

O jardim de dona Cleuza: legalidade, acesso e conflitos morais no cuidado em saúde com *cannabis sativa* no Brasil*

Nara Fagundes^a ■ Eliane Maria Fleury Seidl^b

Resumo: Este artigo discute as atualidades do cenário jurídico, político e moral brasileiros em relação ao uso da *cannabis sativa*, ou maconha, para fins terapêuticos, a partir da análise de um recente caso de mandado de prisão de uma cultivadora da planta, usada para o tratamento de saúde de seu filho. Algumas reflexões são propostas acerca dos antagonismos brasileiros entre cuidado em saúde, legalidade e moralidade, para pensar a retomada da velha prática de cuidado com cannabis, pautada pela empatia e pelas melhores evidências científicas.

Palavras-chaves: maconha; cannabis sativa; cuidado em saúde; proibicionismo; bioética

Recibido: 07/07/2024 **Aceptado:** 20/06/2025 **Disponible en línea:** 26/09/2027

Cómo citar: Fagundes N, Fleury Seid EM. O jardim de dona cleuza: Legalidade, acesso e conflitos morais no cuidado em saúde com cannabis sativa no Brasil. Rev. latinoam. bioet [Internet]. 26 de septiembre de 2025 [citado 25 de septiembre de 2025];25(2):67-80. Disponible en: <https://revistas.umng.edu.co/index.php/rlbi/article/view/7469>

* Artigo de reflexão.

a Doutoranda em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Brasil.
Email: narafagundesc@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9200-0973>

b Professora Doutora titular do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Brasil.
Email: eliane.seidl@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1942-5100>

El jardín de doña Cleuza: legalidad, acceso y conflictos morales en la atención en salud con cannabis sativa en Brasil

Resumen: Este artículo analiza el escenario jurídico, político y moral brasileño actual con relación al uso de cannabis sativa o marihuana con fines terapéuticos, a partir del análisis de un caso reciente de orden de aprehensión contra una cultivadora de la planta utilizada para la atención médica de su hijo. Se proponen algunas reflexiones sobre los antagonismos brasileños entre atención a la salud, legalidad y moral, para pensar en retomar la antigua práctica de cuidado con cannabis, guiados por la empatía y por mejores evidencias científicas.

Palabras clave: marihuana; cannabis sativa; atención sanitaria; prohibicionismo; bioética

The garden of mrs. Cleuza: legality, access and moral conflicts in healthcare with cannabis sativa in Brazil

Abstract: This article discusses the current legal, political and moral scenario in Brazil regarding the use of cannabis sativa, or marijuana, for therapeutic purposes, based on the analysis of a recent case of arrest warrant against a grower of the plant, used for the medical care of her son. Some reflections are proposed on the Brazilian antagonisms between health care, legality and morality, to contemplate the revival of the traditional health care practice with cannabis, guided by empathy and better scientific evidence.

Key-words: Marijuana; Cannabis Sativa; Health Care; Prohibitionism; Bioethics

Introdução

Neste artigo, maconha e cannabis são entendidos como conceitos iguais. Etimologicamente, maconha pode ser uma derivação — um anagrama — da palavra cânhamo, que é uma variedade de *cannabis sativa* usada para a produção de fibras (1). E também da palavra cana, em razão das semelhanças entre essas espécies vegetais (2). O termo cannabis se refere ao gênero da planta (1, 2, 3), que pode apresentar três variedades diferentes — a sativa, a indica e a ruderalis — e pretende um verniz científico, em contraste ao verniz popular do termo maconha. Mais recentemente, alguns pesquisadores e profissionais da área têm utilizado também o termo cânabis, no intuito de aportuguezá-lo, conferindo por fim o verniz ativista à planta, que denota um posicionamento político, que ficará evidente no decorrer do texto.

Os primeiros registros históricos da domesticação (sativa¹) da cannabis vêm do leste da China, há aproximadamente doze mil anos, para usos fabris, e há mais de quatro mil para usos terapêuticos, também na Índia e no Oriente Médio (1, 2). A planta seguiu, assim, sendo explorada para diferentes fins em várias partes do mundo, incluído o Brasil, até o início do século XIX quando, atravessada fortemente por questões raciais e econômicas, começou a ser progressivamente criminalizada por diversos países, na sua equívoca e reiterada equiparação a outras substâncias psicoativas, como a heroína, a cocaína e a morfina.

As primeiras sementes de cannabis vieram do continente africano para as Américas, a partir do século XVI, com os negros escravizados, que faziam usos ritualísticos e recreativos do “Pito do Pango” ou “Fumo de Angola” (4), nas aceções brasileiras. Assim, o consumo de maconha chegou ao continente americano naturalizado, como um hábito sobretudo entre a população negra (5).

Quase três séculos depois da sua chegada ao continente americano, o Brasil iniciou oficialmente uma campanha persecutória à maconha, que

perdurou sistematicamente até o início do século XXI. No ano de 1830, pouco antes da escravização de populações negras se tornar ilegal, foi publicada a primeira lei que proibiu o uso da maconha no Brasil, com uma citação explícita aos escravizados como os únicos sujeitos à pena de reclusão, enquanto o vendedor do Boticário, “branco e livre, recebia apenas uma pena de multa” (6).

No entanto, paradoxalmente, até o início do século XX, a maconha seguia disponível nas prateleiras das farmácias brasileiras, com indicações para tratamentos de asma, catarro, insônia, entre outros. Estava classificada em quatro categorias terapêuticas: os sedativos e hipnóticos, os analgésicos, os destinados ao aparelho digestivo e os recomendados para o aparelho reprodutor — em especial, os afrodisíacos e os estimulantes (7). Além de estar na seara das plantas sagradas, usadas em manifestações religiosas de matriz africana e indígena (3). Uma de suas variedades, o cânhamo, selecionado especificamente para a produção de fibras, dominava à época a indústria internacional de tecidos e do papel e adentrava até a indústria automobilística, a partir do desenvolvimento de combustíveis à base de óleo de maconha (8).

A partir da década de 1930, o Brasil fortaleceu as práticas institucionais de controle sobre o uso da cannabis e das populações envolvidas com a planta, seja no plantio ou no consumo — o Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938, é entendido como a primeira proibição legal no Brasil do plantio, da cultura, da colheita e da exploração da maconha, além da morfina, da cocaína e da heroína, todas na mesma categoria de substâncias entorpecentes (9). O Decreto regulamenta também a destruição das plantas em todo o território nacional pelas autoridades policiais.

