismo humano. Nos anos de 1970, o professor emérito da Unifesp Elisaldo Carlini descobriu a relação entre CBD e redução de convulsões. Em 1980, nos EUA, Allyn Howlett descobre o receptor humano de endocanabinoides, o CB1 e o CB2. Em 1992, Lumir Hanus descobre o endocanabinoide anandamida, também conhecido como “molécula da felicidade”.

Nos organismos humanos existe uma série de receptores que funcionam como espécies de fechaduras que são abertas quando lhes são apresentadas as chaves correspondentes. Quando uma fechadura (receptor) reconhece a sua chave (substância) - momento de interação bioquímica entre receptor e substância – desencadeiam-se os efeitos que correspondem à resposta biológica do organismo à substância. O sistema endocanabinoide é constituído pelos receptores canabinoides (CB1 e CB2), pelos endocanabinoides, pelas enzimas envolvidas no seu metabolismo e pelo respectivo transportador na membrana celular. Os receptores de CB1 são encontrados em maior parte nas regiões do cérebro, e os receptores de CB2, por sua vez, estão em maior quantidade no sistema imunológico (FILHO; NIKOBIN, 2021). Desse modo, os canabinoides são mais utilizados em forma de óleo, por serem capazes de tratar um grande número de doenças com suas propriedades anticonvulsivantes, anti-inflamatórias, ansiolíticas, antipsicóticas, neuroprotetoras e até antitumorais, além do seu efeito analgésico. O THC,

princípio psicoativo, também é estudado como tendo uso potencial em tratamentos terapêuticos, como por exemplo, tratamentos de depressão, de ansiedade ou de estresse pós-traumático. Outras substâncias psicoativas consideradas ilegais, como os estimulantes MDMA e os alucinógenos LSD também são estudados (FILHO; NIKOBIN, 2021). Há ainda estudos consolidados sobre os efeitos positivos, em relação às mesmas doenças citadas, com microdoses de psilocibina, enteógeno encontrado em cogumelos (LEMOS, 2021).

O uso medicinal e recreativo da maconha vem sendo legalizado em uma série de países nos últimos anos. Essa legalização e a de outras substâncias psicoativas não aumentou o seu consumo e nem incitou a criminalidade, diferentemente do que tem sido argumentado ao longo dos anos. O que se viu na realidade foi o oposto: diminuição dos crimes relacionados ao consumo (FILHO; NIKOBIN, 2021). No Brasil, somente em 2016, e mediante decisão judicial, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) se viu obrigada a regulamentar a prescrição e importação de maconha para finalidade terapêutica. A burocracia, a necessidade de cadastro, o custo elevado, a incapacidade de conhecer a variedade que foi utilizada para a produção do extrato e o perfil de canabinoides presentes são entraves para aqueles que precisam da terapia legalmente. Há um enorme distanciamento entre os fitoterápicos e as pessoas que poderiam usufruir de seus benefícios terapêuticos. Além do pouco interesse dos órgãos regulatórios como Anvisa, Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina em desenvolver e viabilizar o acesso, tanto para fins terapêuticos quanto para científicos, de maneira mais abrangente e menos custosa.

Diante dessa realidade, encontramos o cerne de um dos principais desafios para uma regulamentação mais efetiva: o cultivo demanda certo conhecimento técnico, se não há investimento na pesquisa e aplicação, mais nos distanciamos da possibilidade de produzir medicamentos mais acessíveis. Em tempos de proibição, a produção de cultivo associativo é um dos métodos mais seguros e baratos de se obter canabinoides e conhecer o que se consome. A capacidade de cultivar diversas variedades da maconha possibilita obter diversos perfis canabinoides, o que pode ampliar a oportunidade terapêutica para diversos efeitos distintos que a planta possa vir a ter. Essa pluralidade de benefícios no aspecto terapêutico se dá pelo sistema endocanabinoide presente em nosso corpo. A disputa política no Brasil pela regulamentação da maconha vem sendo travada pelas famílias dos indivíduos acometidos que sofrem das mais diversas doenças e encontram

na planta, um eficaz tratamento. Assim, as autoridades governamentais estão sendo pressionadas para reconhecer sua eficácia e viabilizar o seu uso.

