

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

LUCIANA CRISTINA DE CAMPOS BARBOSA

**REDES CANÁBICAS NO ÂMBITO DA SAÚDE: USOS MEDICINAIS DE
MACONHA, MOBILIZAÇÃO SOCIAL E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO**

CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ

2021

LUCIANA CRISTINA DE CAMPOS BARBOSA

**Redes canábicas no âmbito da saúde:
usos medicinais de maconha, mobilização social e produção de conhecimento**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política como requisito final para a obtenção do título de Doutora em Sociologia Política.

Orientador: Prof. Dr. Mauro Campos
Coorientadora: Prof. Dra. Juliana Blasi Cunha

CAMPOS DOS GOYTACAZES

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

UENF - Bibliotecas

Elaborada com os dados fornecidos pela autora.

B238

Barbosa, Luciana Cristina de Campos.

Redes canábicas no âmbito da saúde : usos medicinais de maconha, mobilização social e produção de conhecimento / Luciana Cristina de Campos Barbosa. - Campos dos Goytacazes, RJ, 2021.

231 f. : il.

Inclui bibliografia.

Tese (Doutorado em Sociologia Política) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem, 2021.

Orientador: Mauro Macedo Campos.

1. Associativismo. 2. Saúde . 3. Cannabis. 4. Ativismo. 5. Drogas. I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. II. Título.

CDD - 320

**REDES CANÁBICAS NO ÂMBITO DA SAÚDE:
USOS MEDICINAIS DE MACONHA, MOBILIZAÇÃO SOCIAL E PRODUÇÃO DE
CONHECIMENTO**

LUCIANA CRISTINA DE CAMPOS BARBOSA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política como requisito final para a obtenção do título de Doutora em Sociologia Política.

Orientador: Prof. Dr. Mauro Campos

Coorientadora: Prof. Dra. Juliana Blasi Cunha

Aprovada: 02/08/2021

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Mauro Macedo Campos (Sociologia Política/UENF) – Presidente

Profa. Dra. Juliana Blasi da Cunha (Sociologia Política/UENF)

Profa. Dra. Luciana Boiteux de Figueiredo Rodrigues (Direito/UFRJ)

Prof. Dr. José Ângelo Machado (Ciência Política/UFGM)

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva (Instituto de Medicina Social/UERJ)

Profa. Dra. Wania Amélia Belchior Mesquita (Sociologia Política/UENF)

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Mauro Macedo Campos, pelo incentivo, confiança, pelo interesse compartilhado em relação aos rumos da pesquisa e pelas exigências sobre a escrita desde o início do doutorado, me ajudando a manter o foco. Pela disponibilidade de sempre ao diálogo e às discordâncias frutíferas, e pela disposição de todos os dias, do começo ao fim.

Agradeço à Juliana Blasi, minha co-orientadora, pelas leituras, conselhos, por compartilhar comigo seu olhar, pelas indicações bibliográficas e pelas conversas nesses tempos de pandemia de Covid-19 e de escrita.

Aos membros da banca de defesa e qualificação, Luciana Boiteux, Martinho Silva, Luciana Assis e José Ângelo Machado, agradeço a generosidade no partilhar do conhecimento e da experiência, pela leitura atenta e pela gentileza dos elogios. Agradeço por se disporem a ler meu trabalho e colaborarem para sua construção.

À Wania Mesquita, coordenadora do Programa de Sociologia Política e membra da banca, agradeço pelo esforço ao coordenar o programa durante esses anos de ataque às instituições públicas e pelo apoio a nós, alunas e alunos, ao compreender a necessidade dos discentes em prolongar a formação em um período tão instável politicamente como o que passamos. Esse apoio foi fundamental. Agradeço também ao PPGSP por ter acolhido minha proposta de pesquisa.

À Thaísa Tavares, técnica administrativa, agradeço por todos os pacientes esclarecimentos no que se refere às questões burocráticas relacionadas a esse período e pela dedicação durante o período remoto.

Agradeço à CAPES, agência governamental que financiou minha bolsa ao longo do doutorado, incluindo minha bolsa sanduíche de estágio supervisionado no exterior, me permitindo realizar a pesquisa no Brasil e no Chile. O financiamento público é fundamental para seguirmos produzindo ciência com qualidade, seguindo os parâmetros éticos necessários. Apesar de todos os cortes de verbas dos últimos anos, seguimos. Agradeço ainda à instituição por possibilitar a prorrogação da bolsa aos estudantes afetados pela pandemia de Covid-19.

Ao professor Mauricio Sepúlveda e à Universidad Diego Portales, agradeço por terem me recebido e possibilitado a realização da pesquisa na cidade de Santiago.

Ao Maurício Becerra, agradeço a rara generosidade ao compartilhar comigo seus contatos e construir as pontes que me levaram ao professor Sepúlveda e abriram as portas da Fundação Daya. Essa foi uma colaboração fundamental para a realização da pesquisa no Chile.

Ainda no âmbito acadêmico, agradeço à Ingrid Trancoso pelo convite e parceria na construção do I Seminários sobre Cannabis Medicinal do Norte Fluminense, realizado na UENF, em finais de 2019. Naquele momento não sabíamos que seria o último evento presencial em tanto tempo. E foi cheio de bons encontros entre cientistas, ativistas e cidadãos e cidadãs interessados.

Sobre a pesquisa de campo e todas e todos que colaboraram para que ela se tornasse viável e possível, gostaria de agradecer à Margarete Brito, presidente da APEPI, que não apenas me convidou para as reuniões e para colaborar com a associação como me ajudou a transitar pela rede de ativistas, me apresentando a outros atores e atrizes importantes. Na APEPI tive a oportunidade de conhecer mães e outras mulheres que colaboraram com o desenvolvimento da pesquisa na medida em que me receberam e acolheram na associação e se dispuseram sempre ao diálogo. Com elas pude compreender um pouco sobre os conhecimentos cotidianamente produzidos em torno das doenças de difícil controle e o tratamento com maconha. Agradeço especialmente à Cristina Fernandes, Patrícia Severo, Lívia Freitas e Margarida Gal pelo carinho e por partilharem comigo (e com quem mais se interesse pelo tema) suas experiências. À Carolina Freitas, agradeço pelas conversas que tivemos assim que retornei do Chile, e que me ajudaram a pensar sobre o percurso do paciente. Ao Andrew Reed e Romário Nelvo, companheiros de pesquisa na APEPI, agradeço a parceria, conversas e trocas.

Agradeço à Fundação Daya, em especial à Ana María Gazmuri e Antonio Reiter, pela confiança no meu trabalho e pela autorização em realizar a pesquisa na instituição. Ao Marco, com quem passei grande parte do tempo ao acompanhar os cursos, por me receber e estar sempre disponível para o diálogo. Agradeço ainda aos médicos e terapeutas que participaram das entrevistas, a todos que compõe a equipe da Fundação e a todas e todos os pacientes que dispuseram um pouco de seu tempo para colaborar com a pesquisa.

Às associações brasileiras Liga Canábica da Paraíba, ABRACE e ABRACannabis, que me receberam em seus cursos e reuniões, no caso da ABRA e da Liga, e para visitar o primeiro cultivo legal de maconha no país, no caso da ABRACE. As associações realizam um trabalho

fundamental na produção e difusão de conhecimento acerca dos usos medicinais de maconha e ampliam as possibilidades de acesso por meio de sua organização social e demandas políticas. Nesse sentido, agradeço por me receberem e as saúdo pelo trabalho que desenvolvem.

É necessário ainda agradecer a uma pessoa que me foi tão importante no início da pesquisa, meu primeiro interlocutor, quando eu escrevia ainda o esboço do projeto, João Pedro Gabos. Agradeço por ter compartilhado comigo sua experiência e sua história e por ter me incentivado a realizar a pesquisa em um momento no qual as redes ainda me pareciam “secretas” demais. Ainda não nos encontramos pessoalmente, mas seguimos conectados. Obrigada, João! Vida longa a esse rapaz tão cheio de energia e vida.

Aproveito para agradecer também à Priscilla Loiola, amiga querida, que me apresentou ao João quando eu lhe disse sobre meu interesse em pesquisar plantas medicinais no doutorado, e por ser uma conselheira generosa sobre os processos que envolvem a vida acadêmica.

Agradeço à Eliz Rosa pelo abrigo, me recebendo tantas vezes em sua casa em Campos, durante o doutorado e também à Aline Ramos, que me recebeu por dez dias em sua casa em João Pessoa, quando fiz meu trabalho de campo por lá. Agradeço, aliás, à todas as pessoas que me receberam em suas casas ao longo do desenvolvimento da pesquisa. Foi a solidariedade e confiança entre mulheres, facilitada por redes sociais femininas, que me possibilitou muitas viagens e participações em eventos em diferentes cidades.

À minha mãe, Ana Maria de Campos Barbosa, agradeço a compreensão em relação às minhas escolhas, que tantas vezes me fazem ficar distante geograficamente, e por me apoiar nesses anos de trabalho acadêmico.

À Karine Pessôa, minha esposa e companheira - e também socióloga -, agradeço por tanto apoio, pelas revisões do texto, pelas discussões, por cada uma das recomendações de leitura, pela paciência nas minhas horas difíceis e incentivos ao meu desenvolvimento profissional enquanto pesquisadora. Sou grata por tanta generosidade, companheirismo e carinho. E por me ajudar a não deixar a peteca cair.

A todos e todas que contribuíram para que essa pesquisa ocorresse, ainda que em um período de tantos cortes de verbas; ainda que durante um governo de extrema direita. Agradeço a todos os brasileiros e brasileiras que lutam para que tenhamos dignidade e possibilidades de futuro. Agradeço a todas e todos que vieram antes de mim e abriram caminho para que a

universidade pública se tornasse menos restrita e mais acessível. Espero fazer também a minha parte.

Um dos vieses através dos quais se exercem as censuras sociais é precisamente esta hierarquia de objetos considerados como dignos ou indignos de serem estudados.

(Pierre Bourdieu, 1983)

RESUMO

Os usos medicinais de maconha tem sido foco de debates em torno do direito à saúde e sobre políticas de drogas em diversos países do mundo. Mesmo em países onde o acesso legal à planta não foi regulamentado, seus usos têm se difundido como possibilidade de tratamento para diversas enfermidades. O presente trabalho buscou compreender como tais usos têm sido viabilizados, quais conhecimentos o embasam e como tais conhecimentos são produzidos, uma vez que a planta é ainda proibida na maior parte do mundo. Os dados apresentados resultam da pesquisa realizada entre os anos 2017 e 2019 nas cidades do Rio de Janeiro/Brasil e Santiago/Chile, elaborada a partir da observação participante, realização de entrevistas semiestruturadas e análise documental. As conclusões apontam que o conhecimento em torno dos usos medicinais de maconha, como dosagens, variedades de plantas, técnicas de cultivo e a elaboração do óleo artesanal, têm sido produzidos principalmente por uma rede colaborativa por meio da qual circulam informações, relatos de experiências, sementes, mudas, flores e tudo o que diz respeito à maconha. Howard Becker já chamou atenção para o fato de que usuários de drogas ilícitas desenvolvem seus conhecimentos sobre as substâncias que consomem a partir de uma rede informal de comunicação por meio da qual circulam experiências e informações resultantes de suas pesquisas individuais. A presente pesquisa acrescenta que, no caso da maconha, essa rede tem se expandido com o desenvolvimento dos usos medicinais da planta, que ampliaram a circulação das informações acerca da cannabis, não estando mais circunscrita a usuários de maconha, mas também aos familiares de usuários medicinais, que levam consigo experiências de suas carreiras como familiares e pacientes de doenças de difícil controle. Essa expansão da rede canábica pode ser simbolizada pelo encontro entre cultivadores/as e mães de crianças com doenças raras, e o compartilhamento de seus conhecimentos e experiências. A formalização desses atores e atrizes nas associações canábicas tem fomentado não apenas o aumento dessa rede de comunicação e troca de conhecimento, como acionado instituições de pesquisa, promovendo a produção de conhecimento científico. O conhecimento colaborativo produzido por esses grupos, ao ser corroborado por médicos engajados e apoiado por advogados ativistas tem resultado no acesso a tal tratamento por meio da judicialização da saúde e na disputa epistemológica em torno da maconha.

Palavras-chave: cannabis; associativismo; produção de conhecimento.

ABSTRACT

The medicinal uses of marijuana have been the focus of debates around the right to health and drug policies in several countries around the world. Even in countries where legal access to the plant has not been regulated, its uses have become widespread as a possibility for treating various illnesses. The present work sought to understand how such uses have been made possible, what knowledge supports it and how such knowledge is produced, since the plant is still prohibited in most parts of the world. The data presented result from research conducted between 2017 and 2019 in the cities of Rio de Janeiro/Brazil and Santiago/Chile, based on participant observation, semi-structured interviews and document analysis. The conclusions point out that knowledge around the medicinal uses of marijuana, such as dosages, plant varieties, cultivation techniques and the elaboration of artisanal oil, have been mainly produced by a collaborative network through which information circulates, reports of experiences, seeds, seedlings, flowers and everything related to marijuana. Howard Becker has already drawn attention to the fact that illicit drug users develop their knowledge about the substances they consume from an informal communication network through which experiences and information resulting from their individual research circulate. This research adds that, in the case of marijuana, this network has expanded with the development of medicinal uses of the plant, which expanded the circulation of information about cannabis, and is no longer limited to marijuana users, but also to family members of users. medicinal, who take with them experiences from their careers as family members and patients with difficult-to-control diseases. This expansion of the cannabis network can be symbolized by the meeting between growers and mothers of children with rare diseases, and the sharing of their knowledge and experiences. The formalization of these actors in cannabis associations has fostered not only the increase of this communication and knowledge exchange network, but also triggered research institutions, promoting the production of scientific knowledge. The collaborative knowledge produced by these groups, when corroborated by engaged physicians and supported by activist lawyers, has resulted in access to such treatment through the judicialization of health and in the epistemological dispute of marijuana.