Esse fortalecimento do controle institucional dos usos da maconha no país ocorreu sobretudo na esteira do então cenário estadunidense da *guerra às drogas*, onde a proibição da bebida alcoólica pela Lei Seca levou a um significativo aumento no consumo de cannabis e, convenientemente, a mídia e os lobbies da indústria petroleira e de tecidos sintéticos daquele país associaram o aumento da criminalidade ao consumo da planta, ao invés de associá-lo à crise econômica de 1929, como seria mais verossímil.

1 “O que se semeia ou cultiva, que não é nativo nem espontâneo”. Michaelis – *Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa*. Em: <https://michaelis.uol.com.br/palavra/laxVv/sativo/>

A resposta institucional majoritariamente punitiva para a questão das substâncias psicoativas tem então seu berço no século XX, sob o comando dos Estados Unidos. Desde então, a lei penal tem sido a única solução para a abordagem do comércio de drogas ilícitas, propiciando as bases para o tráfico e o crime organizado. Afinal, como todo comércio, o de drogas requer organização, legal ou ilegalmente controlada (10).

Assim, historicamente, o Brasil manteve sua dinâmica proibicionista com a maconha, promovendo um discurso midiático que associava o uso da planta à sintomas de surtos esquizofrênicos, psicoses e a comportamentos violentos, em compasso com a campanha de difamação planetária (3) à qual a planta vem resilientemente sobrevivendo há mais de um século. Associadas a essa narrativa, as pesquisas científicas com cannabis tiveram seus financiamentos descontinuados e cresceu o desincentivo à continuidade da produção de medicamentos, até a culminância na criminalização penal do uso, do porte e da comercialização da cannabis.

Essa dinâmica se intensificou notadamente a partir de 1971, quando a proibição foi consolidada no plano internacional, por meio da Convenção das Nações Unidas sobre Substâncias Psicotrópicas. Esse tratado classificou o tetrahydrocannabinol (THC), a principal substância psicoativa da maconha, como sob controle internacional (11), com alto potencial de abuso e sem aceitação formal para uso terapêutico, ao lado de outras substâncias como o LSD (ácido lisérgico, em português), a heroína e o peyote.

A política de drogas vigente hoje no Brasil está fundamentada na Lei 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), um arcabouço normativo que integra ações de prevenção ao uso indevido de substâncias e de cuidado e reintegração social de indivíduos dependentes de drogas. Além disso, a lei estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, e define as condutas consideradas criminosas. No campo regulatório, a Portaria 344/1998 do Ministério da Saúde estabelece os critérios de controle sobre substâncias e os medicamentos sujeitos a controle especial. Nesse contexto, a cannabis está classificada na lista de

“plantas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas” (12), relegada, portanto, à seara criminal, que prioriza a repressão, em detrimento da exploração de seus potenciais benefícios terapêuticos e industriais.

A práxis brasileira está, então, ancorada no proibicionismo, que cria tipos penais para problemas sociais, focando, portanto, na penalização, ao invés do cuidado, priorizando ações de segurança, em detrimento das estratégias da saúde. Fórmula essa que resulta no sistemático encarceramento de uma população específica — negra e pobre. Isso ocorre apesar de os dados históricos mostrarem que a proibição do uso e da comercialização de substâncias psicoativas nunca produziu efeito real na inibição da prática de crimes, nem no consumo dessas substâncias. Em sentido oposto, mostra-se responsável pela manutenção de um mercado ilegal que promove violências, como também pelo banimento deliberado do uso de fitoterápicos milenares no cuidado em saúde.

Dessa forma, este artigo pretende discutir e refletir teoricamente a partir do caso recente do mandado de prisão contra a Dona Cleuza Ladário (13) — mãe e cuidadora do Samuel, paciente atípico que necessitava de cuidados integrais, cultivadora e produtora de óleo de cannabis, parte do tratamento de saúde do seu filho — algumas questões pertinentes aos conceitos de empatia (14) e dignidade (15), em suas perspectivas bioéticas, para ampliar os debates sobre o uso terapêutico da planta, ainda criminalizada no país e moralmente estigmatizada.

Assim, o caso em tela será analisado à luz da revisão da literatura relativa ao tema, por sua pertinência temporal, moral, legal e sanitária. O artigo também faz uma breve comparação com o cenário canábico internacional, para situar melhor o Brasil na discussão e para trazer à mesa o caráter irrefreável da descriminalização e da legalização da maconha, mesmo com todos os alarmes (16) e pânico morais (2) que os usos da planta suscitam.

Revisão de Literatura

A proibição dos usos da maconha no Brasil e no mundo é reflexo de um processo histórico balizado

pelos interesses econômicos de parte das indústrias modernas – têxtil, farmacêutica, de bebidas alcóolicas, entre outras –, pelo racismo estrutural e pelo conservadorismo moral (7). Este artigo, ao evidenciar esse processo, adota o antiproibicionismo como principal linha teórica para a condução da discussão apresentada e se pauta pela defesa do direito à saúde como um direito humano e um dever do Estado, aos moldes das concepções da reforma sanitária brasileira (17).

Ao longo da história, as sociedades humanas têm recorrido ao uso de substâncias psicoativas exógenas em rituais tanto seculares quanto religiosos, evidenciando a recorrência crônica dessa prática em diversos contextos culturais.

O mais recente Relatório Mundial sobre Drogas (18) das Nações Unidas aponta que esse uso tem crescido ao longo da última década, em comparação com a década passada. A estimativa global de pessoas que usaram alguma droga no último ano prévio à finalização do estudo, 2022, é de 292 milhões, ou 5,6% da população entre 15 e 64 anos de idade — o que representa 20% a mais que na década anterior. No mesmo período, a cannabis permaneceu sendo a substância mais usada mundialmente, com uma estimativa de 228 milhões de usuários (18), seguida pelos opióides, com 60 milhões, pelos estimulantes à base de anfetamina, com 30 milhões, e pela cocaína e o ecstasy, com 23 e 20 milhões, respectivamente.