A regulamentação do uso medicinal da maconha se dá com o Projeto de Lei 399/2015, de autoria do deputado Fábio Mitidieri (PSD-SE), que altera o artigo 2º da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para que se torne legal a comercialização de medicamentos que contenham extratos, substratos ou partes da planta *Cannabis sativa*. Em 20 de abril de 2021, o deputado Luciano Ducci (PSB-PR) apresentou um texto substitutivo, ampliando o projeto para condições de cultivo da planta no território, com finalidade medicinal, veterinária e industrial. (IPSEC, 2021).

A ampliação do substitutivo com vistas ao *lobby* de setores poderosos farmacêuticos inviabiliza a produção por associações de pequeno porte, devido aos entraves burocráticos estabelecidos. Associação é um modelo de produção que une pessoas, sem fins lucrativos, com o intuito de dividirem tarefas e compartilharem um cultivo feito de maneira conjunta. Diante disso, as associações apresentaram críticas ao modelo, que as equipara às indústrias farmacêuticas, quando as associações fazem medicamentos artesanais, o que é muito diferente do que é feito nos laboratórios. “Com isso, a principal crítica das associações é que se caso o projeto for aprovado tal como apresentado, apenas aquelas associações com porte de indústria poderão funcionar, inviabilizando assim o progresso do modelo artesanal associativo que vem sendo criado no país” (TORQUATO, 2021).

Contudo, o PL encontra-se no “limbo” legislativo, pois segue sem previsão de retomada para o debate na Câmara. Para o presidente do Instituto de Pesquisas Sociais e Econômicas da Cannabis (Ipsec), Bruno Pegoraro, “a chance de vê-lo sancionado sem vetos pelo presidente Jair Bolsonaro, que já se posicionou publicamente contra a proposta, é mínima” (RITLI, 2021). No site do Ipsec, encontra-se um gráfico “termômetro” sobre a possibilidade de aprovação do projeto de lei, que mostra que atualmente a possibilidade de aprovação pela Câmara é maior do que quando foi apresentado. Esse percentual aumentado pode estar associado à disseminação do conhecimento sobre a planta e os resultados positivos, após as regulamentações em outros países.

Probabilidade atual de aprovação

Calculada em 18/05/2021

67%

Fonte: Ipsos



Fonte: Ipsos

A primeira vez que o termo Redução de Danos (RD) foi utilizado ocorreu na Inglaterra em 1926, em um documento chamado “Relatório Rolleston”. Com ele surgia uma nova forma de tratamento, médicos poderiam prescrever opiáceos a dependentes para lidar com as síndromes de abstinência dos usuários e controlar o uso da droga. Mas, somente na década de 1980 é que os princípios dessa proposta foram sistematizados em forma de programas. O surgimento da AIDS fez com que uma nova perspectiva em relação ao uso de drogas fosse instaurada. Na Holanda e na Inglaterra surgiram os primeiros centros de distribuição e troca de agulhas e seringas. Em 1994, a RD tornou-se uma política estratégica do SUS (Sistema Único de Saúde), com o objetivo de prevenção de hepatites virais e da AIDS, caracterizada pela proposta metodológica de cuidado com a saúde (GIRLS IN GREEN, 2018).

A RD é a aceitação ao respeito à liberdade, à autonomia e aos direitos civis dos cidadãos. Ela não faz apologia às drogas, mas sim, incita ao conhecimento de diversas substâncias associadas ao uso, abuso ou dependência. O papel da RD é alertar sobre a composição, efeitos e riscos de qualquer substância psicoativa. A proposta é de uma educação preventiva e de políticas alicerçadas na realidade, em experiências profissionais e em pesquisas, com o objetivo de garantir a saúde, segurança e bem-estar do usuário (DA ROS, 2021). Para o ex-secretário nacional antidrogas Wálter Fanganiello Maierovitch, é preciso haver informação de qualidade, desvinculada da moral, do poder econômico e das

forças políticas (VERGARA, 2016). A RD leva em conta que é impossível viver em um mundo livre das drogas, e vê no modelo proibicionista algo utópico e inatingível (GIRLS IN GREEN, 2018).