Keywords: cannabis; associativism; knowledge production.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Matéria do Jornal O Globo de 14 outubro de 2014 _____	22
Figura 2 - Matéria do G1 sobre suposta droga para cura do câncer _____	25
Figura 3 Fluxograma parcial da rede canábica elaborada pela autora _____	35
Figura 4 Propaganda em português dos cigarros Grimault, comercializados pela farmacêutica “Pharmaciens Paris” e divulgadas no Brasil ao menos até 1905 _____	67
Figura 5 Publicação do Jornal “O Globo” anuncia, em tom dramático, as últimas “descobertas” sobre a maconha _____	84
Figura 6 - Foto da Marcha da Maconha de 2014, no Rio de Janeiro. Atrás das mulheres é preciso ver a faixa com o logo da “Marcha da Maconha” e, à frente da marcha, usuários medicinais, suas mães e outros familiares “abrem caminho” para a marcha passar. medicinais e seus familiares. _____	104
Figura 7: Capa do filme “Ilegal: a vida não espera”, dirigido por Tarso Araújo e Ricardo Erichsen (2014) _____	108
Figura 8 Mapa do Chile com demarcações de todas as comunas parceiras da Fundação Daya em 2018 _____	137
Figura 9 Imagens dos cursos e oficinas ministrados na Fundação Daya _____	172
Figura 10 Flor seca (em cima) e fresca (embaixo) que circularam entre os participantes de um dos cursos de cultivo que acompanhei _____	173
Figura 11 - Foto dos materiais dispostos na mesa antes do início de uma elaboração supervisionada da resina, feita por duas famílias. Na foto, duas painéis elétricas, um recipiente com as flores de maconha secas, balança com um copo de papelão vermelho em cima e os demais materiais necessários. _____	180
Figura 12 A primeira imagem mostra o recipiente de vidro com as flores secas, matéria prima da resina; ao lado direito as flores trituradas de molho e, em seguida, já coado. _____	183
Figura 13 A primeira imagem mostra o processo de coagem e, ao lado, as painéis elétricas: a primeira bem no início da evaporação e a segunda com a resina quase pronta: um líquido escuro e espesso. _____	184
Figura 14 Seringas de 1ml cheias com a resina medicinal de cannabis, feita nas oficinas da Daya. As oito seringas foram resultado do primeiro cultivo de uma mulher de 28 anos, que usava o óleo para tratar epilepsia refratária. _____	185
Figura 15 - Fluxograma ilustrativo sobre possíveis trânsitos nas carreiras de usuários medicinais e seus familiares _____	213

SUMÁRIO

Introdução	15
Capítulo I. Os percursos da tese e a pesquisa na prática	21
1.1 Primeiros contatos com o tema	21
1.2 Conhecendo o campo de pesquisa.....	27
1.3 Associações canábicas	34
1.4 Percorrendo a rede e delimitando o campo da pesquisa:	
1.5 APEPI e Fundação Daya.....	39
Capítulo II. Dos usos milenares à criminalização	50
2.1 Breve introdução às plantas medicinais.....	50
2.2 Uma planta milenar: revisão sobre os usos da maconha	54
2.3 A maconha nas Américas colonizadas: os casos do Brasil e do Chile	58
2.4 Medicina e medicamentos no século XIX: difusão dos usos medicinais de maconha e os novos fármacos	65
2.5 A Cruzada Moral em torno da maconha ao longo do Século XX	76
2.6 O retorno às pesquisas no contexto proibicionista	89
Capítulo III. Redes canábicas no âmbito da saúde: o caso brasileiro	93
3.1 A legislação vigente sobre drogas no Brasil	93
3.2 Redes canábicas e a circulação de conhecimento	98
3.3 Da mobilização à judicialização do acesso	103
3.4 Associações de usuários medicinais de cannabis e seus familiares.....	117
Capítulo IV. A experiência da Fundação Daya, no Chile	129
4.1 “Legalização de fato”, mas não de direito: notas gerais sobre a maconha no Chile	129
4.2 O cotidiano do trabalho na Fundação Daya	137
4.3 A construção da Fundação Daya e o desenvolvimento do plano terapêutico.....	153
4.3.1 O modelo de atenção terapêutica	160
4.3.2 Protocolo de dosagem e manipulação dos efeitos.....	164
4.4 Conhecimento compartilhado: cursos e oficinas	168
4.4.1 Cursos e oficinas de cultivo	172
4.4.2 Produzindo remédio: oficinas e elaborações supervisionadas	179
Capítulo V. Carreiras de usuários/as medicinais de maconha	192
5.1 Cuidar de si, cuidar dos outros: disputas em torno das práticas de cuidado em saúde	197
5.2. Os nomes e as coisas: disputas epistemológicas	203
5.3 Redes canábicas no âmbito da saúde: trânsitos possíveis	209
Considerações finais	216
Referências bibliográficas	219
Anexos	228

Introdução

Os usos medicinais de maconha tem sido foco de debates em torno do direito à saúde e sobre políticas de drogas em toda a América Latina durante o início do século XXI. Mesmo em países nos quais nenhuma forma de cultivo da planta foi regulamentada, como no Brasil e no Chile, seus usos têm se difundido como possibilidade de tratamento para diversas enfermidades.

Nos dois primeiros anos após a regulamentação da importação de produtos à base de maconha pela ANVISA, em 2016, o Brasil importou legalmente mais de 78 mil produtos para fins medicinais à base da planta. Prescritos por mais de 800 médicos, esses produtos estão associados aos tratamentos de epilepsia refratária, autismo, Alzheimer, Mal de Parkinson, câncer, dores crônicas, ansiedade, depressão e insônia¹. Além do acesso pela importação, até o ano de 2020, cerca de 100 famílias brasileiras obtiveram na justiça um *Habeas Corpus* preventivo, que lhes permite cultivar a planta com objetivos terapêuticos². Além disso, duas associações conseguiram na justiça o direito de cultivar maconha, produzir um óleo medicinal com a planta e distribuí-lo entre seus associados. Apesar desses fatos, ocorridos nos últimos cinco anos, não há ainda qualquer regulamentação para a produção e cultivo de cannabis³ que permita o acesso a tais tratamentos, assim como o desenvolvimento de pesquisas com a planta no Brasil. Dessa forma, o acesso a tal tratamento tem ocorrido pela via da judicialização da saúde ou pelo cultivo ilegal, denominado por ativistas como “desobediência civil não violenta”.

No caso da Fundação Daya, no Chile, esse acesso tem sido viabilizado por parcerias entre a Fundação, municípios chilenos, laboratórios de pesquisa e universidades, e por meio do cultivo doméstico, principal via de acesso promovida pela instituição. Apesar de não ser regulamentado, o cultivo de maconha para uso pessoal não é considerado crime no país desde 2015 e, com a venda de sementes em lojas especializadas (ainda que sem regulamentação), tem ocorrido o que pesquisadores e ativistas denominam como “legalização de fato”, um afrouxamento na aplicação das leis apesar da falta de mudanças na legislação.

¹ Dados da Rede Jurídica pela Reforma da Política de Drogas, Anexo I.

² Os dados foram informados pela ANVISA por meio da solicitação via Lei de Acesso à Informação pelo Núcleo de Cannabis da Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD). A Plataforma divulgou as informações em seu site, disponibilizando o download da resposta da ANVISA em: <http://pbpd.org.br>.

³ Os termos “cannabis” e “maconha” serão utilizados como sinônimos ao longo da tese.

A tese aqui apresentada tem como objetivo compreender como tem sido possível o uso medicinal de uma planta proibida e como os conhecimentos que embasam tais usos têm sido desenvolvidos, uma vez que a proibição criminalizou toda e qualquer relação com a planta, desde o cultivo sem fins lucrativos às pesquisas científicas. Dessa forma, a pesquisa foi norteadada pela pergunta: Como tem sido possível utilizar de forma medicinal uma planta proibida na maior parte do mundo e, além disso, produzir sobre ela todo um conhecimento que ampara tais usos a ponto de modificar algumas práticas jurídicas (como a promulgação de *Habeas Corpus* para cultivo) e médicas (que agora prescrevem o tratamento com maconha)?

Tratando-se de um tema ainda pouco conhecido pelas ciências sociais, esta tese é constituída por uma extensa pesquisa etnográfica, realizada a partir do trabalho de campo e da observação participante, entrevistas semiestruturadas e levantamento e análise documental: jornais, revistas e audiovisuais publicados no Brasil entre 2014 e 2019.

A pesquisa de campo foi realizada entre maio de 2017 e maio de 2019, e dividida em 3 fases: (a) pesquisa exploratória; (b) pesquisa junto à Associação de Apoio à Pesquisa e Pacientes de Cannabis Medicinal (APEPI); (c) pesquisa em profundidade realizada na Fundação Daya, em Santiago/Chile.

A etapa exploratória diz respeito à minha inserção no campo, quando iniciei os contatos com atores chave, conheci algumas associações canábicas e transitei por espaços de debate, no intuito de conhecer a rede de ativistas que se formava ao redor da questão antes de construir os recortes da pesquisa ou ter um *locus* principal de observação. Como aponta Foote Whyte (2005), a observação participante implica em uma fase exploratória na qual o pesquisador poderá passar alguns meses “negociando” sua entrada no campo, o que implicará na forma como a pesquisa se desenvolverá. Essa etapa ocupou todo o primeiro ano do doutorado, no qual acompanhei audiências públicas (presencial ou virtualmente), *workshops*, palestras, eventos acadêmicos, um curso de cultivo, uma oficina sobre a elaboração do óleo medicinal de maconha e conheci pessoalmente quatro importantes associações civis que tratam sobre o tema, que serão aqui denominadas de “associações canábicas”, sendo duas na cidade do Rio de Janeiro e duas na cidade de João Pessoa, na Paraíba.

As associações canábicas têm exercido importante papel no processo de politização em torno dos usos da maconha, atuando como ponte entre pessoas interessadas no uso medicinal e os meios para alcançar tal tratamento, acolhendo

pacientes e organizando formalmente usuários, cultivadores, médicos, advogados ativistas e pesquisadores de diversas áreas. Também se organizam politicamente, atuam na produção e circulação de conhecimento a partir da construção de espaços de informação e debate como seminários, rodas de conversa e reuniões, tornando presenciais os encontros antes virtuais, além da participação em audiências públicas nas esferas municipais, estaduais e federais.

A segunda fase da pesquisa, realizada ao longo do ano de 2018, consistiu principalmente no trabalho de campo realizado junto à APEPI, onde participei das reuniões mensais, das atividades organizadas pela associação, conheci membras e membros com quem pude dialogar ao longo dos encontros fomentados pela associação e me aproximei de atores que se tornaram fundamentais para a realização da pesquisa. Durante esse tempo passei a fazer parte da associação como colaboradora, exercendo atividades como registro de atas e elaboração de textos. No final de 2018 participei de dois cursos de cultivo promovido pela associação como palestrante sobre a história da maconha e suas implicações políticas.

Cabe ressaltar que, como a associação não tinha uma sede própria na época, com exceção das reuniões mensais e alguns encontros pontuais, as atividades de campo que realizei junto à APEPI frequentemente envolviam estar em contato com membros de outras associações e instituições, uma vez que consistiam na participação em atos públicos, audiências públicas e palestras em diversos eventos, o que contribuiu para ampliar minhas relações com os atores.

A terceira fase da pesquisa de campo foi realizada junto à *Fundación Daya*, em Santiago/Chile. Esta etapa foi viabilizada pelo período de estágio em pesquisa de doutorado no exterior, financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)⁴ e realizado na Universidad Diego Portales, sob a orientação do professor dr. Mauricio Sepulveda. O Chile foi o país escolhido pelo fato de, ainda que não tenha regulamentado os usos medicinais de maconha, ter abrigado em seu território o maior cultivo de maconha para fins medicinais da América Latina, sob a responsabilidade da Fundação Daya. Essa característica aproxima o Brasil e o Chile em termos legislativos, e nos sugere que há outros fatores envolvidos no acesso ao tratamento com a cannabis para além das questões legais. Apesar da lei chilena não regulamentar o cultivo de maconha para fins medicinais a Fundação Daya é uma

⁴ EDITAL N° 47 /2017

instituição consolidada no país, que realiza pesquisas, cursos de cultivo e oficinas de elaboração das medicinas a base de cannabis (óleo, pomada e *macerado*⁵) semanalmente, palestras, entre outros. A conexão preexistente⁶ entre a APEPI e a Fundação Daya também foi pertinente para a realização desta etapa da pesquisa, facilitando minha interlocução com a fundação.

Durante o período entre novembro de 2018 e maio de 2019 pude conhecer a rotina da Fundação a partir de visitas regulares que fazia entre duas e três vezes na semana. Nesse período acompanhei cursos e oficinas de cultivo, as oficinas de elaboração dos preparados medicinais, as palestras organizadas para o público em geral e um curso para médicos⁷. Além da observação participante, que me permitiu conversar com pacientes e membros da associação, também foram feitas entrevistas semiestruturadas com 4 médicos, 2 terapeutas e o cultivador professor, responsável pelos cursos.

Tais escolhas metodológicas permitiram construir dados tanto na esfera micro, com as pesquisas realizadas no Rio de Janeiro e em Santiago, como na esfera macro, a partir da compreensão das normas vigentes em alguns países que já regulamentaram os usos da planta, o que nos proporcionou também uma possibilidade mais ampla de análise que caminha entre ambas as esferas (micro e macro) e se apresenta a partir de uma etnografia multisituada (MARCUS, 1995).

Importante sublinhar que a investigação empírica realizada junto à Fundação Daya não objetivou repetir a pesquisa realizada no Rio de Janeiro, objetivando compreender como os conhecimentos são produzidos em seus respectivos contextos culturais e legais, e como isso se relaciona com as práticas em relação aos usos medicinais de maconha. Nesse sentido os campos da pesquisa se complementam no intuito de ampliar a análise acerca do tema a partir da realização da pesquisa em pontos diferentes dessa rede canábica.

⁵ Preparo realizado a partir do cozimento em “banho maria” das flores da maconha em azeite de oliva. É considerado na Fundação como um óleo mais fácil de ser produzido e usado por pacientes iniciantes, que não dominam as técnicas de cultivo, preparo e dosagem, uma vez que necessita de menos quantidade de flores e é menos concentrado.

⁶ Em maio de 2018 a presidente da Fundação Daya, Ana María Gazmuri, foi convidada para dar uma das palestras que compuseram o “I Seminário Internacional Cannabis: Um olhar para o Futuro”, organizado pela APEPI em parceria com a FIOCRUZ. Em outubro do mesmo ano foi a vez de Margarete Brito, coordenadora da APEPI, participar da IV Seminário Internacional de Cannabis Medicinal de Santiago.

⁷ Foram no total de 12 oficinas de elaboração da resina e outros preparados medicinais, 6 oficinas de cultivo, 3 cursos de cultivos e um curso para médicos. As palestras que acompanhei foram “Cannabis y Dolor Crónico” (26 de março de 2019), “Cannabis y epilepsia” (29/01/2019), “Cannabis y Derechos Humanos”.

Em termos operacionais, a pesquisa limitou-se a atores que se organizam a partir de associações canábicas, cujo intuito é pautar a regulamentação da maconha, produzir conhecimento sobre os usos medicinais da planta e promover o acesso a tais tratamentos. Nos interessa especialmente os grupos que assumem publicamente o uso de cannabis e passam a se organizar ativamente em torno do questionamento das regras impostas e produção de conhecimento que justifique tal desvio. Ou seja, os grupos que atuam em direção à regulamentação do cultivo doméstico de maconha, que trocam entre si informações, experiências e matéria vegetal (sementes, mudas e flores de maconha, além do óleo) com o propósito de produzir acesso à planta e conhecimento à revelia da justiça e das ameaças de sanções legais.

A categoria “usuários medicinais” diz respeito a pessoas que são membros de associações canábicas e constituem-se desviantes por consumir maconha sob a justificativa de que o uso lhes proporciona efeitos terapêuticos benéficos à saúde, cujo acesso é garantido constitucionalmente. Existem, é claro, usuários medicinais de maconha que não participam de organizações civis, assim como existem ativistas que não são membros de associações ou coletivos, mas esta tese não pretendeu alcançá-los.

Em relação às informações sobre os participantes da pesquisa, cabe salientar que os dados apresentados oriundos de matérias de jornais e mídias de ampla divulgação apresentam os nomes verdadeiros, uma vez que os participantes optaram por não utilizar qualquer recurso que ocultasse suas identidades, ao contrário, escolheram assumir publicamente seu posicionamento em relação ao uso medicinal de maconha. Além disso, a identidade dessas pessoas está explícita nos documentos referenciados. Para além dos documentos públicos, são utilizados os nomes verdadeiros das pessoas que ocupam os cargos de presidente e vice-presidente (ou coordenadores) das associações, uma vez que estes também são dados públicos e, para não os utilizar, seria necessário não identificar as associações, o que não foi considerado necessário.

De forma geral, os nomes dos participantes ou foram suprimidos, sendo referenciados apenas como “médico”, “ativista”, “cultivador”, “paciente”, “mãe” ou foram substituídos por nomes fictícios, sendo indicado em nota de rodapé.

Em relação às convenções adotadas em relação à escrita, cabe destacar que o texto está escrito em primeira pessoa no que se refere às informações oriundas do trabalho de campo e entrevistas, e na terceira pessoa do plural no que se refere às informações relacionadas às análises, pois compreendendo que estas resultam do trabalho realizado ao longo dos anos de doutorado em colaboração com meus orientadores. Os trechos

com mais de três linhas retirados do caderno de campo serão apresentados com recuo, tal como ocorre com as citações diretas, e referenciados em relação à data original da anotação. Trechos de entrevistas serão apresentados da mesma forma, com a devida referência sobre a data de sua realização.

O primeiro capítulo apresenta construção do problema de pesquisa a partir do período exploratório, onde conheci as associações, assim como minha entrada no campo, a forma como a rede de contatos foi construída e o lugar que passei a ocupar nessa rede. Também aborda questões sobre os usos medicinais da maconha relevantes para que o leitor ou leitora compreenda a problemática apresentada e os dados dos capítulos seguintes.

O segundo capítulo traz um panorama histórico e político acerca dos usos milenares de maconha, a fim de apresentar brevemente algumas relações tradicionais construídas com a planta previamente ao período proibicionista. São abordados os fluxos migratórios que espalharam a planta ao redor do mundo e lhe fizeram chegar às Américas, as formas de uso, contextos culturais e primeiras sanções. Trataremos ainda da construção da maconha como droga proibida e do processo social e político de estigmatização de seus usuários.