O Relatório (18) esclarece ainda que os homens, em geral, são mais propensos ao uso de drogas, inclusive maconha, que as mulheres. Porém, as mulheres que usam substâncias psicoativas enfrentam mais danos e mais barreiras de acesso para iniciar tratamentos de dependência pelo uso problemático que os homens. Evidenciando aqui uma disparidade de gênero no cenário mundial de drogas, que também apresenta variação geográfica — enquanto na Ásia somente 9% dos usuários de cannabis são mulheres, na América do Norte são 45% (18).

Outro importante achado desse mais recente levantamento mundial, que corrobora a assertiva de outros autores referenciados aqui (3, 19), versa sobre o uso de maconha entre adolescentes como uma preocupação em muitas regiões do mundo, agravada ainda pelo crescimento contínuo da

prática do uso de *vapings*, os cigarros eletrônicos. Isso porque a adolescência é um período crítico da vida para o neurodesenvolvimento, assim, a iniciação do uso de cannabis nesse período, e o uso regular e frequente, tem sido associado ao maior risco de uso problemático, à comorbidades psiquiátricas e à questões de desenvolvimento na fase adulta.

Tal achado remete aos grupos de risco da maconha (3), conforme avalizado por muitos pesquisadores. São eles: gestantes e lactantes; crianças e adolescentes, sem patologias específicas indicadas para o tratamento orientado com cannabis; pessoas com propensão genética à psicose; e pessoas com depressão.

No Brasil, dados do 2º Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (20), realizado entre 2006 e 2012, indicam que aproximadamente 8 milhões de indivíduos já fizeram uso da cannabis. Esse número revela a amplitude do consumo dessa substância no país e sugere a necessidade de uma análise mais aprofundada sobre os fatores socioculturais e políticos que permeiam sua utilização e regulação.

Dessas 8 milhões de pessoas, aproximadamente 1,5 milhão faz uso diariamente. A Organização Mundial de Saúde (oms) (21) também revela que cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consome abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. E que o uso indevido de álcool e tabaco tem a maior prevalência global, trazendo também as mais graves consequências para a saúde pública mundial.

Como supracitado, a proibição não inibe o consumo, ela tão somente compromete algumas dimensões de uso da cannabis (3). Entre elas, é possível citar a impossibilidade na verificação da dosagem, do grau de pureza e de degradação das substâncias (*substance*); a suscetibilidade do corpo da pessoa que faz uso (*set*) — o uso não orientado pode levar a alguns transtornos de saúde; e ao contexto de uso (*setting*) (3), bem como as situações de violência às quais a sociedade está sujeita, em razão do tráfico ilegal, que marginaliza sobretudo a população negra, pobre e periférica.

Uma das teses do proibicionismo para justificar a condenação moral da cannabis é que ela é a porta de entrada para outras drogas. Entretanto, algumas

evidências científicas vêm apontando que ela pode ser a porta de saída. Destacam-se os recentes estudos sobre os benefícios da cannabis no tratamento da dependência de outras substâncias psicoativas, como o álcool, a cocaína e o crack (22, 23), com bons resultados, sobretudo em relação à redução da ansiedade daqueles usuários, impactando, inclusive, para a dependência da própria cannabis, o cannabismo (24). Outros tantos estudos científicos robustos vêm evidenciando também os bons resultados clínicos do uso terapêutico da cannabis para alguns outros agravos de saúde (25), como a epilepsia (26), o Alzheimer, o Parkinson (27), a depressão, o autismo (28), dores crônicas, tumores malignos (29), insônia (30), ansiedade, entre outros. “A maconha está para a medicina do século 21 como os antibióticos estiveram para a medicina do século 20” (3, p. 43).

Como outro exemplo de porta de saída, nos Estados Unidos, a atual epidemia de consumo de opioides – os analgésicos e sedativos – vem sendo enfrentada eficazmente com o uso terapêutico da maconha (31). Ela possui a mesma ação analgésica e muito baixo grau de dependência, quando comparada aos opioides. No mesmo país, produtos derivados do cânhamo são comercializados como suplemento alimentar, o que exclui a exigência de prescrição médica. O financiamento das pesquisas estadunidenses sobre cannabis passou de cerca de 30 milhões de dólares no ano 2000 para mais de 140 milhões em 2018 (3). Dados gerais bastante ilustrativos de novembro de 2023 revelam que 38 estados dos Estados Unidos, representando 76% do total dos 50 estados existentes, autorizam algum tipo de uso da maconha, recreacional, ou adulto, e medicinal, ou terapêutico (32).

Ademais, o baixo impacto danoso da cannabis vem sendo evidenciado. A substância mais nociva, tanto para os usuários como para as suas comunidades de convívio (33)², é o álcool, seguido da heroína e do crack. A cannabis aparece em 8º lugar com danos expressivamente menores. Enquanto o álcool e a heroína aparecem com 72

e 55, respectivamente, na pontuação de “total de danos”, a cannabis aparece com 20. O Relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC, em inglês) (18) supracitado, também confirma que os opióides continuam sendo a classe de drogas mais nociva, em termos mortes relacionadas. É importante ressaltar também que a letalidade por hiperdosagem de maconha inexistente (3). Para atingir um quadro de intoxicação ou de overdose, um indivíduo precisaria consumir uma quantidade extremamente grande, em um curto espaço de tempo – o que não se mostra factível. O mesmo Relatório (18) demonstra que, dos casos reportados de overdose por 66 países, a cannabis está como a 7ª causa, atrás dos opióides, dos tranquilizantes e sedativos farmacêuticos, da cocaína, das anfetaminas e de “outras substâncias”.

Outra importante mudança que impactou diretamente na condição de ilegalidade da maconha foi a decisão da Comissão de Drogas Narcóticas da Organização das Nações Unidas, no ano de 2020, de reclassificar a maconha e suas resinas como substâncias de baixa nocividade e com potencial para uso terapêutico³, atendendo ao pedido da Organização Mundial da Saúde (OMS), que, ao passo em que manteve a defesa pela restrição ao uso indiscriminado, advogou pelo desimpedimento da planta para fins de pesquisas científicas. À saber, com uma representação governamental extremamente conservadora à época, o Brasil, ao lado de países como China e Rússia, se posicionou contrariamente a essa recomendação.