A RD atua diretamente na garantia dos direitos dos usuários respaldada na Lei de Drogas atual, que garante o amparo necessário para a recuperação e ressocialização em instituições especializadas. Um dos princípios fundamentais do Direito Penal Brasileiro é garantir liberdades individuais e privadas. Embora, hoje, o usuário não deva ser preso, não há legislação sobre a quantidade limite, o que a torna bastante arbitrária. Uma nova regulamentação de substâncias psicoativas que leve em conta a RD pode ser muito melhor para a saúde pública do que continuar combatendo o seu uso. Há estudos que mostram o quanto a guerra às drogas pesa nos cofres públicos, e somos nós cidadãos que contribuimos com os impostos que financiam os gastos suntuosos com essa guerra. Os custos para manter a política repressiva superam milhões por operação.

Para elucidar os efeitos da atual política de drogas, podemos encontrar alguns dados do *Guia de Bolso para Debates Sobre Políticas de Drogas*, formulado pela Plataforma Brasileira de Política de Drogas:

1. Um aumento vertiginoso no número de prisões no Brasil, que somou a terceira maior população carcerária do mundo em 2017. Depois da aprovação da Lei de Drogas, em 2006, o número de presos no país cresceu 81%, chegando a mais de 726 mil pessoas em 2016;
2. Prisões arbitrárias contra usuários, já que metade das prisões por tráfico de maconha no Estado de São Paulo, entre 2015 e 2017, foi por até 40 gramas da erva, equivalente a dois bombons;
3. De 2009 a 2016, quase 22 mil pessoas foram mortas pela polícia, de acordo com números oficiais. 76% delas eram negras, 99,3% eram homens e 81,8% tinham entre 12 e 29 anos.

Diante desse panorama, de uma política que privilegia o encarceramento em massa de uma população mais vulnerável, é importante que se estabeleçam políticas públicas baseadas no investimento em saúde e educação, visando uma reforma que contemple as políticas de cuidado, de acesso ao tratamento, de autonomia e respeito aos direitos humanos, e que, no caso da maconha, atenda aqueles que precisam de acesso aos

componentes terapêuticos contidos nas plantas. A quebra desse paradigma ocorrerá quando houver plena compreensão por parte da população dos reais motivos pelos quais o acesso a essa planta e seus derivados é impedido.

Considerações Finais

A maconha é uma planta exótica, ou seja, não é nativa do território brasileiro. Ela cruzou, assim como outras diversas especiarias, os mares. Partindo do Oriente, difundindo-se na Índia, atingiu os continentes africano e europeu. Transportada nas rotas comerciais, ela se prestou aos mais variados usos, incorporando novas formas de consumo e recebendo novos sentidos relacionados com os contextos sociais e culturais nos quais se estabelecia.

As expressões usadas para referir-se à maconha no Brasil têm origem na língua bantu, falada por povos africanos que foram trazidos como escravos, derivadas de: *liamba*, *riamba* e *diamba*. Elas diferem das usadas na Índia, como *banghou bangi*, ou usadas pelos árabes como *haschisch*. A planta possui raízes profundas na história da humanidade, convive “com chineses, indianos, persas, gregos, citas, árabes, sírios, egípcios e outros povos africanos, europeus e americanos, alguns por séculos, outros desde milênios ” (SOUZA, 2015).