O capítulo III apresenta as redes canábicas no Brasil a partir da mobilização em torno dos usos medicinais de maconha, explicitando como a organização social em torno da politização da saúde reúne uma diversidade de atores e redes de compartilhamento de experiências e conhecimento. A partir da literatura acionada, abordaremos o papel das associações de pacientes na construção do problema público em torno do acesso à maconha para fins medicinais, as técnicas e estratégias utilizadas para a produção de conhecimento e para a legitimação destes perante a sociedade.

O capítulo IV trata da experiência chilena relacionada à pesquisa realizada durante o período em Santiago, junto à Fundação Daya, sendo abordada a rotina da Fundação e o modelo terapêutico por ela desenvolvido. O objetivo do capítulo é demonstrar como os conhecimentos são produzidos e compartilhados cotidianamente, por meio das atividades coletivas desenvolvidas pela Fundação, ao passo que as questões culturais e legais são tratadas como pano de fundo que constroem os contextos no qual o trabalho foi realizado (o meu e o da Fundação Daya).

O capítulo V abordaremos as carreiras de usuários medicinais de maconha e seus familiares, descrevendo e analisando alguns passos importantes trilhados por pessoas com doenças ou condições de difícil controle ao se tornarem usuários medicinais de

maconha. O capítulo também lança luz sobre o processo recente de redescoberta da maconha como substância terapêutica e sua transformação em medicamento, atentando para as disputas epistemológicas que emergem desse processo, do qual participam atores diversos.

Cabe ainda informar que a presente pesquisa, tendo sido realizada entre os anos de 2017 e 2021 (compreendendo o período entre o início das aulas e a finalização da escrita) foi perpassada por diversas mudanças relacionadas ao tema investigado. Quando entrei no doutorado a ABRACE havia alcançado recentemente a autorização judicial para permanecer cultivando para seus associados. Também havia poucos meses que o primeiro Habeas Corpus preventivo havia sido concedido para uma família carioca. O mapeamento inicial, no qual encontrei 7 associações brasileiras, foi praticamente inviabilizado em decorrência do grande número de associações que surgiram nos anos seguintes, o que aponta o crescimento do debate e a expansão das estratégias de acesso. Atualmente existem cerca de 35 associações filiadas à recém-inaugurada FACT – Federação das Associações de Cannabis Terapêutica.

Em relação às questões legais, tramita atualmente a Proposta de Lei 399/2015, que visa alterar a Lei 11.343/2006, “para viabilizar a comercialização de medicamentos que contenham extratos, substratos ou partes da planta Cannabis Sativa em sua formulação”⁸. O que pode ocasionar a regulamentação do cultivo de maconha para a produção de medicamentos no país. Cabe salientar, porém que a proposta aprovada para votação exclui o cultivo doméstico e restringe as possibilidades de atuação das associações em decorrência das exigências relacionadas à produção a nível industrial.

⁸ Texto da ementa do projeto de lei, disponível no site da câmara dos deputados: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=947642>

CAPÍTULO I

OS PERCURSOS DA TESE E A PESQUISA NA PRÁTICA

Se você faz seu trabalho participando intensivamente das atividades daqueles que você estuda, a maneira como você vive afetará aquilo que você pode estudar, tornando fácil o ingresso em alguns círculos sociais e fechando inteiramente o acesso a outros: proporcionando-lhe o conhecimento e a sensibilidade que tornarão algumas atividades inteligíveis e outras misteriosas, proibidas ou (ainda pior) desinteressantes; proporcionando-lhe as habilidades, sociais e de outro tipo, sem as quais você não pode começar a participar efetivamente da vida daqueles que se propõe a estudar. Assim [...] eu acredito que a biografia pessoal ilumina o trabalho.

(Howard Becker, Uma teoria da ação coletiva, 1977)

1.1 Primeiros contatos com o tema

Meu primeiro contato com os usos terapêuticos de maconha ocorreu em meados de 2015, quando uma amiga me escreveu falando sobre um cultivador e usuário medicinal de maconha que ela havia conhecido e lhe havia contado sobre ter curado um câncer no sistema linfático com o uso de um óleo elaborado com um extrato artesanal da planta. Nesse período eu tentava desenhar meu projeto de doutorado em torno de algo sobre conhecimentos populares e usos de plantas medicinais e a história do rapaz, que chamarei apenas de João, me deixou interessada.

Uma busca na internet me mostrou que havia outros relatos sobre benefícios medicinais da maconha e algumas matérias de jornais que falavam sobre o uso realizado por crianças que sofriam com crises convulsivas. Logo na primeira busca chamou minha atenção uma matéria do jornal O Globo¹, apresentada a seguir (figura 1).

¹ Matéria publicada pelo jornal “O Globo” em 14 de outubro de 2014. Consultada em 3 de agosto de 2017. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/rede-secreta-produz-maconha-medicinal-no-rio-14198705>

Rede secreta produz maconha medicinal no Rio

Grupo é formado por cultivadores, médicos e até advogados

Emiliano Urbim
12/10/2014 - 07:00 / Atualizado em 12/10/2014 - 11:30

Fonte: Acervo do Jornal *O Globo*.

A matéria se refere a um tipo de maconha, a maconha medicinal, e não a um tipo de uso que se difere daquele amplamente descrito como “recreativo”, que prefiro chamar de “uso social” (como fazemos ao nos referir ao uso não abusivo de bebidas alcóolicas). Tal matéria, assim descrita em sua manchete, apresenta uma questão tão frutífera para a sociologia: se a planta é a mesma, o que se transformou no discurso e nas práticas dos usuários que modificou a forma como ela é tratada? Também me intrigou o fato de haver uso de medicinal de uma planta ainda proibida na maior parte do mundo. Como esse uso era possível e em quais conhecimentos se baseava?

Pedi então que a amiga que me falara sobre João nos apresentasse e a partir de então começamos a conversar pelo *Facebook*. João é um ativista e eu me apresentei como cientista social e pesquisadora interessada em questões relacionadas à saúde e, assim, não tivemos problemas em começar a conversar. Todas as nossas conversas foram pelo *Facebook*, uma vez que o rapaz mora no interior de São Paulo e eu no interior do Rio de Janeiro.

João me contou que tinha 20 anos à época que começara a usar o óleo de maconha para tratar um câncer no sistema linfático. Segundo o rapaz, o óleo lhe fora doado por uma “rede de distribuição” da cidade do Rio de Janeiro que lhe enviara a substância pelo correio. Após iniciar o tratamento com o óleo doado, começou ele mesmo a produzi-lo a partir de um cultivo doméstico. Ele atribui à administração regular do óleo de maconha a diminuição do tratamento convencional com quimioterapia de 6 meses (diagnóstico médico inicial) para dois meses, quando recebeu alta do tratamento, sem retorno do câncer nos anos seguintes. Além disso, João contou que era nítida a diferença dele para os outros “guerreiros e guerreiras” que passam pelo tratamento de rádio e quimioterapia. Segundo contou, a maconha diminuía seus enjoos, dores, melhorava o apetite e o humor, mas também “protegia suas células boas e atacava as cancerígenas, ao contrário da quimioterapia, que atinge tudo”. Desde então ele passou a fazer e doar o

óleo para outras pessoas que passam por tratamentos contra o câncer, sendo o fornecimento limitado à quantidade de plantas recebidas como doação e à uma pequena plantação ilegal que mantém quando pode, dependendo do espaço disponível em sua casa.

Quando perguntei ao João como ele fazia o óleo e como sabia dos efeitos terapêuticos, ele me disse que já sabia sobre efeitos medicinais da maconha, mas que aprendeu sobre seus usos no tratamento contra o câncer, assim como a receita de como fazer o óleo, no documentário “*Run for the cure*”², que conta a história do americano Rick Simpson, cultivador conhecido por produzir e compartilhar uma resina para fins medicinais feita com a planta e usá-la para tratar diversos tipos de câncer. Simpson chegou a ser preso em decorrência da divulgação que fazia de suas pesquisas pessoais e conta sua trajetória com os usos medicinais da maconha no documentário referido.

Assisti ao filme, em seguida busquei mais informações no *YouTube*, que me levaram ao programa *Sem Censura*, da TV Brasil³, exibido em 2014, em uma edição voltada para os usos medicinais de maconha, da qual fizeram parte Margarete Brito, presidente da APEPI, Eduardo Faveret, neurologista e um dos primeiros médicos especialistas em prescrição de cannabis no Brasil, Tarso Araújo, jornalista e diretor do documentário “*Ilegal: a vida não espera*”⁴, e Emílio Figueiredo, advogado antiproibicionista. Pessoas que se tornaram referência no tema e que eu conheceria mais tarde, durante a pesquisa. Depois assisti ao documentário nacional, produzido em 2014 por Tarso Araújo e Raphael Erichsen, que chamarei a partir de agora apenas de “*Ilegal*” e, ainda, uma longa matéria vinculada no *Fantástico* ainda em 2014, intitulada “*Pais lutam na justiça por liberação de remédio derivado da maconha. ANVISA proíbe o uso dos derivados da maconha, mas alguns pais estão se arriscando para tratar os filhos com remédios que trazem dos EUA*”⁵.

Desde a graduação me interessavam questões relacionadas aos desvios categorizados pelo saber biomédico, perpassando concepções culturais sobre comportamentos vistos como anormais e os discursos jurídicos que o acionavam. No caso do uso medicinal de maconha, este me pareceu, inicialmente, um caso interessante

² Simpson R. 2008. *Run for the cure*. Disponível no youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=vOlvDcvliUU>

³ Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=CF_3j39GvhE&t=1526s&ab_channel=tvbrasil

⁴ Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=vxjdPCPrkA&ab_channel=IlegalAVidaN%C3%A3oEspera

⁵ Vinculada em 30 de março de 2014, disponível em: <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/03/pais-lutam-na-justica-por-liberacao-de-remedio-derivado-da-maconha.html>

por tratar-se de um desvio que, a uma só vez, era categorizado como um crime (tráfico), um comportamento patologizado (vício) e uma desobediência às normas médicas reguladoras (que compreendem que são os médicos os responsáveis por diagnosticar e tratar doenças). E ainda estava dentro do grande tema das plantas medicinais, sobre o qual meu interesse despertava.

Eu havia terminado o mestrado recentemente e me interessei em construir um projeto de doutorado sobre o tema da “maconha medicinal”. Mas, nesse momento, ainda em 2015, era um campo que me parecia de difícil acesso, por ser algo considerado crime e, por isso, ocorrer de forma discreta. Por meio das conversas com João não consegui contato com a tal rede “secreta” da qual tratava a matéria do jornal e que lhe tinha fornecido o óleo, embora ele me incentivasse a realizar a pesquisa e me dissesse que ela seria bem-vinda pelos ativistas, interessados na maior produção acadêmica sobre o assunto.

A partir das pesquisas realizada em jornais e programas de TV e a conversa que mantive com o rapaz pelo *Facebook*, identifiquei que ao menos três grupos que estavam envolvidos nessa rede: usuário(a)s medicinais e seus familiares, cultivadores(as) e produtores(as) do óleo, podendo uma mesma pessoa ocupar mais de um desses grupos (ser usuário, cultivador e produtor do óleo, como era o caso do João). No grupo de familiares de usuários medicinais, se destacavam as *mães de crianças* com doenças neurológicas raras e/ou de difícil controle que encontraram na administração do óleo de maconha em seus filhos benefícios não ocasionados pelos tratamentos médicos até então experimentados. Foi notório, tanto nos jornais impressos como nos programas de TV que tratavam sobre o tema, a presença expressiva dessas mulheres. Dentre esses usos sobressaiam os casos de crianças com epilepsia refratária aos tratamentos convencionais, que encontravam considerável diminuição no número de crises com a utilização do óleo, como foi demonstrado no documentário “Illegal”.

Com essas informações comecei a escrever meu projeto de doutorado, ainda sem saber como acessaria essa rede sobre a qual a sociologia e a antropologia ainda falavam muito pouco sobre. Alguns meses depois de começar essa investigação inicial para a construção do projeto, me deparei com problemas de saúde na minha família que calharam por atravessar – e serem atravessados – pela pesquisa que eu acabara de iniciar. Meu pai, que dois anos antes havia passado por uma cirurgia de pontes de safena, e da qual ainda não havia se recuperado totalmente, foi diagnosticado com câncer de pulmão e iniciaria em pouco tempo o tratamento com quimio e radioterapia.

Nesse momento a única pessoa que eu conhecia que havia passado por esse tratamento era João, o rapaz do interior de São Paulo. Conversei com ele sobre o diagnóstico do meu pai e ele me contou um pouco sobre os efeitos colaterais do tratamento e sobre como a maconha o ajudou a aliviá-los.

No final de 2015 surgiu nos jornais a notícia de um químico aposentado da USP de São Carlos/SP, mesma cidade onde cursei o mestrado, que supostamente teria produzido um medicamento que tratava o câncer. Em torno do medicamento surgiram discursos eufóricos de pessoas que estavam sendo “curadas” (ver figura 3) com a tal nova droga, distribuída primeiro ilegalmente, depois pela via da judicialização. A nova droga que se supunha tratar o câncer chamava-se *fosfoetanolamina* e passou a ser conhecida como “pílula do câncer”, apesar de não haver qualquer pesquisa que indicasse tal efeito do medicamento. Isso gerou discussões públicas em torno da distribuição de uma droga pouco conhecida para uma doença para a qual ainda não se tem cura, sendo noticiado em muitos jornais do país.

Figura 2 - Matéria do G1 sobre suposta droga para cura do câncer



Meu pai foi mais uma pessoa interessada nesse “novo tratamento” e, como eu acabara de voltar de São Carlos, me perguntou o que eu sabia sobre o suposto remédio e se conhecia alguém que pudesse ajudá-lo a experimentá-lo. É possível compreender esse interesse no uso de um medicamento sobre o qual não havia nenhuma pesquisa divulgada à época que indicasse seus efeitos benéficos e colaterais, quando trata-se de uma doença para a qual a medicina convencional apresenta uma pequena possibilidade de cura, e por meio de um tratamento desgastante. Eu me depararia com isso muitas vezes, posteriormente, durante minha pesquisa de doutorado.

Diante do interesse do meu pai nessa substância pouco conhecida, resolvi lhe contar sobre as coisas que eu estava lendo para um possível doutorado, que trataria sobre usos medicinais de maconha. Com algum receio, conhecendo o ponto de vista

⁶ Publicada em 26/08/2015. Acessado em 17/07/2019, disponível em: <http://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2015/08/pesquisador-acredita-que-substancia-desenvolvida-na-usp-cura-o-cancer.html>

conservador do meu pai, militar aposentado, contei também sobre a experiência do João no que dizia respeito ao alívio dos sintomas da quimioterapia, juntando a essas informações alguns artigos médicos que encontrei e o fato da maconha nunca ter acarretado a morte por overdose ou danos irreversíveis, o que nos indicava que não era algo perigoso como poderia ser a *fosfoetanolamina*, da qual não sabíamos nada.

Para minha surpresa, meu pai se mostrou muito interessado e isso se tornou um assunto recorrente entre nós. João me explicou que o medicamento era uma resina elaborada a partir da extração alcoólica das substâncias da maconha, resultando em um extrato muito concentrado: 30 gramas de flores resultavam em 3mls de resina (base para a produção do óleo). Eu contava para meu pai o que o rapaz me explicava e o que eu lia a respeito na internet. Em novembro de 2015, João doou para meu pai 3 ml da resina, de forma completamente gratuita, me dizendo que, da mesma forma que fora ajudado, gostaria de ajudar outras pessoas. Nesse mesmo mês meu pai iniciou a ingestão do óleo na dosagem indicada pelo rapaz, que era “o equivalente a $\frac{1}{4}$ de um grão de arroz”. Ou seja, algo minúsculo que, ao mesmo tempo que gerava dúvidas sobre a eficácia de algo tão ínfimo, diminuía o medo do meu pai de algum dano ou possibilidade de vício a partir de uma dosagem tão pequena. Iniciou no mesmo mês a quimio e a radioterapia.