Atualmente, pesquisadores estimam que a cannabis tenha cerca de cem substâncias cannabinóides. Cabe remontar que em 1962, o químico orgânico e professor na Universidade Hebraica de Jerusalém, Raphael Mechoulam, foi pioneiro no isolamento do canabidiol (CBD) e no ano seguinte do tetrahydrocannabinol (THC), principal substância psicoativa da maconha (1).

A partir das décadas de 1980 e 1990, outras importantes descobertas científicas foram feitas, como os receptores cannabinóides humanos,

2 O autor usa a expressão “users” para se referir aos indivíduos que fazem uso das substâncias estudadas e “others” para se referir às pessoas que convivem com os users.

3 <https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2020/December/cnd-votes-on-recommendations-for-cannabis-and-cannabis-related-substances.html>

o CB1 e o CB2, a anandamida e o 2-AG, além do sistema endocanabinóide (3), que revela um complexo sistema de sinalização intercelular no corpo humano, análogo ao sistema da planta *cannabis sativa*, responsável pela regulação de importantes mecanismos fisiológicos que contribuem decisivamente para a manutenção da homeostase – o equilíbrio – no organismo.

Assim, o avanço das pesquisas científicas, aliado à crescente demanda das famílias de pacientes com patologias diversas pelos tratamentos com o CBD e o THC – dois dos principais componentes da *cannabis*, em presença química e em estudos científicos realizados – vem contribuindo para a desestigmatização da maconha. Do mesmo modo que a nocividade atribuída à maconha, supostamente baseada em evidências científicas, vem caindo por terra. O que revela, em sentido contrário, os fatores sociais e o conservadorismo moral que encorpam a estigmatização e determinam a proibição da planta.

Desse modo, há que se lançar luz sobre as ressignificações éticas que o uso terapêutico da maconha suscita, tanto em relação ao cuidado em saúde pelos sujeitos em tratamento, como às possibilidades existentes de oferta do cuidado com *cannabis*. Mesmo porque traz consigo “uma necessária desconstrução a ser realizada para que o cuidado não se transforme em objeto ou instrumento de políticas que fazem das práticas em saúde um sequestro da subjetividade” (34, p. 156).

Assim, também sob a perspectiva da ética do cuidado, que preconiza diferentes padrões daqueles da ética da justiça (35), o tratamento de saúde com *cannabis* adota uma abordagem contextual, baseada em relações horizontalizadas, com reforço ao papel das emoções e da autonomia do sujeito em cuidado, cabendo ao profissional de saúde um papel orientador e ao sujeito o cuidado ativo de sua própria saúde, em oposição à postura de um paciente, cuja subjetividade se pretende sequestrada. O cuidado com a *cannabis* se pauta, então, pela empatia, o que sinaliza para um novo paradigma do cuidado que subsidia a Bioética dos Cuidados em Saúde (14).

Diferentemente da alopatia, na terapêutica canabinóide não há dosagens padrão para os

tratamentos, conformadas pelo peso corpóreo do sujeito em tratamento. Os prescritores costumam recomendar a dosificação gradual, estreitamente vinculada à resposta do indivíduo. Assim, o acompanhamento clínico do sujeito em cuidado se dá de forma aproximada com o profissional de saúde, para uma maior acurácia terapêutica, pautado pela empatia clínica (14) e preocupado em preservar a dignidade desse sujeito (15) porque, ciente de sua autonomia, ele deve estar apto para coordenar as decisões de seu processo de cuidado terapêutico, com o apoio e a orientação de seu profissional cuidador.

Com todo esse cenário, a maconha se apresenta como uma potência disruptiva do cuidado em saúde, porque está associada fisiologicamente ao corpo humano; porque se revela a partir, sobretudo, da demanda popular; porque tem forte potencial de auto cultivo; e também porque incentiva ao paciente à auto-observação, para a promoção do autocuidado e do cuidado de si.

Consoante ao entendimento atual, promovido pela OMS desde a década de 1940 — saúde não apenas como a ausência de doença, mas como o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos —, aqui a noção de cuidado no século XXI é endossada como o fundamento que integra esses sujeitos “em torno do bem, e do elo social, com comprometimento e engajamento político, cultural e social, prevenindo rupturas na sociedade e contribuindo para a sua superação” (36, p. 698).

Os conceitos de cuidado — de si ou o autocuidado — são entendidos, então, como processos que ativam o papel dos sujeitos como protagonistas das relações com o Estado, com os profissionais de saúde e com outros atores que operam sob a ética dos cuidados medicalizantes, verticalizados e impositivos (33). Além do cuidado no âmbito individual, o tratamento de saúde com *cannabis* traz para o cuidado as dimensões política e ética. Sobre tudo porque não se pretende como um saber exclusivamente médico, especializado, mas sim como uma ferramenta, de caráter multidisciplinar, que produz, nos termos supracitados, acontecimentos e inquietudes políticas.

Assim, a própria estrutura do sistema de saúde brasileiro passa a ser problematizada. As

discussões acessadas até esse ponto demonstram e defendem que a Atenção Básica, do mesmo modo que o percurso de todos os usuários do Sistema Único de Saúde (sus) deve ser a porta de entrada para o cuidado com cannabis, porque opera de forma multidisciplinar, porque atende às estratégias de prevenção em saúde e porque busca a integralidade do cuidado.

Então, faz-se mister, além das supracitadas literaturas, a revisão daquela acerca da reforma sanitária brasileira, à luz da perspectiva da bioética interventiva. Isso também porque o histórico de formulação e implementação do sus está intimamente relacionado à luta social pelo direito à saúde, que incorporou a dimensão social na análise do processo de saúde e adoecimento da população, assim como a Bioética brasileira também o fez (17).

Assim, como demonstrado, a terapia canabinoide se desenvolve sob o signo da resistência às teses dominantes de cuidado alopático, vertical e unidirecional. Portanto, ela incorpora uma resistência epistêmica (37) — o (re)conhecimento da cannabis como mais uma possibilidade de cuidado — que é cara à bioética de intervenção (38), porque traz consigo uma proposta de libertação das práticas de cuidado em saúde convencionais, para o alcance de relações de cuidado horizontalizadas, que conferem mais respeito à dignidade humana e promovem maior autonomia política e sanitária dos sujeitos.