A maconha tem sido tema de diversas pesquisas e escritos literatos, filósofos, históricos e botânicos, “aos quais não passou despercebida sua presença desde a antiguidade” (SOUZA, 2015). As descobertas científicas comprovadas de hoje em dia remontam aos aspectos medicinais já conhecidos em passados remotos. Nas primeiras décadas do século XX, no Brasil, o uso da planta com finalidade fitoterápica, lúdica e espiritual ocorreu sem impedimentos. Foi nas décadas de 1930 e 1940, que se elaborou um discurso, enunciado por setores da elite intelectual que se tornaram proibicionistas, agregando “leis, instituições públicas, cientistas, polícia, justiça e imprensa num esforço comum de criminalização e repressão ao uso” (SOUZA, 2015). O estigma social, atribuído aos usuários de maconha, era endereçado às “camadas mais baixas da sociedade”. Esse discurso, eugênico e racista, foi sustentado para a manutenção de antigas estruturas sociais, onde a repressão às classes subalternas servia ao intento de controle de setores da sociedade considerados “perigosos”.

A Liga das Nações e os EUA, grande potência mundial, influenciaram diretamente nos assuntos sobre entorpecentes e na forma de gestão das drogas assumida pelo Estado brasileiro. Este, serviu de interlocutor com outros países da América do Sul, que também adotaram o modelo proibicionista como forma de combate às drogas, como

por exemplo, a Venezuela, Colômbia, Argentina e Chile. Esse movimento global, entretanto, assumiu suas especificidades nos diversos contextos locais. Assim, o modelo brasileiro de combate às drogas não foi uma mera reprodução ou transposição de modelos externos, mas sim uma adaptação destes ao contexto interno.

Porém os resultados dessa política proibicionista indicam a sua pouca eficiência no controle do consumo e resultam em uma dinâmica social de encarceramento em massa. O estereótipo do usuário de maconha, formulado ao longo do século XX, ainda se mantém vivo no ideário e nas práticas sociais de autoridades policiais e jurídicas. Dessa forma, uma reforma na política de drogas, que leve em conta a Redução de Danos, é de grande importância para que a maconha deixe de ser “bode expiatório” e seja incluída em políticas públicas focadas em educação, atenção, cuidado, acesso ao tratamento, autonomia e respeito aos direitos humanos. “Sem homogeneizar como crime nem nivelar como doença, a autonomia individual na administração dos estados de consciência diz respeito ‘ao direito imprescindível do homem de definir ele próprio o seu caminho, de modo independente e sem tutelas’” (SCHEERER, 1992 apud SOUZA, 2015). Trata-se, portanto, de uma política de inclusão: da planta e de seus usuários.

Referências Bibliográficas

AME+ME. “*Gênero Cannabis*”. 03 de abril de 2017. Disponível em: <<https://amame.org.br/genero-cannabis/>> .

AME+ME. “*Conheça a história da maconha medicinal*”. 2019. Disponível em: <<https://amame.org.br/historia-da-cannabis-medicinal/>> .

BRASIL. Ministério da Saúde. *Maconha: coletânea de trabalhos brasileiros*. Serviço Nacional de Educação Sanitária. Oficinas Gráficas do IBGE: Rio de Janeiro. 1958.

BRASIL. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil*. Rio de Janeiro: Congresso Nacional: Centro Gráfico. 1891.

BRASIL. *Decreto nº 20.930, de 11 de Janeiro de 1932*. Diário Oficial da União - Seção 1 - 16/1/1932. 1932.

Cannabis & Saúde. *Cannabis Medicinal: História, Importância e Desafios no Brasil*. 21 de junho de 2021. Disponível em <<https://www.cannabisesaude.com.br/cannabis-medicinal/>> .

Cannabis & Saúde. *Entenda a Lei*. Disponível em: <<https://www.cannabisesaude.com.br/entenda-a-lei/>>.

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

CIGARROS DE GRIMAULT. Jornal do Commercio, Rio de Janeiro, 15 de maio de 1983. p. 4. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=364568_08&PagFis=15889&Pesq=cannabis> .