Meu pai utilizou o óleo cotidianamente apenas durante o período da quimioterapia. E os efeitos da maconha eram evidentes, tanto no que diz respeito aos benefícios, como nos efeitos por ele considerados “colaterais”, relacionados à psicoatividade da planta, e que nem sempre lhe agradavam. Ele mesmo fazia testes com o medicamento a fim de tirar suas dúvidas sobre o que era ou não efeito da resina. Resolveu certa vez suspender seu uso para sentir os efeitos apenas do tratamento médico convencional. Não precisou de mais de um dia de experiência: com a suspensão do uso do óleo os enjoos e as dores no corpo lhe incomodavam de forma abrupta e muito mais intensa.

Envolvida por essas questões pessoais e me deparando, de repente, como parte de algo que eu pretendia pesquisar, e sobre o qual eu permanecia sabendo muito pouco, desisti de tentar ingressar no doutorado naquele ano. Considerando o que se passava na minha vida pessoal, entendi que precisava amadurecer meu projeto e assim o fiz durante o ano seguinte, me dedicando a leituras sobre o tema, que resultaram no projeto aprovado para a turma de doutorado em Sociologia Política de 2017, na UENF.

Ao longo do período em que me inscrevi para o processo seletivo e o começo do curso, dois marcos importantes para o movimento em favor da regulamentação da

maconha para fins medicinais no Brasil ocorreram: foram promulgados os primeiros *Habeas Corpus* Preventivos (HC) para o cultivo pessoal de maconha para fins medicinais e a primeira autorização para cultivo e distribuição de extratos à base de maconha para a Associação de Apoio à Cannabis Esperança (ABRACE), na Paraíba. Além disso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) havia aprovado, no início de 2016, regras para a importação de medicamentos à base de cannabis.

O Rio de Janeiro se tornou o primeiro foco de investigação da etapa exploratória da pesquisa. Não só pela possibilidade prática, por tratar-se de uma cidade próxima à qual eu morava, como pelo fato de situar um importante lugar de debate público sobre o tema. Comecei então a frequentar eventos sobre “cannabis medicinal” no Rio, que se tornavam cada vez mais frequentes, tanto para conhecer o debate e as pessoas que compunham tal rede, como para me tornar conhecida por seus atores. Paralelamente a esse início do trabalho de campo, reuni matérias de jornais, revistas e programas de TV, no intuito de compreender o processo social ocorrido até minha entrada em campo, atentando para as estratégias políticas de ativistas ao publicizarem seus atos ilícitos, justificados pela demanda do acesso à saúde.

1.2 Conhecendo o campo de pesquisa

O primeiro evento que tive a oportunidade de participar foi o “Workshop: O acesso à Cannabis como recurso primário de saúde”, em maio de 2017, organizado pela Associação de Apoio à Pesquisa e à Pacientes de Cannabis Medicinal (APEPI) e a Associação Brasileira para a Cannabis (Abracannabis), as duas únicas associações no estado do Rio de Janeiro na época, oficializadas no final de 2014 e início de 2015. A mesa do evento era composta por dois médicos (sendo um professor da UFRJ e o outro do Instituto Estadual do Cérebro do Rio de Janeiro), o advogado Emílio Figueiredo, que havia atuado nos primeiros processos de *Habeas Corpus* (e permaneceria atuando nos seguintes), Margarete Brito, advogada, coordenadora geral da APEPI e que havia recebido recentemente o *Habeas Corpus* preventivo para a manutenção de seu cultivo para sua filha, e uma farmacêutica da UFRJ, que começara a trabalhar com cannabis e a desenvolver um projeto de extensão a partir da demanda dessas associações, com o intuito de examinar os óleos artesanais e importados. O evento ocorreu na Santa Casa da Misericórdia, no centro da cidade.

Tanto a composição da mesa como o local onde foi realizado o *workshop* me intrigaram e me mostravam um pouco de como essa rede atuava, em parcerias entre

associações e institutos de pesquisa. As falas do evento abarcaram questões legais sobre os usos medicinais de maconha, demonstrando que a Lei de Drogas já prevê possibilidades de autorização para cultivo da planta, desde que de acordo com a agência responsável pela regulamentação ou com autorização judicial. De acordo com a Lei 11.343/2006,

Ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar (Art. 2º da Lei 11.343/2006, grifos meus).

Porém, em decorrência do autoritarismo relacionado ao tema e do poder discricional, qualquer cultivo da planta pode ser considerado crime de tráfico de drogas pela justiça. Dessa forma, ativistas optavam pelo que denominavam por “desobediência civil não violenta”, justificada pela garantia constitucional de acesso à saúde, como forma de acessar a planta por meio de cultivos ilegais, assim como difundir seus conhecimentos e ensinar outras pessoas a cultivar.

Eu já sabia quem era a Margarete por conta das matérias de jornais e programas de TV, uma vez que ela já havia se tornado uma figura pública e um rosto conhecido do movimento pelos usos medicinais de maconha. Nesse dia pude conhecer mais sobre sua trajetória política, que narro a seguir, reunindo entrevistas de acesso público e suas falas nesse primeiro evento.

Não se trata, porém, de um compilado de informações. Ao retornar aos cadernos de campo para a elaboração desse capítulo, retomo os acontecimentos, agora distantes temporalmente, após todo o trabalho de pesquisa de campo e sua análise a partir da literatura acionada. Portanto, o esforço em resumir as informações necessárias para demonstrar ao leitor o debate que existia nesse momento e a maneira como se construiu o trabalho de campo inclui também informações posteriores aos acontecimentos descritos, aos quais só tive acesso após o período exploratório.

Acompanhar a trajetória inicial de Margarete permite compreendermos o processo político social que se desenvolvia nesse momento inicial da pesquisa e a perspectiva pela qual o trabalho de campo foi desenvolvido. Outros caminhos seriam possíveis. Importa aqui demonstrar qual foi o nosso.

Como aponta Marcus (1995), o uso de narrativas biográficas revela “justaposições de contextos sociais através de uma sucessão de experiências individuais narradas que podem ser obscurecidas no estudo estrutural de processos como tal” (p.110). Nesse sentido, a narrativa a seguir exemplifica o percurso que torna um problema privado

(relacionado ao tratamento de saúde) em um debate público que aciona diversas esferas institucionais e questões morais, transformando pessoas preocupadas com a saúde de suas famílias em ativistas organizados.

Como foi narrado por Margarete no *workshop* anteriormente citado, o caminho em direção à autorização do uso medicinal de maconha para sua filha iniciou-se em 2013 quando ela e seu marido, “inconformados com o grande número de crises convulsivas diárias da filha”, de 7 anos, diagnosticada com uma síndrome rara denominada pela medicina como CDKL5⁷, sem encontrar remédios que “funcionassem”, souberam da experiência da menina Charlotte, uma criança americana de 5 anos de idade, portadora de Síndrome de Dravet (que é semelhante à CDKL5), que estava sendo tratada com o óleo de maconha e encontrara efeitos positivos. Margarete entrou então em contato com o pai da menina para ter mais informações sobre o tratamento, seus efeitos e meios de acessá-lo. Cerca de dez dias depois, o óleo chegava em sua casa, na zona sul da cidade do Rio de Janeiro, sendo a primeira dose uma amostra grátis fornecida pela empresa americana fabricante do produto. Isso foi possível porque, nos Estados Unidos, as substâncias com baixa concentração de Tetrahydrocannabinol (THC) – substância responsável pelos efeitos psicoativos da planta – como era o caso do óleo em questão, são classificadas como suplemento alimentar, o que permite sua venda sem prescrição médica, por isso a maior facilidade de acesso. A maconha com essa característica (menos de 0,3% de THC) é chamada de “*hemp*” nos EUA e tem uma regulamentação distinta no país⁸. No Brasil, óleos com essa característica ficaram conhecidos pelo nome de outra substância da planta, associada ao tratamento de doenças neurológicas e abundante nesse tipo de óleo, “Canabidiol” ou sua abreviação, “CBD”.

Em sua fala nesse dia no workshop, Margarete contou que procurou outras mães de crianças portadoras de epilepsia refratária ao tratamento convencional, a fim de divulgar a história da menina americana, buscar apoio e organizar uma compra coletiva

⁷ Segundo informações do site do Centro de Pesquisa sobre o Genoma Humano e Células-Tronco do Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo, CDKL5 “é uma variante da síndrome de Rett, de início mais precoce, com crises epiléticas frequentes e de difícil controle”. Consultado em 30 de agosto de 2019. Disponível em: <http://genoma.ib.usp.br/pt-br/servicos/consultas-e-testes-geneticos/doencas-atendidas/sindrome-de-rett>

⁸ O “*hemp*” ou “cânhamo industrial” “significa a planta *Cannabis sativa* L. e qualquer parte dessa planta, em crescimento ou não, com uma concentração de delta-9 tetrahydrocannabinol de não mais do que 0,3 por cento em peso seco (tradução minha)”. O que significa que é considerado cânhamo industrial regulamentado para venda substâncias oriundas da maconha com concentração de THC menor que 0,3%, de acordo com o “Agriculture Act of 2014”, disponível em <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-113hr2642enr/pdf/BILLS-113hr2642enr.pdf>. Acessado em 15 de outubro de 2019.

entre as interessadas, barateando o frete do produto. Dentre as mulheres contatadas, entre as quais já havia uma rede de compartilhamento de informação em decorrência dos diagnósticos de seus filhos e filhas, Katiely Fisher, moradora de Brasília, também mãe de uma menina com o mesmo diagnóstico que a filha de Margarete, concordou em experimentar a substância, importando também o produto de forma ilegal.

As mulheres começaram então o tratamento com suas filhas, trocando informações sobre os resultados encontrados, possíveis efeitos colaterais e dosagens. Como foi exposto no filme “*Ilegal*”, em nove semanas de tratamento o número de convulsões observados na filha de Katiely reduziu de 60 a 80 crises mensais a zero. A filha de Margarete não zerou o número de crises convulsivas, mas as reduziu pela metade, eficácia não ocasionada pelo tratamento convencional, tendo obtido também melhoras na capacidade motora e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida.

Além dos altos custos, nem todos os óleos importados chegavam ao destino. Devido à ilegalidade, algumas vezes o produto era retido na ANVISA. No início de 2014, Katiely Fischer⁹ foi a primeira pessoa a conseguir autorização para importar o óleo de maconha no Brasil a partir da judicialização do acesso. A ação foi seguida por outras mães, que acionaram a justiça a fim de conseguir autorização para importação do medicamento, enquanto o poder executivo, representado pela ANVISA, não regulamentasse o produto. Porém, a falta de médicos dispostos a acompanhar o tratamento, a fim de relatar sua eficácia e justificar a importação, o preço e os preconceitos e estigmas em relação à maconha, permaneceram como obstáculos ao acesso ao medicamento.

Durante o workshop, Margarete explicitou que a regulamentação da importação não resolveu o problema do acesso devido às dificuldades em encontrar médicos prescritores e aos altos custos: o tratamento de sua filha, por exemplo, custava em torno de R\$1.500 mensais em 2016.

De fato, como foi verificado no campo, existiam nesse período cerca de 58 médicos prescritores no Brasil, catalogados pelas associações consultadas nesse período. Além do pequeno número de médicos, as especialidades destes eram

⁹ A história de Katiely Fisher e sua filha são narradas no documentário “*Ilegal: a vida não espera*”. A capa do filme é composta pela foto das duas, mães e filha, abraçadas acima da silhueta de Brasília.

principalmente neuropediatria (51%) e neurologia (32%), o que limitava a prescrição do óleo para doenças que não tenham causas neurológicas ou ocorram em adultos¹⁰.

A partir dos debates e informações fomentadas por essa rede de circulação de conhecimento que se formava, inicialmente “secreta”, a mãe ativista começou a usar o óleo nacional e aprender as técnicas de cultivo com usuários cultivadores, passando ela mesma a plantar em seu apartamento, junto com seu marido, iniciando, em seguida, o pedido de *Habeas Corpus* preventivo, expondo à justiça o cultivo que mantinham em casa. Tal solicitação resultou no primeiro *Habeas Corpus* preventivo do país, dando salvo-conduto ao seu cultivo doméstico, ou seja, impedindo que as polícias apreendessem as plantas e, conseqüentemente, que o casal fosse punido.

Eu comecei a cultivar cannabis em março desse ano porque eu fiquei sem o importado. Eu fiquei um mês sem. Aí eu entrei em desespero e entrei em contato com algumas pessoas que sabem fazer. Eu já tinha feito isso a um tempo atrás, e eu voltei a dar [o óleo artesanal] e aí o resultado de novo me surpreendeu positivamente. E aí eu disse: “eu vou plantar” (Margarete Brito em entrevista à *Globo News*, 2016)¹¹.

Como se observou, os envolvidos com a fabricação do óleo e os cultivadores, a quem a fala acima se refere como “pessoas que sabem fazer”, demonstram considerável conhecimento acerca das formas de uso assim como sobre as técnicas de plantio, secagem, armazenamento, produção do óleo e benefícios medicinais, embora não se apresentem como profissionais especializados, sendo o conhecimento das técnicas alcançados através do cultivo e não antes (POLICARPO, 2013). Portanto, os cultivadores com mais experiência ocupam, nessa rede informal, o papel de compartilhar seu conhecimento, a fim de tornar possível a autonomia dos usuários medicinais sobre a produção do medicamento.

Os cultivadores caseiros de maconha para uso próprio é que vinham produzindo plantas e o conhecimento sobre seus efeitos, cruzando variedades, ranqueando as diferentes cepas. Foram eles que permitiram que os sofisticados conhecimentos sobre os efeitos do uso de diferentes plantas do gênero Cannabis, bem como suas potencialidades terapêuticas variadas, pudessem estar disponíveis hoje para experimentações e alívio de muitos pacientes. Algumas dessas pessoas enfrentaram sérios problemas com a justiça em virtude de sua jardinagem posta na ilegalidade, mas, a despeito disso, o conhecimento foi produzido, difundido, disponibilizado em circuitos alternativos de comunicação, em especial na internet (POLICARPO et al. 2017, p.31).

¹⁰ Foram consultadas as listas de médicos organizadas pela APEPI, ABRACE e ABRACANNABIS em 2017. As demais especialidades encontradas foram acupuntura, cirurgia de coluna, especialistas em dor, cirurgia oncológica, mastologia, neurocirurgia e psiquiatria. Dentre os estados onde atuam tais médicos, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Paraíba são os que têm maior número de prescritores, com uma média de 10 por estado.

¹¹ Exibido em 10/07/16. Disponível em: <https://globosatplay.globo.com/globonews/v/5154737/>

Ampliando a análise de Policarpo et al (2016), compreendemos que há, a partir dessa rede, não apenas o compartilhamento da *expertise* dos cultivadores, mas um encontro de *expertises*: dos cultivadores, que eram quem detinham inicialmente as técnicas de cultivo e o conhecimento sobre as variedades de cannabis, e das mães que, ocupando majoritariamente o lugar de cuidadoras, detinham o conhecimento acerca dos tratamentos convencionais, diagnósticos, efeitos das variedades de maconha e dos medicamentos alopáticos testados, assim como métodos para demonstrar aos médicos suas observações.

Além de produzir dados sobre a terapia com cannabis essas mulheres passaram a publicizar os resultados e se organizar politicamente em torno do acesso, valendo-se do lugar social que a maternidade ocupa. No sentido do diálogo público, e do diálogo com o público promovido pelas mídias, é importante destacar que, via de regra, as mulheres retratadas tanto no filme *Ilegal* como as que protagonizam as matérias de jornais e programas de TV entre 2014 e 2019 são mulheres brancas, escolarizadas, e de classe média alta.

Becker (2008) demonstrou como distinções como idade, sexo, etnicidade e classe estão relacionadas a diferenças tanto no que se refere aos grupos que podem fazer regras para outros, como em relação a quem, e em qual grau, tais regras serão, de fato, aplicadas. Isso nos leva a compreender a utilização de posições sociais privilegiadas como tática de disputa em conflitos em torno da criação e manutenção das regras. Essa questão é relevante para compreendermos que não se trata aqui de “mães”, de maneira abstrata, mas dessas mães, especificamente.