Jardineira ou traficante? – acesso e cuidado com cannabis em perspectiva bioética

No dia 29 de setembro de 2023, um mandado policial de prisão de uma ativista e cultivadora de cannabis de 61 anos no município de Planura, cidade do sudoeste do Estado de Minas Gerais, levou as discussões acerca do uso terapêutico da planta, ainda ilegal no país, para além das searas do ativismo e de outros lócus específicos relacionados à ela. A operação da Polícia Civil da cidade entrou na casa da Dona Cleuza Ladário — mãe e cuidadora do Samuel, de 17 anos de idade, paciente neuroatípico, diagnosticado com autismo de grau

severo e com epilepsia, que vivia sob cuidados integrais e que fazia tratamento com óleo à base de maconha —, confiscou todas as plantas cultivadas por ela, além de apreender os celulares dos familiares e prender o seu marido, pai adotivo do adolescente. A mãe não foi detida por estar ausente no momento da operação. O marido permaneceu preso por um dia e alegou ter sofrido maus tratos. E, ainda, o Conselho Tutelar da cidade tentou custodiar o Samuel, sem sucesso.

Infelizmente, no mês de fevereiro de 2024, o Samuel faleceu — a causa direta da sua morte não foi divulgada. Como mostrava diariamente o perfil da rede social Instagram da Dona Cleuza, o Samuel vinha sofrendo, em razão da ausência da medicação à base de cannabis, severas crises de agressividade, insônia e seu desenvolvimento psicossocial vinha regredindo aceleradamente.

A busca pelo tratamento de saúde com maconha parte sobremaneira da demanda dos pacientes e de suas famílias que, informados sobre os benefícios desses tratamentos nos países com legislações avançadas em relação à descriminalização da planta, buscaram acesso e orientações clínicas e jurídicas acerca do seu uso terapêutico. No supracitado cenário brasileiro, que ainda criminaliza a maconha, essas famílias invariavelmente buscaram acessá-la por produção própria, a partir de brechas normativas que o interesse terapêutico crescente pela planta tem ajudado a criar.

Aqui cabe enfatizar o papel protagonista das mães e/ou cuidadoras de pessoas com patologias diversas, cujos tratamentos de saúde com maconha têm surtido efeitos extremamente positivos. Algumas associações civis de pacientes e familiares surgem a partir da mobilização dessas mulheres que, em sua função de cuidados, tornam-se farmacêuticas e ativistas políticas autodidatas, para conseguirem produzir e fornecer o acesso à cannabis de uso terapêutico. Há também movimentos sociais surgindo, protagonizados por mulheres que encabeçam a luta pelo acesso às medicações à base de maconha, como o Movimento Mulheres e Mães Jardineiras, comandado por pesquisadoras da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), as Mães-conhas, liderada por uma fisioterapeuta e mãe de criança portadora de epilepsia de Campinas/SP, e

as tantas associações brasileiras pilotadas por elas. Tal protagonismo feminino nas disputas políticas e sanitárias da maconha, sob o olhar da bioética, merecerá em breve um artigo científico específico.

O uso terapêutico da maconha no Brasil hoje esbarra na insegurança jurídica para sua aquisição e/ou produção, diante da realidade proibicionista que se apresenta, em um misto de vácuo regulatório e inação governamental (3). São ainda poucos e restritos os caminhos para o acesso, tais como: a autorização de importação de medicamentos, via Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (39)⁴; a concessão de *habeas corpus* (HC) pelo Supremo Tribunal Federal (STF) para o plantio e fabricação por famílias de pacientes e também para a comercialização por associações de famílias⁵; além das esparsas e ainda tímidas legislações locais – estaduais e municipais – que vêm tentando garantir o acesso aos medicamentos à base de canabinóides, os princípios ativos da cannabis, pelo SUS.

Entretanto, a principal barreira estrutural para o acesso à maconha terapêutica está nos falsos alarmes morais que a planta suscita, a partir de uma concepção estigmatizada de sua propriedade psicoativa. Dessa forma, pacientes e suas famílias resistem inicialmente à adoção dos tratamentos e profissionais de saúde põem em dúvida os avanços clínicos dos pacientes e a confiabilidade das pesquisas científicas desenvolvidas, restringindo, assim, a prescrição a nichos de grupos profissionais que se especializam na cannabis terapêutica.

Para propiciar, então, o tratamento de saúde do filho, a Dona Cleuza possuía um *habeas corpus* do STF para produzir o óleo de cannabis dentro da sua casa – aval jurídico que deveria conferir legalidade

à sua produção, afastando-a da esfera da criminalidade. Ela e outras tantas mães e famílias que entendem e verificam a efetividade do tratamento com cannabis, estão cultivando e produzindo as próprias medicações, de forma autoinstrucional⁶. Isso ocorre também porque os medicamentos já autorizados para a comercialização em farmácias e para a produção associativa ainda são caros, o que inviabiliza o acesso por parte das famílias com restrições orçamentárias ou hipossuficientes.

O caso da Dona Cleuza se configura, então, como um ícone do atual cenário canábico nacional. Nele é possível observar as nuances de um cuidado em saúde que desafia as moralidades envolvidas e os padrões éticos do cuidado e da justiça, porque os reposiciona, para abrir novamente espaço a um fitoterápico milenar, reiteradamente estigmatizado pela moralidade conservadora e pela estrutura de cuidado medicalizante e verticalizada.

Nesse sentido, faz-se imperativa uma nova proposta teórico-normativa, a *Bioética dos Cuidados em Saúde*, cuja estrutura ética deve se erguer pelo cuidado empático, a ser adotado como o “comando ético central” para a prática clínica (14), no intuito de resultar, primordialmente, em mudanças efetivas na assimetria de poder existente entre profissionais de saúde e pacientes, porque baseada na empatia clínica e no cuidado empático. Para tanto, faz-se premente a superação dos estigmas moralizantes imputados à maconha, para que a escolha terapêutica do paciente seja respeitada e o cuidado seja efetivamente empático.

A análise do caso se pauta também pelos referenciais que sustentam o estatuto epistemológico da bioética e, sobretudo, da bioética interventiva (37), qual seja, a compreensão da bioética como um instrumento teórico e metodológico capacitado a proporcionar reflexões e respostas possíveis diante dos novos e antigos dilemas morais (40). A discussão sobre o uso terapêutico da maconha demanda, então, uma proposta-ação, que deve

4 Essa Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 327/2019 dispõe sobre os procedimentos para a concessão da Autorização Sanitária para a fabricação e a importação, bem como estabelece requisitos para a comercialização, prescrição, a dispensação, o monitoramento e a fiscalização de produtos de Cannabis para fins medicinais. Hoje são cerca de 28 medicamentos à base de cannabis que estão disponíveis nas farmácias, mediante receita médica específica.