DA ROS, Vera. *Redução de danos, maconha e outros temas polêmicos*. In: SAADI, Luciana; ZEMEL, Maria de Lurdes S. *Maconha: os diversos aspectos, da história ao uso*. Blucher. São Paulo, 2021.

DIRIJO. Direção: Organização dos Professores Indígenas Mura e Raoni Valle. Brasil. Acervo Formiga. 2008.

DÓRIA, José Rodrigues da Costa. *Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício*. In: *Maconha: coletânea de trabalhos brasileiros*. Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Educação Sanitária. Rio de Janeiro. Oficinas Gráficas do IBGE, 1958. 2. Ed. Originalmente publicado em 1915.

FILEV, Renato. *Os usos terapêuticos da maconha*. In: SAADI, Luciana; ZEMEL, Maria de Lurdes S. *Maconha: os diversos aspectos, da história ao uso*. Blucher. São Paulo, 2021.

FILHO, Dartiu X. da S; NIKOBIN, Rodrigo. *O uso terapêutico dos canabinoides: novas perspectivas e informações clínicas*. In: SAADI, Luciana; ZEMEL, Maria de Lurdes S. *Maconha: os diversos aspectos, da história ao uso*. Blucher. São Paulo, 2021.

FFORMIGA FFORMIGA. *Filme: Dirijo*. Acervo formiga. 23 de janeiro de 2019. Disponível em <<http://acervoformiga.art.br/acervoformiga/2019/01/23/filme-dirijo/>> .

GIRLS IN GREEN. *O que é redução de danos*. 3 de outubro de 2018, Disponível em <<https://girlsingreen.net/blog/o-que-e-reducao-de-danos>> .

IPSEC. PL 399/2015. Disponível em <<https://ipsecbrasil.org/pl-399-15/>> .

LEMOS, G. *Utilização do LSD para tratamento em pessoas com depressão e transtorno de ansiedade generalizada, uma revisão literária*. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 7(4), 207–218. 2021.

MACRAE, Edward. *Os usos religiosos e espirituais da Cannabis*. In: SAADI, Luciana; ZEMEL, Maria de Lurdes S. *Maconha: os diversos aspectos, da história ao uso*. Blucher. São Paulo, 2021.

ROSA, Lilian da. *Maconha: origem e trajetória*. In: SAADI, Luciana; ZEMEL, Maria de Lurdes S. *Maconha: os diversos aspectos, da história ao uso*. Blucher. São Paulo, 2021.

RITLI, Thaís. *PL 399: projeto de lei sobre maconha medicinal cai no limbo legislativo*. 22 de setembro de 2021. Disponível em: <https://www.smokebuddies.com.br/pl-399-limbo-legislativo/>> .

SAAD, Luísa Gonçalves. *“Fumo de Negro”*: a criminalização da maconha no Brasil (c. 1890-1932). Tese (Mestrado em História Social) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia. Bahia. 2013.

SAADI, Luciana; ZEMEL, Maria de Lurdes S. *Maconha: os diversos aspectos, da história ao uso*. Blucher. São Paulo, 2021.

SILVA, Eroy Aparecida; MOURA, Yone G. de. *Maconha e vulnerabilidades sociais: o que sabemos?*. In: SAADI, Luciana; ZEMEL, Maria de Lurdes S. *Maconha: os diversos aspectos, da história ao uso*. Blucher. São Paulo, 2021.

SOUZA, Jorge Emanuel Luz. *Sonhos da diamba, controles do cotidiano: uma história da criminalização da maconha no Brasil republicano*. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2015.

TORQUATO, Erik. *O que é o PL 399/2015*. Smoke Buddies. 14 de maio de 2021.

Disponível em: <<https://www.smokebuddies.com.br/erik-torquato-responde-pl-399/>> .

VERGARA, Rodrigo. *Drogas o que fazer a respeito*. 31 de outubro de 2016. Disponível em: <<https://super.abril.com.br/saude/drogas-o-que-fazer-a-respeito/>>.