Importante atentar para o fato de que a presença de mulheres, mães de crianças com doenças raras e/ou de difícil controle, não foi um recorte teórico da pesquisa, mas um dado do campo de investigação devido à importância política que essas mulheres têm ocupado no debate. O que não é exatamente novo quando se trata de movimentos sociais. Como ressalta Gohn (2007), “as mulheres são o contingente principal dentre aqueles que se mobilizam para a luta por questões coletivas no âmbito público” (GOHN, 2007, p.62). Segundo a autora,

As mulheres são maioria nos movimentos feministas, nos movimentos populares de luta por melhores condições de vida e trabalho e nas redes e fóruns transversais que ultrapassam as fronteiras nacionais. [...] as mulheres também sustentam, majoritariamente, as redes solidárias de projetos sociais que trabalham pela inclusão de crianças e adolescentes nas ruas; educadores das escolas articulam-se com grupos comunitários e desenvolvem trabalhos contra a violência e o uso de drogas. Portanto, quer como grupos de

mobilizações de causas femininas, quer como participação feminina em diferentes mobilizações, as mulheres têm constituído a maioria das ações coletivas públicas. O conjunto dessas ações une categorias sociais, que criam sujeitos, que produzem movimentos sociais. apesar dessa presença toda, existe uma invisibilidade da atuação das mulheres. [...] no início dos anos 1990, a saudosa Beth lobo (1991) já afirmava: “freqüentemente as análises ignoram que os principais atores nos movimentos populares eram, de fato, atrizes” (GOHN, 2007, p.44-45).

Cabe chamar atenção para essa questão porque os movimentos pró regulamentação da maconha muitas vezes são entendidos como movimentos masculinos ou de maioria de homens. Gohn (2007) já tratou sobre o fato de movimentos mistos serem considerados de maioria masculina, mesmo quando não há dados que corroborem essa percepção. Como Gohn demonstra, a língua também contribui para isso, pois geralmente existem apenas “atores” dos movimentos sociais e nunca “atrizes”. Dessa forma, a participação das mulheres nos movimentos sociais só é evidenciada quando o movimento é descrito como feminista ou de mulheres (como a Marcha das Margaridas ou a Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas). Quando são movimentos mistos, corriqueiramente os vemos como movimentos masculinos, invisibilizando as mulheres que o constroem (como por exemplo o Movimento Sem Terra ou movimentos indígenas).

Portanto, além da presença de mulheres de maneira geral, destacamos então a importância das mães de pessoas com doenças raras que se mobilizam em torno da cannabis medicinal. Mas ressaltamos que não queremos com isso sugerir que a presença de mulheres nesse movimento e nessa rede se restringe à presença *dessas* mulheres, especificamente foco dessa análise.

De fato, quando se trata de maconha para fins medicinais, a presença das mulheres é algo que não passa despercebido e vai além da ala medicinal da marcha da maconha. Não apenas a APEPI, mas a AMA+ME, a Liga Canábica da Paraíba e a Cultive, são associações com mulheres, mães, ocupando cargos de representatividade ou liderança. E isso não se refere apenas ao Brasil, a Fundação Daya, tem uma mulher como fundadora e atual coordenadora executiva. A pertinente participação de mães nesse movimento também pode ser percebida pela rede colaborativa “Mamá Cultiva”, fundada em parceria com a Fundação Daya, no Chile, atualmente com sede em seis países da América Latina¹², evidentemente, todas representadas por mulheres.

¹² Chile, México, Peru, Paraguai, Bolívia, Colômbia.

Além de cultivadores, mães e pacientes, essa rede colaborativa conta também com o trabalho de advogadas e advogados ativistas, muito deles atualmente organizados no coletivo Reforma Brasileira para a Política de Drogas (a partir de agora apenas Reforma)¹³, que atua em parceria com as associações canábicas e presta assessorias a usuários com problemas judiciais relacionados ao porte de drogas ou à ilegalidade do cultivo de maconha no país. Segundo dados do coletivo, mais da metade dos Habeas Corpus Preventivos (HCs) deferidos a pessoas que cultivam maconha para fins medicinais foram imputados por seus membros. Em tais processos, são necessários laudos médicos nos quais o especialista indica que outros tratamentos já foram experimentados pelo paciente sem resultado, e prescreve o tratamento com cannabis, informando as melhoras já apresentadas por seu uso. Até o final de 2019 foram concedidos 53 HCs para cultivo de maconha para fins medicinais no Brasil. Em 2020, enquanto escrevo a tese, esse número já ultrapassou os 100, segundo a Reforma.

1.3 Associações Canábicas

Esses importantes atores e atrizes do movimento pela regulamentação dos usos medicinais da maconha estão organizados em associações civis não governamentais e sem fins lucrativos. As associações são organizações essenciais no processo de politização em torno da maconha para fins medicinais, atuando como ponte entre pessoas interessadas no uso medicinal e os meios para tal e acolhendo pacientes. São também espaços de construção de debates entre usuários, cultivadores, médicos, advogados, pesquisadores e pessoas interessadas na temática, atuando na produção e circulação de conhecimento.

Dentre as atividades realizadas por essas organizações civis estão os cursos de cultivo - que debatem questões políticas, ensinam pacientes a cultivar e, algumas ocasiões, cultivam para os pacientes -, oficinas de elaboração do óleo artesanal, reuniões de membros, seminários e palestras sobre o tema. Também atuam no acolhimento de pacientes e na construção de espaços de troca entre estes, de modo a poderem compartilhar suas experiências, o que ocorre principalmente por meio das redes sociais virtuais, como os grupos de *WhatsApp*. Há também as atividades que resultam das demandas das associações ou são realizadas em parceria entre instituições acadêmicas e

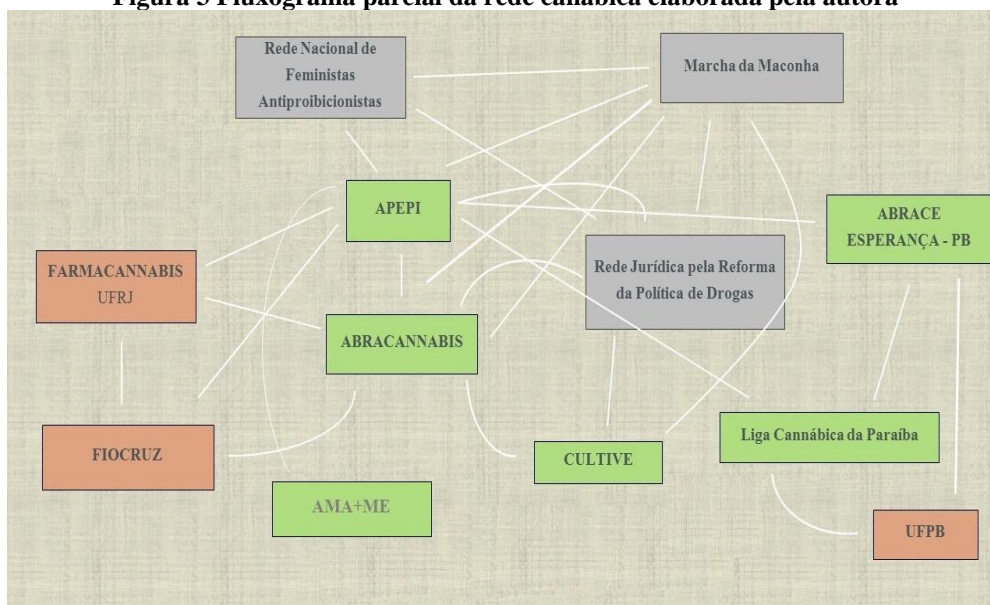
¹³Segundo a descrição do coletivo em sua página na rede social Facebook, a organização tem como objetivo “proteger as pessoas vítimas da política de drogas implementada e demandar com estratégia para reformar as leis existentes em torno da questão”.

associações civis, como audiências públicas e eventos acadêmicos. Destaca-se aqui o “Seminário Internacional Cannabis: Um olhar para o futuro”, realizado pela parceria entre FIOCRUZ e APEPI, que em suas duas edições (2018 e 2019) reuniu pesquisadores, médicos e ativistas de diversos países.

Durante o ano de 2017, o primeiro ano de pesquisa, foram mapeadas um total de seis associações, sendo duas delas localizadas no estado do Rio de Janeiro (APEPI e Abracannabis), duas na Paraíba (Liga Canábica da Paraíba e ABRACE), duas em São Paulo (Cultive) e uma em Minas Gerais (AMA+ME).

Cada qual com suas estratégias específicas, as associações trabalham de forma independente, mas, muitas vezes, de forma coordenada por meio de parcerias e, embora possam ter alguns objetivos, estratégias e posicionamentos políticos distintos, todas têm atuado em favor da regulamentação do autocultivo de maconha e do cultivo associativo, além da divulgação de seus benefícios medicinais e potenciais terapêuticos. A figura 5, apresentada abaixo, foi construída no começo do segundo ano de pesquisa, no intuito de demonstrar, por meio de um fluxograma, como as informações circulam nessa rede formada por coletivos, associações e outras instituições por ela acionadas, como as universidades. O fluxograma é parcial porque não pretende dar conta de todos os fluxos de informações.

Figura 3 Fluxograma parcial da rede canábica elaborada pela autora



O fluxograma foi elaborado em 2018, ao longo do segundo ano de pesquisa, e é utilizado aqui para ilustrar como se desenvolvem as relações entre as instituições que constroem as redes canábicas a partir de uma teia de circulação de informações entre

essas organizações, sem a pretensão de identificar todas as relações existentes. As ligações desenhadas apontam as organizações que trabalham conjuntamente, de forma permanente ou pontual. A Farmacannabis e a FIOCRUZ, por exemplo, são projetos de pesquisa e extensão que surgiram a partir das demandas apresentadas pela APEPI e Abracannabis, que, por sua vez, também apóia a Cultive organizando eventos em parceria; A Universidade Federal da Paraíba também respondeu a demandas relacionadas às associações paraibanas em termos de desenvolvimento de pesquisa, educação, participação e organização de eventos, inaugurando, inclusive, em agosto de 2019, as duas primeiras disciplinas sobre efeitos medicinais da maconha oferecidos para os cursos de medicina, biomedicina e farmácia; a Reforma presta consultoria a todos os envolvidos que busquem informações jurídicas sobre o assunto. Alguns ativistas ocupam diversos lugares nesse quadro, participando de mais de uma associação ou coletivo. A APEPI é a associação com mais ligações e aquela que se tornou campo da pesquisa em sua segunda etapa, o que não é, claro, coincidência. A AMA+ME, associação de Minas Gerais, é também parceira da APEPI, tendo participado dos dois Seminários sobre cannabis medicinal organizados pela APEPI em parceria com a FIOCRUZ.

Em agosto de 2017 tive a oportunidade de ir a uma reunião de uma associação, na ocasião da primeira reunião de acolhimento da Abracannabis, da qual soube devido a ampla divulgação que o evento teve na página da associação no *facebook*.

Cheguei à casa onde ocorreria a reunião um pouco antes das 18h (horário para qual estava marcado seu início) no intuito de me apresentar aos membros da associação e contar sobre a pesquisa. Assim o fiz, cumprimentei os presentes e conversei com o dono da casa que, ao ouvir sobre minha pesquisa, me apresentou um professor de antropologia que já fazia pesquisa junto à associação.

Pouco após as 18h já éramos cerca de 20 pessoas e as cadeiras dispostas ali não seriam suficientes. Os membros resolveram então que a reunião fosse feita no quintal, para aproveitar os bancos de alvenaria. Mudamos de lugar levando as cadeiras para que fosse possível acomodar a todos. Porém, após o início da reunião chegava cada vez mais pessoas e algumas acompanharam a reunião de pé. Nesse dia, além da equipe da Abracannabis, a reunião contou com 45 pessoas que se dispunham em uma grande roda de conversa.

O presidente da associação iniciou a reunião com um discurso informal, contando sobre sua experiência pessoal com a cannabis e explicando que o intuito da reunião era

acolher pacientes e orientá-los sobre o acesso. Após sua fala, iniciou-se uma roda de apresentação que se tornou a dinâmica de toda a reunião.

Essa apresentação incluiu tanto visitantes como a equipe. Quando um membro falava, especialmente médicos e advogados, além de se apresentarem, contavam um pouco sobre suas experiências e respondiam perguntas dos demais presentes. Me chamou atenção que mesmo médicos e advogados, ao se apresentarem, falassem, além da sua experiência profissionais, sobre suas experiências pessoais. Quase todos os presentes tinham parentes que usaram cannabis, seja o uso anterior ou posterior a suas experiências profissionais.

Fiz o mesmo na minha vez, me apresentei como pesquisadora, contei rapidamente sobre a experiência com meu pai durante a escrita do projeto, e expus o que me motivava a estar ali, (compreender como o conhecimento tem sido produzido e circulado em torno do uso medicinal da maconha, informando a sociedade e ocasionando mudanças nas práticas legais).

Foi uma tarefa difícil relatar no diário de campo as inúmeras doenças que apareceram como causas da presença daquelas pessoas ali. Todas partiam do mesmo ponto: uma doença grave, de difícil controle, que provoca consequências diretas na forma como o indivíduo vive, afetando também as relações familiares. Muitos já haviam experimentado os tratamentos alopáticos disponíveis e relatavam em suas falas “desespero” e “angústia” ocasionados por essa relação entre uma doença grave e a falta de tratamento eficaz.

Uma mulher que sentia muitas dores de cabeça e no corpo, vivendo à base de analgésicos, só encontrou melhora na ocasião que usou o óleo em uma viagem à Califórnia/EUA – foi o único momento de sua vida que não sentiu dores; pais de crianças com epilepsia e autismo severo que já usaram ou estavam interessados em usar o óleo; uma mulher de mais ou menos 30 anos que, assim como sua mãe e sua irmã, desenvolveu uma doença rara degenerativa, tendo o diagnóstico de depressão como consequência, buscava o tratamento com óleo, já sendo usuária; um usuário medicinal que também sofria de dores crônicas e utiliza a maconha inalada por vaporizador concomitantemente aos tratamentos alopáticos, como um adesivo diário de um fármaco semelhante à morfina; uma senhora em torno dos 60 anos que chegou à reunião no colo de seu filho e acompanhada de uma amiga (a amiga disse que era uma crise de ansiedade), também em busca do tratamento com o óleo; um dependente químico em

tratamento buscava apoio para o uso de maconha como redutor de danos e amenizador da ansiedade durante a abstinência.

Alguns depoimentos eram emocionados, um dos pais de crianças com autismo precisou interromper sua fala por não conter as lágrimas. Muitos dos que ali estavam procuravam mais que um medicamento para uma doença, também ajuda para resolver problemas que afetavam toda a família. Por exemplo, ter um filho autista requer muitas atividades terapêuticas que ocupam tempo e demandam dinheiro. Em alguns casos um dos pais precisara largar o emprego para cuidar do filho. Uma mãe que usava o óleo importado em seu filho vendera o carro para financiar o tratamento. Histórias como essas (como as que aparecem nos documentários e entrevistas), foram bastante comuns durante o primeiro ano de pesquisa.

Um pai que conseguira o HC recentemente relatou o caso de seu filho, diagnosticado com epilepsia refratária: antes do uso do óleo seu filho chegara a tentar pular da janela do prédio onde moram, “perdeu a noção do que é real”, e a cannabis lhe proporcionou uma vida melhor, sem retorno a esses episódios.

Além dos usuários medicinais, me chamou atenção também a presença de usuários sociais, que se identificavam como maconheiros. Muitos concordavam que o uso de maconha melhora a qualidade de vida, regula o sono, o apetite etc., mas não se identificavam como usuários medicinais. Dentre essas pessoas, uma estudante do último ano de psicologia, interessada profissionalmente. Um DJ, morador de São Gonçalo, disse conhecer muitas pessoas com epilepsia e estava ali para servir como um propagador das informações. Um rapaz de *dreads* disse que duas pessoas da família já haviam lhe perguntado sobre o uso medicinal e ele não tinha muitas informações, estava lá para se informar. E assim, outros usuários, amigos ou parentes de pessoas que se interessavam no uso, ou que poderiam se beneficiar dele, mas ainda encontravam resistências em questões morais (filhos que queriam informar os pais, por exemplo). Havia também um médico clínico geral que estava interessado em compreender as questões legais em torno dos usos medicinais.