5 Hoje são centenas de *habeas corpus* concedidos pelo STF, para o cultivo da cannabis com fins terapêuticos. E cerca de 21 associações atuando no País, em 12 unidades da federação – levantamento feito pela primeira autora, no ano de 2023, a partir da literatura e das redes de atuação dessas entidades.

6 Algumas associações civis ministram cursos de cultivo, de extração e de dosificação, treinamentos para prescritores, produzem pesquisas científicas e materiais para pacientes e oferecem assessoria jurídica: <https://maesjardineiras.com.br/>; <https://sbec.med.br/>

intervir eticamente nessa realidade excludente que se apresenta.

O caso em tela também revela que o uso terapêutico da maconha se configura, sobremaneira, como uma situação emergente em bioética e em saúde pública, porque vem sendo reconstruído e desenvolvido, social e biotecnocientificamente (41), com robustez a partir do final do século XX, trazendo consigo dilemas éticos complexos da modernidade, que vão desde o resgate do uso de fitoterápicos em tratamentos de saúde, passando por aspectos legais, até a desconstrução dos estigmas relacionados à planta.

Em tempo, vale ressaltar que o tema também está imerso nas situações persistentes em bioética – proibicionismo, racismo, biopolítica, disputas industriais e de saberes, dentre outras – que são reflexos de questões estruturantes de sociedades diversas que persistem historicamente.

A gota Dona Cleuza no oceano canábico – considerações finais

A criminalização da Dona Cleuza expõe o cenário de desamparo legal no qual o acesso à maconha terapêutica ainda está imerso no Brasil. Ante à criminalização da planta, os pacientes e suas famílias buscam o acesso pelas poucas brechas legais existentes, que não têm necessariamente lhes garantido imunidade criminal.

Para além da realidade (i)legal, o pânico moral (3) criado em torno da cannabis, com suas raízes nos racismos negro, indígena, latinoamericano e religioso e no conservadorismo que referenda o uso somente de determinadas substâncias psicoativas, como o álcool, para o *relax* de seus usuários, é responsável pela manutenção dos principais estigmas da maconha: a porta de entrada para as outras drogas, a responsável pela apatia de seus usuários — independentemente, claro, da qualidade da substância, da idade da pessoa que faz uso, do cenário de uso, das condições de saúde física e psíquica da pessoa em uso, etc — aquela que leva a uma busca incessante pelo hedonismo, dentre outras certezas plenamente refutáveis daqueles que prezam pela conservação de suas ignorâncias seletivas.

Pânico esse que segrega social e moralmente as pessoas em uso de psicoativos, bem como essas próprias substâncias que alteram a consciência humana. A elitização dos alcaloides e opióides — os vícios elegantes (7) — com seus preços elevados e, portanto, de consumo apenas das elites socioeconômicas brancas, em contraposição à vulgarização da maconha, de valores mais acessíveis e, claro, de consumo possível para as classes pobres, pretas, subalternas, está refletida também no acesso à maconha de uso terapêutico. Uso que está autorizado no Brasil desde 2017, quando um medicamento à base de cannabis passou a ser importado e vendido em farmácias para tratar esclerose múltipla. Hoje, um frasco de 30 mililitros dessa medicação é vendido por cerca de 3 mil reais. Isto é, a maconha terapêutica está legalizada para os ricos no Brasil (3). “Os verdadeiros problemas são a falta de acesso e o estigma social. (...) Para o Brasil, importar maconha equivale a importar macaxeira. Simplesmente uma vergonha” (3: 59).

No entanto, o caráter irrefreável da legalização da cannabis (16), frente à demanda crescente e aos avanços jurídicos, políticos e científicos em países menos proibicionistas, tem se refletido na proposição de projetos de lei federais que tramitam nas casas legislativas, como o Projeto de Lei (PL) 399 de 2015, que viabiliza a comercialização de medicamentos que contenham cannabis sativa em sua formulação e o PL 89 de 2023, que institui a política de fornecimento gratuito de medicamentos com canabidiol pelo SUS.

Além dessas iniciativas para a legalização da cannabis terapêutica, tramita ainda o Recurso Extraordinário nº 635.659, oportunidade em que o Supremo Tribunal Federal decide sobre a inconstitucionalidade do artigo 28 da Lei nº 11.343/2006, a Lei de Drogas. Nele se discute a compatibilidade, ou não, do porte de maconha — alteração incorporada pelo ministro relator Gilmar Mendes — para consumo pessoal, com os princípios constitucionais da intimidade e da vida privada⁷. Princípios

⁷ Para acompanhar o RE 635.659: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4034145&numeroProcesso=635659&classeProcesso=RE&numeroTema=506>

esses que dialogam fortemente com os princípios da bioética contidos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) (42), tais como a dignidade humana (43), a autonomia e a responsabilidade individual (44), o respeito pela vulnerabilidade e pela integridade humana, a privacidade e a confidencialidade (45) e a não-discriminação e não-estigmatização (46).

Depois de nove anos de tramitação, no dia 25 de junho de 2024, o STF formou maioria de votos dos seus onze ministros para decidir pela descriminalização do porte de maconha para uso pessoal, definindo também a quantidade de 40 gramas, ou seis plantas fêmeas, para a tipificação como uso pessoal, diferenciando-o do crime de tráfico de substâncias ilícitas. Essa decisão pode alterar definitivamente a realidade da segurança pública no país, em específico da população carcerária. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) mostram que mais de 40 mil detentos não estariam no sistema prisional brasileiro se até 25 gramas de maconha fossem consideradas como quantidade para uso pessoal, o que refletiria também uma economia de mais de 1 bilhão de reais por ano para o Estado brasileiro (47).

Essa recente decisão da Suprema Corte afeta também as pessoas que precisam da cannabis para tratamentos de saúde – como o filho da Dona Cleuza precisava – pois garante a constitucionalidade dos princípios da intimidade e da vida privada, expressos no Artigo 5º da Constituição Federal e traduzidos nos princípios de bioética da DUBDH, como dignidade humana, autonomia e respeito pela integridade. Todos conferem legitimidade e amparo ético às demandas pelos usos da cannabis sativa.