A presença dessas pessoas sugeria algo sobre a circulação do conhecimento dentro dessa rede informal. Isso se torna mais perceptível à luz das leituras de McRae e Simões (2000), que ao cunhar o termo “subcultura da maconha” descrevem como uma de suas características a circulação de informação. Policarpo (2013) ao demonstrar que a *expertise* em relação ao cultivo vem do interesse de usuários pela planta e suas práticas, e não antes; e, mais recentemente, Ribeiro (2016), ao analisar as regras de conduta

formuladas por “usuários reflexivos”. É possível pensarmos que há uma “cultura da maconha” que, entre outros aspectos, promove (especialmente entre usuários politizados ou “reflexivos”) a disseminação do conhecimento em torno da planta entre seus usuários interessados.

Essa subcultura tende a ser o resultado do entrelaçamento de experiências através de redes informais de comunicação entre usuários. Portanto, para que essa informação circule, é necessário que os consumidores estejam ligados entre si por um determinado período de tempo e mantenham um sistema de relações, através do qual se articulam uma série de entendimentos comuns sobre determinada substância e as melhores maneiras de utilizá-la (MCRAE & SIMÕES, 2000, p.5).

Essas questões serão aprofundadas nos capítulos III, IV e V, que tratarão sobre as experiências no Brasil e no Chile. Por ora cabe explicitar como a presença de maconheiros, usuários medicinais e familiares em uma mesma reunião serve como uma pequena demonstração de como as informações circulam rapidamente entre esses grupos, que passam a fazer parte dessa rede informal.

1.4 Percorrendo a rede e delimitando o campo da pesquisa: a APEPI e Fundação Daya

A percepção sobre a forma como circulam conhecimentos e objetos dessa rede, como óleos e sementes, indicava a necessidade de compreender o processo em torno dos usos medicinais de maconha de forma mais ampla, uma vez que tais produtos são oriundos de um mercado global, fruto de mudanças legais e transformações culturais ocorridas em outros países, e que reverberam aqui. De forma semelhante, o conhecimento produzido circula de múltiplas maneiras, uma vez que a internet e as redes sociais permitem a comunicação e o acesso a dados geograficamente descentralizados. Assim, a fim de analisar a problemática apresentada, não podíamos deter-nos no plano “micro” ou “macro”, havendo a necessidade de compreender uma cadeia de elementos que ultrapassam o campo de observação empírica e que não se restringem ao Brasil.

Para tanto, realizamos uma pesquisa etnográfica multisituada (MARCUS, 1995), realizada na APEPI e na Fundação Daya, de forma mais sistemática, mas também em outras associações de forma mais pontual.

Segundo George Marcus (1995),

A pesquisa multisituada é desenhada em torno de cadeias, caminhos, fios, conjunções ou justaposições de locais em que o etnógrafo estabelece alguma forma de presença física e literal, com uma lógica de associação ou conexão

explícita e posicionada entre locais que, de fato, definem o argumento da etnografia¹⁴ (p.105).

Portanto, essas associações se tornaram o campo de observação empírico, ao passo que a análise de documentos (legislações, portarias, diretrizes, jornais) e áudio visuais permitiu compreender o problema de forma mais ampla.

A metodologia adotada não diz respeito apenas às práticas de campo em lugares geograficamente distintos, mas ao acionamento de diferentes contextos, permitindo observar o objeto de estudo por múltiplos ângulos. Também no que se refere à análise, nos possibilitou construí-la de forma a articular diferentes escalas do problema.

Foi na ocasião da primeira reunião do núcleo carioca da Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA)¹⁵, que me apresentei à Margarete, coordenadora da APEPI, no segundo semestre de 2017. Soube da reunião pelo *facebook* e decidi ir, tanto por meu interesse no tema como pela oportunidade de conhecer a ativista.

O encontro ocorreu em um salão de uma antiga casa na Lapa, região central da cidade do Rio de Janeiro, e teve a presença de cerca de 40 mulheres. Dentre elas estava Gal, outra membra da APEPI que conheci na mesma ocasião. Seu filho, que eu conheceria posteriormente, teve suas crises convulsivas controladas com o uso de cannabis. Gal nos contou o difícil percurso para convencer a família de que a maconha fazia bem para ele e outras crianças e da necessidade de cultivar a planta. Contou que até seu marido fora contra o cultivo, que ela iniciou mesmo contra sua vontade. Essa discordância da família e do marido em relação ao tratamento com maconha foi recorrente ao longo da pesquisa no Rio de Janeiro.

Margarete contou que sua relação com o ativismo se desenvolveu a partir da história de sua filha, que lhe proporcionou conhecer outras mães que, diferente dela, não tinham como cultivar nem acessar o tratamento via importação. Contou que a relação com outros movimentos sociais lhe ajudou a compreender a problemática de uma forma mais ampla, além da questão do acesso ao medicamento, como as questões políticas e morais em torno do proibicionismo. Compartilhou conosco que, diferente de outras

¹⁴ Tradução livre da autora. O texto original diz: “Multi-sited research is designed around chains, paths, threads, conjunctions, or juxtapositions of locations in which the ethnographer establishes some form of literal, physical presence, with an explicit, posited logic of association or connection among sites that in fact defines the argument of the ethnography”.

¹⁵ Coletivo de mulheres que pauta a emergência de discursos e práticas antirracistas, anticlassistas e anticapitalistas no combate à desigualdade racial e de gênero, imbricada na chamada “Guerra às Drogas”, com ênfase nas consequências das políticas proibicionistas sobre mulheres negras, pobres, faveladas e encarceradas.

famílias, nunca havia sentido medo de cultivar maconha, mesmo antes de obter o HC, que não se via como uma criminosa, pois cultivava para fazer remédio para sua filha e isso não poderia ser crime. Atribuía essa ausência de medo ao fato de ser uma mulher branca, de classe média, moradora de um dos bairros mais privilegiados da cidade, onde não imaginava que a polícia poderia constrangê-la. Segundo seu relato nesse dia, essa percepção sobre “seu privilégio” e sobre a injustiça a qual identificava a falta de acesso ao medicamento por outras mães, fizeram com que ela assumisse o compromisso de “lutar por justiça” e se utilizar desse lugar social como estratégia política para alcançá-la.

Quando a dinâmica da reunião foi alterada pela pausa para um lanche coletivo, conversei com Margarete e lhe contei sobre meu interesse em conhecer a APEPI. Ela me disse que lembrava de mim do *workshop*, se interessou pela minha pesquisa, me deu seu telefone e me convidou para ir às reuniões da associação. Nesse dia não conversei com Gal, mas nos encontraríamos ainda muitas vezes não só na APEPI, mas nos diversos atos públicos em torno da regulamentação da maconha.

Antes da primeira oportunidade de ir a uma reunião da APEPI ainda encontrei Margarete algumas vezes, em outras reuniões da RENFA, em um evento na FIOCRUZ e em uma audiência pública na Assembleia Legislativa do Rio. Por seu intermédio conheci e me aproximei de outros atores do movimento pela regulamentação da cannabis para fins medicinais, como médicos e outras mães ativistas. Compreendo que, de certa forma, o fato de termos nos conhecido na RENFA tornou-nos companheiras, embora eu tenha deixado de participar do coletivo alguns meses depois, em razão da distância geográfica e das atividades do doutorado. Mesmo assim, compreendo que o contexto de militância no qual nos conhecemos, ainda que minha participação tenha sido muito breve e ela também tenha se afastado do coletivo posteriormente, naquele momento nos aproximou.

No final de 2017, quando fui à cidade de João Pessoa/PB participar do Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades (XII CONINTER) tinha o intuito de aproveitar a viagem para conhecer a ABRACE, única associação com autorização para cultivo e distribuição de produtos à base de cannabis para fins medicinais à época. Porém não havia endereço no site da associação e o e-mail disponível era o mesmo utilizado por novos pacientes e pessoas interessadas, o que diminuía minha chance de resposta em tempo hábil. Escrevi então para Margarete perguntando se ela conhecia Cassiano Teixeira, fundador da ABRACE, e se havia

possibilidade de me passar seu contato. Margarete me enviou o telefone de dois membros da ABRACE, do Cassiano, como eu lhe havia pedido, e da Andy Lancet, diretora executiva da ABRACE na época. Escrevi me apresentando e marquei uma visita à associação durante meu período de estadia na cidade.

Com a colaboração de Margarete e um pouco de sorte, meu período em João Pessoa acabou culminando em muitos dias de pesquisa de campo, pois no mesmo dia em que cheguei pude acompanhar uma audiência pública na câmara dos vereadores da cidade, cujo tema era a regulamentação dos usos medicinais de cannabis. Ao final da audiência conversei com algumas pessoas, dentre elas Júlio Américo, vice-presidente da Liga Canábica da Paraíba, que me convidou para participar da reunião mensal que ocorria na primeira quarta-feira de cada mês e, portanto, naquela mesma semana. Na reunião da associação conheci outros membros, uma farmacêutica professora da UFPB, um médico da mesma instituição, muitas mães e alguns pais de pacientes e alguns adultos usuários medicinais de maconha.

Na mesma semana em que ocorria o CONINTER, acontecia também o IV Congresso Brasileiro de Saúde Mental e Dependência Química, ambos na Universidade Federal da Paraíba. Esse segundo evento teve, em uma das mesas que compunham a programação, a presença de membros da Liga Canábica e da ABRACE, o que me permitiu mais uma possibilidade de encontro e conversas.

O que me pareceu inicialmente sorte demonstra, na realidade, o grande número de eventos que ocorriam nesse ano em torno da maconha para fins medicinais e a interlocução entre associações e instituições acadêmicas e legisladores. Também explicita o forte engajamento em torno dos usos medicinais de maconha no estado da Paraíba. Tais eventos eram, dessa forma, reflexos da organização política desses ativistas que vinham desde 2014 ampliando o debate acerca dos usos medicinais de maconha e transformando a temática em debate público.

No final de 2017, meu primeiro ano de pesquisa, fui à reunião da APEPI, convidada por Margarete, que me perguntou se eu poderia colaborar fazendo a ata, uma vez que ela tinha muitos informes para passar e, conforme me falou ao telefone, tratava-se de uma reunião importante. Nesse período a associação se esforçava para manter uma regularidade nas reuniões com a presença de membros, o que ainda não havia se consolidado. Parte da dificuldade se referia ao fato de muitas mães morarem na zona oeste da cidade, distante do centro, onde ocorriam as reuniões, em uma sala emprestada por uma ONG. Além disso, o fato de serem mães de crianças com necessidades

especiais impunha que as reuniões não atrapalhassem a rotina de seus filhos, dependendo também de ter alguém com quem deixá-los. Nessa primeira reunião que fui éramos 7 pessoas. Com exceção de mim e do Marcos, coordenador da APEPI e marido da Margarete, todas as outras pessoas presentes eram cuidadoras de pessoas com doenças raras que ocasionavam epilepsia, sendo uma delas a responsável pelo tratamento de sua neta e as demais pelo cuidados de seus filhos e filhas. Me apresentei como pesquisadora, expliquei meus objetivos ali, contei que meu pai havia sido usuário e me coloquei à disposição para colaborar como puder no trabalho da associação. As presentes me acolheram como pesquisadora e como nova membra, e eu as encontraria ainda muitas vezes ao longo dos anos seguintes, pois todas permaneceram associadas e engajadas.

Como a associação não tinha sede nesse período¹⁶, as reuniões ocorriam em uma sala emprestada por um grupo parceiro da associação que trabalhava com atividades terapêuticas não médicas, como yoga e pilates. Em uma sala onde ocorriam aulas de yoga e pilates ocorriam também, uma vez por mês, nas noites de sexta-feira, as reuniões da APEPI, na qual nos sentávamos em roda no chão de piso de madeira, em uma sala silenciosa apesar de estarmos bem no centro da cidade.

Embora a associação também tenha homens e pais como membros, as mulheres compunham a imensa maioria dos participantes nesse período. Segundo dados de uma pesquisa realizada pela APEPI em 2017¹⁷ por meio de seu grupo de *WhatsApp*, 95% dos membros eram mulheres, sendo 85% mães de pacientes. A grande maioria dos diagnósticos que levaram ao uso da maconha relacionavam-se a doenças que causam epilepsia refratária aos tratamentos convencionais.

Outra importante questão discutida na ocasião foi a relevância da politização desses membros e da necessidade de sua presença nas reuniões a fim de deliberarem de forma conjunta, os rumos e estratégias a serem tomados. Segundo dados dessa mesma pesquisa, dentre os pacientes da APEPI que utilizavam maconha para fins medicinais até 2017, seja por meio do óleo importado ou do artesanal comprado de forma ilegal, 90% disseram ter melhoras cognitivas, 12% zeraram as crises epiléticas e 70% reduziram as crises quase à metade. Quando perguntadas sobre suas opiniões acerca de uma possível regulamentação, 49% se posicionaram contra a legalização da maconha

¹⁶ A sede da APEPI no Centro do Rio de Janeiro foi inaugurada em julho de 2019.

¹⁷ A pesquisa foi realizada de maneira informal pela própria associação por meio de um formulário virtual preenchido pelos cerca de 200 participantes que compunham o grupo de *WhatsApp* da associação à época.

para qualquer fim, enquanto 51% foram a favor de uma regulamentação ampla. Estes últimos dados se tornaram exemplo da necessidade do debate político entre os próprios membros, uma vez que parte deles compreendia que apenas a regulamentação do cultivo doméstico (chamado de autocultivo) e do cultivo associativo possibilitariam um acesso democrático aos tratamentos com a planta.

Nessa reunião também foram debatidos critérios para a doação do excedente do óleo produzido para a filha do casal fundador da associação, que com o Habeas Corpus preventivo cultivavam a planta em sua casa. Até esse momento apenas 3 famílias recebiam o óleo. O pequeno número se devia tanto à restrição do cultivo como pela responsabilidade de manter um fornecimento mensal, havendo uma preocupação em não interromper o tratamento de quem já fazia uso e encontrava bons resultados. Nenhuma das três famílias, representadas pelas respectivas mães, pagavam qualquer valor pelo óleo, o acordo entre as associadas era o de colaborar no trabalho da associação e na luta pela regulamentação.

No começo de 2018 Margarete me escreveu perguntando se eu iria à próxima reunião. E assim passei a frequentar assiduamente as reuniões, que a cada mês contavam com a participação de mais membros, permanecendo a maioria de mulheres. A APEPI se tornou então a principal associação do campo da pesquisa e nos dez meses seguintes¹⁸ eu acompanharia de perto (e de dentro) seu desenvolvimento, mantendo, paralelamente, o trabalho de campo acerca dos debates públicos, que envolviam outros atores.

Inicialmente eu ficava responsável pelas atas das reuniões e participava das discussões e decisões tomadas em conjunto. Depois comecei a colaborar na edição da *Newsletter* mensal da associação e a escrever alguns textos, eventualmente, para o site (normalmente uma resenha sobre algum evento que havia ocorrido). Depois, quando a APEPI retomou os cursos de cultivo de forma regular, passei também a integrar a equipe palestrante do curso, ficando responsável pela parte referente à história política e social da maconha e os debates políticos em torno do proibicionismo, que desenvolvíamos em conjunto com mais dois pós-graduandos das Ciências Sociais¹⁹ que também integravam a associação. Minha participação se deu principalmente nesse

¹⁸ Acompanhei as reuniões da APEPI no período entre dezembro de 2017 e novembro de 2018, quando saí do país para realizar o período de pesquisa no Chile.

¹⁹ Refiro-me ao Andrew Reed, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UERJ, e ao Romário Nelvo, mestrando no Programa de Pós-Graduação em Antropologia do Museu Nacional/UF RJ.

período prévio à minha ida ao Chile. Embora tenha participado de alguns eventos pontualmente após meu retorno ao Brasil.

Já havia tido experiências semelhantes durante o mestrado, quando cheguei a ter uma carga horária fixa de trabalho a ser cumprida em um dos locais onde fazia pesquisa, um projeto de economia solidária da UFSCar. Mas há na atual pesquisa duas especificidades em relação ao trabalho desenvolvido no campo de investigação: o fato de tratar-se de um grupo de ativistas e por esse ativismo versar sobre usos de uma planta tornada ilegal desde a década 1970 na maior parte do mundo, e todas as questões morais que atravessam a proibição.

Considerando que eu não fazia parte de grupos ativistas pela regulamentação da maconha até o início dessa investigação, compreendo que esta categoria me foi dada pelo campo e não ao contrário. Embora meu posicionamento político já fosse em favor da regulamentação da maconha, não me considerava ativista e não participava de nenhum grupo de militância. Em outras palavras, não me apresentei assim, de forma a me aproximar do grupo de interesse, mas, ao me inserir na APEPI e desenvolver com os associados relações de proximidade, passei a ser vista como uma membra. Tratando-se de um grupo que demanda e reivindica a produção de conhecimento acadêmico sobre si mesmo e sobre as questões que pauta, a própria produção da tese pode ser considerada como resultado indireto do ativismo desse grupo, uma vez que ela só foi possível devido a organização civil dessas pessoas em associações.

Essas informações podem parecer detalhes da pesquisa, muitas vezes ignorados em outros trabalhos. Mas a experiência e uma observação atenta nos mostra que o posicionamento político do pesquisador, a forma como nos inserimos no campo e os atores que acompanhamos dizem também sobre a perspectiva na qual a pesquisa foi elaborada. Longe de invalidar os dados por uma suposta “parcialidade”, ao contrário, torna-os mais compreensíveis quando localizados em seus devidos contextos.

A ideia de um pesquisador neutro e invisível no campo de pesquisa não poderia ser aplicada a qualquer ciência, menos ainda à nossa. Como nos indica Howard Becker,

Não podemos evitar tomar partidos. Assim, ficamos com a pergunta sobre se tomar partido significa que foi introduzida alguma distorção tão grande em nosso trabalho que o tornou inútil. [...] Nosso problema é ter certeza de que, qualquer que seja o ponto de vista que adotarmos, nossa pesquisa irá satisfazer aos padrões de um bom trabalho científico, que nossas inevitáveis simpatias não tornarão nossos resultados sem validade (BECKER, 1999, p. 133).

Isso ocorre porque a confiabilidade da pesquisa científica se deve tanto ao aparato teórico metodológico do pesquisador, como às críticas de outros cientistas ao qual qualquer trabalho é submetido após sua publicação ou publicização em bancas e congressos, e não a meras preferências pessoais. Como argumenta Becker (1999),

Todas as nossas técnicas de pesquisa estão cercadas por medidas de precaução que visam evitar esses erros. De forma semelhante, embora abstratamente, cada uma de nossas teorias contém presumivelmente um conjunto de diretivas que cobre exaustivamente o campo que devemos estudar, especificando todas as coisas que devemos olhar e levar em conta em nossa pesquisa (133).

Podemos, acho, satisfazer as demandas de nossa ciência deixando sempre claros os limites do que estudamos, marcando as fronteiras além das quais nossas descobertas não podem ser aplicadas sem problemas. [...] Refiro-me a uma retração mais sociológica, na qual dizemos, por exemplo, que estudamos a prisão através dos olhos dos internos e não dos guardas ou de outras facções envolvidas (p.134).

Dessa forma, compreendo não só como importante, mas necessária a exposição acerca da maneira como a pesquisa foi desenhada, como e em quais circunstâncias os atores foram acionados passando a compor a amplitude da pesquisa, as metodologias utilizadas e a teoria aplicada, a fim de que possamos produzir um trabalho válido cientificamente que irá compor, junto a outros já escritos e que virão, o quadro de referências sobre cada tema foco de investigação científica.

Em relação à *Fundación Daya* (usarei o termo Fundação, em português), em Santiago/Chile, o interesse se deu pela possibilidade de trabalhar com uma organização já consolidada, tendo sido responsável pelo maior cultivo de maconha para fins medicinais da América Latina, apesar do país não ter regulamentado o cultivo da planta. Em termos de legislação, não existem muitas diferenças entre o Brasil e o Chile: em ambos os países os usos pessoais foram despenalizados, mas nenhum dos dois regulamentou qualquer forma de acesso.

Por esses motivos a cidade de Santiago, capital chilena, se tornou um lugar bastante interessante para a pesquisa, no intuito de compreender como um país que ainda não tem uma regulação tem conseguido avançar na produção de maconha e de conhecimentos sobre seus usos medicinais.

Quando foi publicado o edital para bolsa sanduíche da CAPES, eu e meu orientador já havíamos conversado sobre a possibilidade de realizar 6 meses da pesquisa na cidade de Santiago. Enviei então uma mensagem para Margarete, pois sabia que ela conhecia a Fundação Daya e alguns de seus membros pessoalmente, em uma visita ao país. Também sabia que havia uma relação de cooperação entre as associações, e que

não seria um problema que eu transitasse entre elas. Margarete me passou o telefone de um dos coordenadores executivos da fundação, Antonio, a quem escrevi contando sobre a pesquisa, explicando que ainda estava concorrendo a um edital, mas que gostaria de saber se havia possibilidade de realizá-la com a Fundação Daya, para submeter a proposta à agência de fomento. Sendo bastante gentil e interessado, Antonio me respondeu afirmativamente.

Também me comuniquei com Mauricio Becerra, um jornalista chileno que cursou o mestrado em História da Ciência e da Saúde na FIOCRUZ/RJ e, por conta de uma amiga em comum, eu havia conhecido alguns anos antes. Sabendo que ele pesquisava usos de drogas, lhe escrevi contando sobre minha pesquisa e perguntei se poderia me indicar professores doutores que trabalhassem com o tema em Santiago, dentro das Ciências Sociais. Ele me apresentou ao professor Mauricio Sepúlveda, que depois se tornou meu coorientador durante meu período no exterior. Mauricio Becerra me disse também que havia trabalhado com a Fundação Daya e que poderia me apresentar à Ana María Gazmuri, fundadora e diretora executiva da fundação. Aproveitei a oportunidade e escrevi à Ana Maria e-mail que lhe foi encaminhado por Mauricio, me apresentado e contando sobre meus interesses de pesquisa, já com meu projeto de doutorado sanduíche aprovado.

Após as conversas iniciais, agendamos uma entrevista por Skype que ocorreu em março de 2018. A entrevista foi realizada por Antonio Reiter e Soledad Gazmuri, também coordenadora da fundação. Conversamos mais sobre minha pesquisa e o que eu pretendia fazer na fundação. Antonio e Soledad foram bastante gentis e não fizeram nenhuma exigência a não ser serem informados sobre a produção bibliográfica resultante da pesquisa e, claro, que eu lhes entregasse uma cópia do meu projeto em espanhol (o que fiz em meu primeiro mês no Chile). Em novembro desse ano iniciei então a etapa da pesquisa de campo no país.

Nesse período, fui tratada pelos membros da fundação como estagiária brasileira que realizava ali parte de seu doutorado e, por isso, poderia acessar os espaços da instituição e participar de todas as atividades, tendo livre acesso ao local e à equipe. Diferente do que ocorreu na APEPI, eu não era tida como ativista ou parte da equipe, tampouco realizei qualquer trabalho junto à fundação que não estivesse estritamente ligado aos meus planos de pesquisa. Não ter uma função fez com que, nas primeiras semanas, eu passasse boa parte do dia trabalhando como observadora, sentada em uma das mesas no quintal da casa onde funcionava a fundação. Quando tinha oportunidade,

conversava com associados ou membros da equipe. Algumas vezes eu conversava com alguém que estava fazendo um curso ou uma oficina, e a conversa se alongava até depois do curso.

Durante os primeiros quatro meses em Santiago minha pesquisa na Fundação consistiu principalmente em acompanhar as oficinas, cursos e palestras, e apenas nos dois meses finais foram realizadas as entrevistas, quando eu já conhecia toda a equipe e me sentia confortável com a língua. Foi também na segunda metade do meu período de campo que minhas observações rotineiras se tornaram mais frutíferas, com meu trânsito livre pela fundação, e a equipe já acostumada com minha presença.

Acompanhei então a rotina da Fundação Daya e o trabalho da equipe na sede de Santiago, o que me permitiu assistir palestras e participar dos cursos e oficinas de cultivo (que ocorriam mensalmente e semanalmente, respectivamente) e produção de medicamento (duas vezes por semana), participando diversas vezes de cada atividade, a fim de construir a etnografia sobre os processos de produção e compartilhamento do conhecimento entre aqueles que desenvolvem tais expertises e o público leigo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com equipe a fim de compreender suas atividades na Daya, como buscaram conhecimento para desenvolver o trabalho na Fundação e suas reflexões acerca do trabalho que desenvolvem.

Diferentemente da etapa da pesquisa realizada no Brasil, a pesquisa no Chile não teve um período exploratório, uma vez que eu pretendia acompanhar apenas a Fundação Daya, e não tanto as transformações legais ou o debate público no Chile (isso foi realizado por levantamento de bibliografias e documentos legais). Como o tempo em Santiago foi curto (seis meses) e ainda perpassado pelo recesso de Natal e ano novo e o período de férias em janeiro (no qual a rotina da Fundação se tornava menos movimentada com a diminuição das atividades e o revezamento de férias dos profissionais), o foco do campo foi o acompanhamento de perto da rotina da fundação. Por isso, por enquanto trato apenas de situar a Fundação Daya nessa rede de contatos que se consolidou como o campo de pesquisa empírica desta tese. Os detalhes sobre a realização dessa etapa da pesquisa estão descritos no capítulo IV.

Ao final do primeiro ano do doutorado eu havia percorrido um caminho que nos propiciou conhecer quatro associações canábicas, acompanhar audiências públicas, participar de reuniões, de um curso de cultivo e uma oficina de extração, além do levantamento de matérias jornalísticas e da leitura de bibliografias sobre o tema. Esse período inicial de pesquisa me permitiu não só estabelecer relações com diversos atores

do campo no qual pretendia me aprofundar, como compreender, por diferentes pontos de vista, como se construía essa rede em torno dos usos de maconha, assim como os debates públicos, a partir de problemas privados, relacionados à busca de acesso a uma substância medicinal para o tratamento de doenças para as quais a medicina apresenta pouca eficácia. Também nos permitiu encontrar algumas pistas sobre a produção de conhecimento sobre uma planta, e um tratamento que, sabendo a medicina ainda muito pouco, tem sido acessado e difundido por cultivadores, usuários e mães de pacientes.

A entrada de novos atores no debate e o acionamento das instituições governamentais por meio da participação das mães em audiências públicas, reuniões com parlamentares e representantes da ANVISA, o acionamento da justiça como meio de acesso ao tratamento reivindicado – à revelia das instituições representativas médicas - somado à midiaticização do debate, iniciaram uma nova etapa da cruzada moral (no sentido cunhado por Becker, 2008) em torno da maconha no Brasil.

Antes disso, porém, é importante compreendermos um pouco sobre a trajetória da maconha como planta medicinal de uso popular, posteriormente transformada em droga ilícita, e as questões morais e disputas políticas acionadas por esse processo. Questões que serão tratadas a seguir.

CAPÍTULO II

DOS USOS MILENARES À CRIMINALIZAÇÃO

A primeira parte desse capítulo objetiva apresentar um panorama acerca da história da maconha e seus usos terapêuticos ao longo dos últimos quase 5 mil anos, permitindo ao leitor ou leitora compreender outras relações estabelecidas com a planta, prévias e distintas das que se estabeleceram no último século com as políticas proibicionistas.

Do ponto de vista dessa tese, não seria possível compreender o conhecimento que se tem atualmente produzido em torno de uma planta milenarmente utilizada ignorando os processos históricos anteriores, considerando apenas os dois últimos séculos. Tampouco seria possível pensarmos sobre as relações que distintos grupos estabelecem com a maconha atualmente sem desnaturalizarmos as representações sociais estabelecidas após a proibição. Optamos por problematizar a proibição a fim de compreender os processos pelos quais ela foi construída e tem sido sustentada e reelaborada, entendendo que esse percurso possibilita uma melhor análise sobre o atual debate em torno da regulamentação da maconha para fins medicinais. Apresentamos, então, um panorama histórico-político da cannabis tendo por base artigos, teses, dissertações e livros que já se ocuparam sobre o tema ou nele esbarraram ao longo de suas elucubrações.

A partir da segunda metade do capítulo serão apresentadas, além das questões históricas, as perspectivas teóricas e políticas por meio das quais compreende-se a construção da proibição das drogas de maneira geral, e da maconha especificamente.

Foi utilizada uma narrativa temporal, com maior ênfase no período mais recente da história, que compreende os séculos XIX e XX. Mas também objetivou-se dar conta da importância da produção e comércio da cannabis durante o período colonial, ainda que não sejam abundantes as fontes sobre esse período da história.

2.1 Breve introdução às plantas medicinais

A busca e experimentação de plantas para tratamento e cura de doenças e do sofrimento humano fazem parte da nossa história e desenvolvimento. Registros literários e antropológicos indicam que os usos de plantas medicinais são realizados a

partir da observação e empirismo há pelo menos 50 mil anos (DEVIENNE et al, 2004). A partir da observação dos hábitos alimentícios dos animais, da experimentação e da domesticação de vegetais, as possibilidades terapêuticas e medicinais das plantas foram sendo conhecidas pelos seres humanos e compartilhadas com as gerações futuras.

Lévi-Strauss (1989), em seu clássico capítulo “A ciência do concreto”, destaca como indígenas de diversas partes do mundo compartilham o hábito de observar, conhecer, descrever e catalogar as espécies de animais e plantas existentes ao seu redor. O autor diverge da concepção de que tais povos se debruçam apenas sobre o que lhes é útil para sobrevivência ou devido a relações mágicas, o que os colocariam em oposição às práticas de conhecimento ocidental, como o conhecimento científico. Mas o objetivo do autor é justamente mostrar que as operações mentais fundamentais que determinam nossa maneira de pensar são as mesmas em todo o mundo e ao longo da história.

Dentre os diversos exemplos que afirmam sua constatação, o autor narra a surpresa descrita por um biólogo ao verificar a rapidez com que plantas originárias do México foram aclimadas, domesticadas e conhecidas por indígenas nas Filipinas, ressaltando que, em alguns casos, os últimos descobriram usos medicinais muito semelhantes aos verificados em seu território de origem. Lévi-Strauss associou essa rápida apropriação sobre as características das novas espécies vegetais, coletadas e transportadas a outras regiões do globo em decorrência da colonização, à prática de conhecer a fauna e a flora compartilhada por esses povos. Práticas essas que se desenvolvem e aprimoram desde o período neolítico, quando se confirmou o domínio dos seres humanos sobre a agricultura e a domesticação dos animais (e também da tecelagem e cerâmica), ou seja, entre 7.500 e 2.500 anos antes da Era Comum (aEC)¹.

De tais exemplos, que se poderiam retirar de todas as regiões do mundo, concluir-se-ia, de bom grado, que as espécies animais e vegetais não são conhecidas porque são úteis; elas são consideradas úteis ou interessantes porque são primeiro conhecidas (LÉVI-STRAUSS, 1989, p.24).

Lévi-Strauss aproximou alguns casos de observação exaustiva e a sistematização do inventário realizadas por povos indígenas americanos à “boa postura científica”, como no caso de indígenas americanos que identificavam a aproximação da primavera pela observação do desenvolvimento de fetos de determinadas espécies, retirados de

¹ Aqui será usada a nomenclatura “antes da Era Comum”, abreviada por “AEC”, tendo como referência o início do calendário gregoriano, que é o calendário de referência nos países ocidentais. O termo será usado no lugar de “antes de Cristo” (aC), no intuito de privilegiar uma linguagem neutra em relação às convenções religiosas.

fêmeas mortas na caça. O autor aponta, porém, que tal técnica, por estar imbricada em outras abordagens vistas pela ciência como mágicas, são consideradas ilusórias.

“Para transformar uma erva silvestre em planta cultivada, uma besta selvagem em animal doméstico [...]; para elaborar técnicas, muitas vezes longas e complexas, que permitem cultivar sem terra ou sem água, para transformar grãos ou raízes tóxicas em alimentos ou ainda utilizar essa toxicidade para a caça, a guerra ou o ritual, não duvidemos de que foi necessária uma atitude de espírito verdadeiramente científico, uma curiosidade assídua e sempre alerta, uma vontade de conhecer pelo prazer de conhecer, pois apenas uma pequena fração das observações e experiências (sobre as quais é preciso supor que tenham sido inspiradas antes e sobretudo pelo gosto do saber) podia fornecer resultados práticos e imediatamente utilizáveis [...]” (LÉVI-STRAUSS, 1989, p.30).