Em síntese, essas iniciativas legislativas e jurídicas apontam para um caminho de possível legalização da cannabis terapêutica, e quiçá do uso adulto da planta, também nomeado uso recreativo, como demonstram experiências de países em franco processo de legalização. Como exemplo supracitado, nos Estados Unidos, cerca de 76% dos estados do país autorizam algum tipo de uso da maconha, adulto e/ou terapêutico, apresentando

impactos econômicos significativos (48). Impactos semelhantes estão também sendo observados em outros países que vivem cenários menos proibicionistas, como o Uruguai, Canadá, Portugal, Holanda, Suíça, África do Sul e outros. A Alemanha foi o mais recente país a regulamentar, em 2024, o acesso por adultos à maconha não-terapêutica.

The decriminalization or legalization of cannabis has led to a major reduction in the number and rate of people arrested for cannabis-related offences in the United States. However, racial disparities persist in arrests for such offences, including in relation to minors, for whom cannabis possession remains illegal (18, p. 74).

A assertiva acima revela que a legalização por si só não soluciona todos os impactos nocivos da proibição ao uso de substâncias psicotrópicas. Há que se pensar em ações compensatórias reparadoras para aquelas pessoas diretamente afetadas pela proibição — majoritariamente as negras e periféricas — para que todas as dimensões da sua vida social sejam reestruturadas e para que as gerações futuras contem com um contexto social cuja estrutura política opere diferentemente dos tempos passados.

Algumas cidades dos Estados Unidos têm tido sucesso na efetivação de medidas de reparação. Em Nova York, como exemplo, algumas lojas que estão comercializando legalmente a maconha têm dado preferência à contratação de pessoas que haviam sido encarceradas pelo uso ou porte de maconha. Em sua grande maioria, pessoas negras.

Na conjuntura do Brasil, o proibicionismo permitiu, até este momento, experiências pontuais de acesso à maconha para fins terapêuticos e a construção de algumas propostas ainda não concretizadas para a viabilização e universalização desse acesso. Como aquelas apresentadas recentemente pela *Agenda Brasileira de Política de Drogas* (49), construída pela sociedade civil, em um coletivo de cerca de 50 instituições que produzem incidência política e técnica em favor da reforma da política de drogas vigente no País.

Pautada pelos mesmos referenciais epistemológicos e políticos defendidos por este artigo — o feminismo, o antiproibicionismo, o antirracismo, o antipunitivismo, o foco na autonomia do

cuidado, na legalização com regulamentação das substâncias psicoativas e na defesa da redução de danos como princípio orientador e normativo dos serviços de saúde — a *Agenda* (49) propõe 9 eixos de trabalho que podem contribuir para uma nova política de drogas no Brasil. Alguns deles bem próximos aos aspectos aqui debatidos, como a redução do encarceramento, por meio da ampla revisão da Lei de Drogas nº 11.343/2006, com políticas de reparação para quem está detido e com formação permanente e continuada em Direitos Humanos para as polícias; a regulação de substâncias psicoativas, sobretudo pela garantia da universalização do acesso à cannabis terapêutica; o cuidado em liberdade das pessoas em uso

problemático de álcool e outras drogas, com a redução de danos como princípio norteador dos serviços de saúde e da assistência social; dentre outros.

Retornando à Dona Cleuza, é possível, por fim, inferir que o Brasil está consideravelmente atrasado, moral e legalmente, em relação a outros países que vêm descriminalizando a maconha. E também que, em sua realidade ainda proibicionista quanto ao uso de substâncias com potencial psicoativo, o país centra esforços bastante equivocadamente em políticas e ações públicas de segurança, com objetivos repressivos, ao invés de alocar a cannabis nos espaços que melhor lhe cabem: a saúde e a vida privada.

Referências

1. Malcher-Lopes R, Ribeiro S. Maconha, cérebro e saúde. Rio de Janeiro: Vieira&Lent, 2007.
2. Macrae E, Alves WC (Orgs). Fumo de Angola: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade. Salvador: Edufba, 2016.
3. Ribeiro S. As flores do bem – a ciência e a história da libertação da maconha. 1ª Edição. São Paulo: Fósforo, 2023.
4. Barros A. O racismo e o pito do pango. Em: <https://www.smokebuddies.com.br/o-racismo-e-o-pito-do-pango/>, 2019. Acesso em: 05 de jul. de 2022.
5. Zanatto RM. Introdução ao associativismo canábico. Plataforma Brasileira de Política de Drogas – Núcleo Cábis. Editora: Disparo Comunicação e Educação. Ibccrim. São Paulo, 2020.
6. Coutinho D. A maconha no Brasil: uma breve história do legal ao ilegal. em: <https://www.smokebuddies.com.br/a-maconha-no-brasil-uma-breve-historia-do-legal-ao-ilegal/>, 2020. Acesso em: 29 de jul. de 2022.
7. França JM. História da maconha no Brasil. São Paulo: Jandaíra, 2022.
8. Campos E. A história da cannabis e a sua situação legal no Brasil. Em: <https://www.conjur.com.br/2020-mai-22/emilia-campos-cannabis-situacao-legal-brasil>, 2020. Acesso em: 18 de jul. de 2022.
9. Carlini EA. A história da maconha no Brasil. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), 2006.
10. Valois LC. O direito penal da guerra às drogas. 3. ed. Belo Horizonte, São Paulo: D'Plácido, 2020.
11. United Nations (UN). Convention on psychotropic substances. Em: https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf, 1971. Acesso em: 22 de jun. de 2022.
12. Brasil. Portaria SVS/MS 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Ministério da Saúde, 1998.
13. Cannabis Monitor Brasil (CMB). Newsletter – NCM#49. Plataforma Brasileira de Política de Drogas. Acesso em Janeiro de 2024. https://cannabismonitor.substack.com/p/ncm49-24-de-setembro-a-15-de-outubro?r=c32c6&utm_campaign=post&utm_medium=web
14. Albuquerque A. Empathic care as a command of a new clinical bioethics. Nurse Care Open Acces J. 2023;9(2):95-100. DOI: 10.15406/ncoaj.2023.09.00266.
15. Albuquerque A. Dignidade humana: proposta de uma abordagem bioética baseada em princípios. Faculdade de Direito de Vitória/ES: Revista de Direitos e Garantias Fundamentais - Bioética e Direitos Humanos. v. 18 n. 3. 2017.

16. Marchi Júnior AP. Legalização do uso da Cannabis – medo e ajustes necessários. Repensando as Drogas: Consultor Jurídico – CONJUR, 13 de outubro de 2023. Em: <https://www.conjur.com.br/2023-out-13/repensando-drogas-legalizacao-uso-cannabis>
17. Porto D, Garrafa V. A influência da reforma sanitária na construção das bioéticas brasileiras. Cátedra Unesco de Bioética, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2008.
18. The United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2024. New York, 2024.
19. Albaugh, MD et al. Association of Cannabis Use During Adolescence with Neurodevelopment. JAMA Psychiatry, v. 78, n. 9. 2021.
20. Laranjeira R. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD). São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.
21. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Genebra, 2001.
22. Escobar JA. A maconha como estratégia contra a fissura de crack em usuários de um programa de assistência social do estado de Pernambuco. Platô – Drogas e Políticas, Revista da Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas, (PBPD) e do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (Ibccrim) v.2, n.2, 2018.
23. Gallassi AD, Oliveira AW, Rodrigues LA, Nakano EY, Ruas PA, La Mata JA, et al. Cannabidiol Compared to Pharmacological Treatment as Usual for Crack Use Disorder: A Feasibility, Preliminary Efficacy, Parallel, Double-Blind, Randomized Clinical Trial. International Journal of Mental Health and Addiction. <https://doi.org/10.1007/s11469-024-01287-z>. 2024.
24. Lintzeris N, Bhardwaj A, Mills L. Nabiximols for the treatment of cannabis dependence – a randomized clinical trial. JAMA Internal Medicine. doi:10.1001/jamainternmed, 2019.
25. Mechoulam R, Carlini E. Toward drugs derived from cannabis. Naturwissenschaften 65, 174–179, 1978. <https://doi.org/10.1007/BF00450585>
26. Carlini EA, Cunha JM. Hypnotic and antiepileptic effects of cannabidiol. J Clin Pharmacol. PubMed – 21, 1981. DOI: 10.1002/j.1552-4604.1981.tb02622.x
27. Ferreira Junior NC, Santos-Pereira M, Guimarães FS, Bel E. Cannabidiol and cannabinoid compounds as potential strategies for treating parkinson’s disease and l-DOPA-induced dyskinesia. *Neurotoxicity Research*, [S.L.], v. 37, n. 1, p. 12-29, 22 out. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s12640-019-00109-8>
28. Schleider LB, Mechoulam R, Novack V. Experiência de vida real do tratamento médico da cannabis no autismo: análise de segurança e eficácia. Nature – Scientific Reports, 2018. DOI: 10.1038 / s41598-018-37570-y.
29. Ramer R, Hinz B. Cannabinoids as anticancer drugs. “advances in pharmacology”, v.80, 2017.
30. Bhagavan C et al. Cannabinoids in the treatment of insomnia disorder: a systematic review and meta-analysis. CNS Drugs. v.34, 2020.
31. Duarte F. Os Estados americanos que estão usando a maconha para combater a epidemia de opioides. BBC, em 16 de setembro de 2018: <https://www.bbc.com/portuguese/geral45492151#:~:text=V%C3%ADdeos,Os%20Estados%20americanos%20que%20est%C3%A3o%20usando%20a,combater%20a%20epidemia%20de%20opioides&text=Em%2028%20de%20agosto%2C%20o,de%20analg%C3%A9sicos%20oriundos%20de%20opioides>
32. Matthews AL, Hickey C. More US states are regulating marijuana. CNN. November 7, 2023 <https://edition.cnn.com/us/us-states-where-marijuana-is-legal-dg/index.html>
33. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. The Lancet. Volume 376, 2010. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)
34. Bub, MB, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos EK. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, 15. Florianópolis/SC, 2006.
35. Zoboli EL. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000100003>
36. Silva IJ, Oliveira MF, Silva SE, Polaro SH, Radunz V, Santos E, Santana ME. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43, 2009.

37. Feitosa SF, Nascimento WF. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. *Revista Bioética*, CFM, v. 23, n.2, 2015.
38. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista Bioética*, CFM, v.13, n.1, 2005.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 327, de 9 de dezembro de 2019*.
40. Garrafa V. Bioética. Em: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha VC, Carvalho AI. (Orgs.) Políticas e sistema de saúde no Brasil. FIOCRUZ: Co-Edição com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES, 2008.
41. Garrafa V. Introdução à bioética. *Revista do Hospital Universitário UFMA*. São Luís/MA, V.6, n.2, 2005.
42. Garrafa V. Análisis histórico-crítica de la construcción y repercusiones de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco. *Revista Redbioética/Unesco*; 9(17): 25-40, 2018.
43. Pyrrho M, Cornelli G, Garrafa V. Dignidad humana, reconocimiento y operacionalización del concepto. *Acta Bioethica*; 15 (1): 65-69, 2009.
44. Albuquerque R, Garrafa V. Autonomia e indivíduos sem a capacidade para consentir: o caso dos menores de idade. *Rev. bioét. (Impr.)* 24 (3): 452-8, 2016.
45. Pyrrho M, Cambraia L, Vasconcelos VF. Privacy and health practices in the digital age. *The American Journal of Bioethics*, 2022. DOI: 10.1080/15265161.2022.2040648.
46. Godoi A, Garrafa V. Leitura bioética do princípio de não-discriminação e não-estigmatização. *Saúde Soc. São Paulo* 23(1): 157-166, 2014.
47. Cerqueira D, Bueno S (coord.) *Atlas da violência 2024*. Brasília: Ipea; FBSP, 2024. 129 p.
48. Brandão P. Colonialidade do poder, biodiversidade e direito. 2023. <https://outraspalavras.net/descolonizacoes/colonialidade-do-poder-biodiversidade-e-direito/>
49. Cordeiro C, Domanico A. (orgs) *Agenda Brasileira de Política de Drogas*. Plataforma Brasileira de Política de Drogas. São Paulo: Iniciativa Negra Por Uma Nova Política Sobre Drogas. 2024.