No lugar de opor as distintas formas de conhecimento, o autor prefere colocá-las em paralelo, compreendendo que toda classificação é “uma etapa em direção à ordem racional” (1989, p.30). E ressalta que essa “ciência do concreto”, referência do autor à essas formas de conhecimento tradicionais, deveria, a princípio, estar

[...] limitada a outros resultados além dos prometidos às ciências exatas e naturais, mas ela não foi menos científica, e seus resultados não foram menos reais. Assegurados dez mil anos antes dos outros, são sempre o substrato de nossa civilização (LÉVI-STRAUSS, 1989, p.31).

A primeira farmacopeia da qual se tem conhecimento, a farmacopeia chinesa, data de aproximadamente 2.500aEC e cita 365 drogas naturais, dentre elas, a maconha (ESCOHOTADO, 1998). O tratado médico egípcio de aproximadamente 1500aEC mencionava 700 drogas vegetais, minerais e animais. Hipócrates, médico grego considerado o “pai da medicina” descreveu inúmeros medicamentos que incluíam o uso de vegetais (DAVIENNE et al, 2004; PETROVSKA, 2012).

Autores como Balic e Cox (1997), Carneiro (2005, 2018), Petrovska (2012) ressaltam em seus estudos a importância da relação entre seres humanos e as plantas para o desenvolvimento humano ao longo da história, tendo importante papel em diversas culturas e para a economia de muitos povos, especialmente no período das Grandes Navegações, quando alguns vegetais, chamados de especiarias ou drogas, compunham algumas das principais riquezas do período, impulsionando o comércio além-mar.

Se algumas plantas que antes tinham grande valor comercial e de distinção social, como o café, o chá e o açúcar, se tornaram parte da vida cotidiana de muitas populações, outras, de caráter terapêutico ou medicinal, não passaram pelo mesmo percurso, sendo manipuladas pelas ciências biomédicas que, ao isolarem alguns de seus componentes e transformá-los em medicamentos, tornaram apenas esse produto de uso comum. Mas isso não implica que não haja uma grande influência do conhecimento

tradicional sobre as plantas na medicina convencional, nem que a primeira possa ser substituída pela segunda. O tempo da ciência e do conhecimento tradicional são distintos. Se a produção de medicamentos alopáticos necessita passar por etapas de produção de conhecimento científico e testagens rigorosas, que podem levar 20 anos para comprovar a eficácia de uma nova substância, o conhecimento empírico tradicional é fruto de centenas, muitas vezes milhares, de anos de observação e experimentação e servem como pistas e indicativos para as pesquisas científicas.

Balick e Cox (1997), narram a trajetória de conhecimentos populares e científicos acerca de um arbusto identificado por botânicos no século XVIII e nomeado como *Rauwolfia Serpentina*. O arbusto crescia na região do Himalaia, descrevem os autores, e suas raízes eram utilizadas pela população para tratar pessoas que foram picadas por cobras. Uma lenda da região narra que em tempos remotos seus ancestrais observaram que o magusto (mamífero local de pequeno porte), comia a planta antes de caçar cobras. Observando o comportamento do animal e experimentando seu uso, os nativos descobriram no arbusto um antídoto para as picadas de cobras. Seu uso se espalhou para as culturas próximas e em Bihar, província indiana, seguiram rumores de que um homem havia sido curado de sua insanidade ao comer fatias das raízes do arbusto. Posteriormente, essa população passou a utilizar a planta para tratar também epilepsia e insônia. O uso do vegetal se tornou popular em toda a Índia. No século XVIII cientistas holandeses receberam um espécime da planta, mas não lhe atribuíram características medicinais. Apenas em 1931 químicos indianos começaram a se interessar pelo estudo da planta e, em 1949, na Suíça, cientistas extraíram um composto da planta que passaram a chamar de “*reserpina*”, concluindo que ela diminui a pressão sanguínea. Em 1954 a substância foi denominada como medicamento, sob o nome comercial de *Serpasil* e se tornou o primeiro medicamento para tratar a hipertensão.

A história da utilização medicinal do arbusto indiano narrada por Balick e Cox (1997) não é uma análise sobre a disputa dos saberes. Como etnobotânicos os autores demonstram que diferentes saberes apontaram para os efeitos terapêuticos do arbusto, embora por vias de produção de conhecimento muito distintas.

Parece haver um amplo abismo entre o conhecimento popular e a ciência moderna, um abismo baseado na verificação empírica. A ciência é a aquisição de conhecimento com base em observação cuidadosa e testes experimentais da teoria. No entanto, toda vez que um caçador de Shipibo dispara um dardo venenoso em um animal ou um curandeiro taitiano administra uma planta medicinal a uma criança doente, a eficácia da tradição indígena é empiricamente testada. Parece que as tradições e a ciência

indígenas estão epistemologicamente mais próximas umas das outras do que os ocidentais podem assumir (BALICK & COX, 1997, p. 23).

Não é o caso aqui de comparar ambas as formas de conhecimento, mas de apontar como o conhecimento tradicional e empírico dialogam com o conhecimento científico em diversos momentos da história a partir dos usos medicinais de vegetais. Embora não seja perceptível à primeira vista, essa relação permanece influenciando a medicina moderna, a produção de medicamentos e a experimentação de tratamentos alternativos para a saúde, especialmente nos casos nos quais a medicina convencional não apresenta resultados satisfatórios.

2.2 Uma planta milenar: revisão sobre os usos da maconha

*“Diamba é coisa excelente
Remédio pra dor de dente
Assim como Deus não mente
Diamba não mata a gente”
(versos cantados por indígenas
Tenehara, descritos por Henmam, 1986)*

O antropólogo sul-africano Brian Du Toit (1975) nos adverte sobre os riscos de postular “origens” e “rotas de migração” de plantas que são atualmente quase universalmente distribuídas pelo globo, como é o caso da cannabis. Sabe-se que a distribuição de sementes pode ocorrer pela força dos ventos, com as migrações de aves que se alimentam das plantas, por seres humanos que realizam trocas e estabelecem relações comerciais e, habitualmente, domesticam espécies de plantas e animais, distribuindo-os sobre outros territórios. Nesse sentido, o esforço em compreender os movimentos migratórios e as relações culturais da nossa espécie com a maconha é necessário para a compreensão histórica e política acerca dos usos dessa planta. “Somos assim forçados ao uso de analogias e suposições” (TOIT, 1975, p.82).

Isso não significa que os dados apresentados sejam apenas estimativas, uma vez que estão baseados em registros históricos oriundos de pesquisas arqueológicas, documentais e linguísticas. Mas que são informações que ainda estão por serem complementadas por outros estudos, outros achados arqueológicos, outras descobertas e não estão fincadas em verdades imutáveis, como é cotidiano na ciência, aliás.

Vera Rubin (1975) apontou que, de cerca de 60 espécies de plantas conhecidas e utilizadas como intoxicantes, apenas em torno de 20 delas “podem ser consideradas de

grande importância” (p.3), sendo a coca, o ópio da papoula, a maconha e o tabaco consideradas entre as plantas mais importantes do mundo, do ponto de vista comercial.

Dessas quatro, a maconha é sem dúvida a mais extraordinária em relação à diversidade de propósitos para os quais tem sido usada pelo homem ao longo de milênios - como alimento, para artefatos mercantis, para medicamentos e como um "intoxicante" (RUBIN, 1975, p.3, tradução minha)

A maconha é uma planta anual², dioica³ (BONINI et al, 2018), e insere-se nesse arcabouço de plantas medicinais tradicionalmente cultivadas e utilizadas por diversas populações, cujo potencial terapêutico foi ignorado pela ciência durante grande parte da história moderna. As evidências mais antigas desses usos surgiram na China e datam de aproximadamente 2.500 aEC. Seus usos para a confecção de fibras são ainda mais antigos e fazem referência a elaboração de cordas, na região central da Ásia, há cerca de 6 mil anos, se espalhando para outras regiões por meio de movimentos migratórios nômades e pelo comércio entre os povos (ESCOHOTADO, 1998; RAMOS & FERNANDEZ, 2000; FRANÇA, 2015, BONINI et al, 2018).

A relação milenar entre seres humanos e a cannabis, e sua consequente domesticação, gerou diversas variedades da planta, selecionadas de acordo com os interesses dos povos que a cultivaram, o que é diretamente associado à diversidade de seus usos, que vão desde as finalidades terapêuticas ao uso de suas fibras para a confecção de cordas e tecido. Seu cultivo se tornou imprescindível para a vida no leste asiático e suas sementes foram usadas como importante alimento. Posteriormente, a qualidade de suas fibras permitiu aos chineses a invenção do papel (RAMOS & FERNÁNDEZ, 2000; MALCHER-LOPES & RIBEIRO, 2007).

Os chineses foram pioneiros na descoberta de fármacos, produzindo a primeira farmacopeia conhecida no mundo. Nela a cannabis é indicada para o tratamento de dor reumática, constipação, problemas relacionados à menstruação, gota, malária e falta de concentração. Também se indicava consumir suas flores com moderação, pois o excesso poderia levar à “visão de demônios” e à impotência masculina. Entre os anos 207-110 aEC., Hua T’o, fundador da cirurgia chinesa, também utilizou a cannabis misturada ao vinho como anestésico (MALCHER-LOPES & RIBEIRO, 2007).

² Cumpre seu ciclo total no período de um ano, ou seja, germina, cresce, floresce, dá sementes e morre.

³ Plantas que apresentam estruturas reprodutivas associadas a fêmeas e machos em indivíduos diferentes, ou seja, plantas macho e plantas fêmeas. No caso da maconha, apenas as plantas fêmeas dão flor, e apenas as flores são utilizadas para fins medicinais ou lúdicos, uma vez que é a parte da planta com maior concentração de canabinoides.

A maconha disseminou-se com tribos nômades por toda a Ásia e, posteriormente, para a Europa ocidental (Eurásia), deixando vestígios de seus usos ritualísticos e para a confecção de fibras em territórios que atualmente são reconhecidos como Grécia, Sibéria, Bulgária, Sérvia e Macedônia. Na região da antiga Mesopotâmia a maconha também já era utilizada para fins medicinais pelo menos desde o século VIII aEC.

Na Índia a planta teve o maior prestígio religioso e medicinal de que se tem relatos, compondo uma das cinco ervas sagradas descritas no Vedas, conjunto de textos que compõe os alicerces filosóficos do Hinduísmo, nos quais a bebida feita com a planta, chamada de *bhang*, é associada à alegria, à saúde da mente e à vida longa. A alusão mais antiga às propriedades psicotrópicas da cannabis na Índia data de aproximadamente 2.000 anos aEC. Em relação aos usos medicinais, a cannabis fora utilizada como diurético, estimulante do apetite e da digestão, no controle da febre e no tratamento da insônia, lepra, doenças venéreas, úlceras, tuberculose, convulsões infantis, dores de cabeça, nevralgia, tétano, desintéria e cólera, ressaltando que o abuso poderia gerar os efeitos opostos, como falta de apetite, perda de memória e sedação (MALCHER-LOPES & RIBEIRO, 2007; ESCOHOTADO, 1998; GARCÍA & SANCHÉZ, 2006; BONINI et al, 2018).

Gregos e romanos cultivaram a cannabis pelo interesse em suas fibras, conhecendo também algumas de suas utilidades terapêuticas. Médicos gregos utilizavam uma mistura de maconha, cinza e mel para o tratamento de úlceras na pele. No início da Era Cristã esses usos medicinais são descritos por Plínio (século I d.C), um naturalista romano, em sua obra “História Natural”, utilizada por sábios europeus por pelo menos quatorze séculos (BRUNNER,1973).

Seu suco expulsa das orelhas qualquer verme que tenha entrado, porém à custa de uma dor de cabeça. Sua natureza é tão potente que quando se derrama água, se diz que pode fazê-la coalhar e, se um animal de carga bebê-la, suas entranhas são reguladas. Sua raiz cozida em água alivia câibras assim como gota e outras dores semelhantes (GARCÍA & SANCHÉZ, 2006, p. 24. Tradução minha).

Dioscórides, cirurgião grego do exército romano, estudou as plantas de diversas regiões, o que resultou em seu principal livro, “Da matéria Médica”, considerado durante séculos como a mais importante obra em botânica médica. Em sua descrição sobre as utilidades da cannabis, a planta aparece como importante fonte de fibras para a confecção de cordas resistentes, seu suco como eficiente para dores de ouvido e suas raízes como capazes de aliviar inflamações, dissolver edemas e “dissipar matéria dura” das articulações (GARCÍA & SANCHÉZ, 2006; FRANÇA, 2015; BONINI et al, 2018).

Durante a Idade Média, com o domínio da Igreja Católica sobre o conhecimento e a instauração da inquisição na Europa, que proibiu métodos científicos e a medicina natural, praticamente não há registros escritos sobre usos de cannabis nesse período, sendo a planta provavelmente associada ao paganismo (GARCÍA & SANCHÉZ, 2006). Durante esse período, os usos das plantas para fins medicinais se restringiam a Persas e Árabes, esses últimos responsáveis por grande parte da propagação dos usos medicinais de vegetais, inúmeros deles vindos da Índia, com quem mantinham relações comerciais. Aloe-vera, açafraão, cúrcuma, pimenta, canela, atualmente parte da culinária comum de diversos povos, foram comercializadas nesse período como drogas com características medicinais (PETROVSKA, 2012).

Apesar do *Alcorão*, livro sagrado da cultura islâmica, proibir a embriaguez provocada pelo vinho, não fazia referência à cannabis, utilizada na medicina árabe, o que permitiu que seu uso se propagasse. Seu uso lúdico, porém, realizado principalmente pelas classes mais pobres, fora proibido em diversos momentos da Idade Média. Mesmo nesses períodos, o uso terapêutico da planta continuou sendo realizado de forma clandestina entre árabes, enquanto na Europa cristã seus usos medicinais e lúdicos foram sendo abandonados, ao menos até o início da Era Cristã (GARCÍA & SANCHÉZ, 2006).

No final do século I d.C., já no período final da Idade Média, a religiosa beneditina alemã Hildegard von Bingen, registrou em seu livro “*Physica*”, um capítulo intitulado “Do Cânhamo”, no qual descreveu a semente da planta como um excelente alimento capaz de limpar o estômago, “diminuir os maus humores e aumentar os bons”, ressaltando que em pessoas com “a mente vazia” sua ingestão causava dores de cabeça. A planta servia como cura para úlceras e feridas, mas a ingestão da cannabis por pessoas com doenças graves causava dores no estômago (FRANÇA, 2015).

No Egito, os indícios históricos indicam que a cannabis era cultivada há cerca de mil anos, sendo o cânhamo sua variedade domesticada utilizada para a produção de cordas e a variedade “selvagem” (ou cânhamo indiano), posteriormente transplantada para jardins, era utilizada para fins lúdicos na forma de haxixe. Mesmo sendo considerado crime passível de punição na sociedade muçulmana, seu uso foi muito comum, principalmente no Cairo, onde o consumo diário foi frequente (TOIT, 1975; ESCOHOTADO, 1998).

Por meio do comércio árabe a cannabis chegou ao continente africano por volta do século X, e, também com a colaboração dos árabes, se espalhou pelo leste do continente

por meio dos contatos com negociantes e comerciantes. O termo *Bhang* foi utilizado para referir-se à planta como erva (e não necessariamente à forma de uso). Embora não haja consenso sobre o período no qual a planta passou a ser cultivada nesse continente, estima-se que este seja prévio à chegada dos portugueses em 1500 d.C. (TOIT, 1975, 1976; SAAD, 2013).

Provavelmente a área onde o uso cultural da maconha é mais extensa é no continente africano, onde a cultura canábica há séculos existiu como parte integral das cerimônias religiosas e fazia parte da vida dos nativos quando o europeu chegou nas primeiras expedições. A prática observada inicialmente foi a queima de grande quantidade da erva em brasa quente ou em equipamentos de defumação, quando os africanos reuniam-se ritualisticamente em grupo – normalmente em círculo – e inalavam a fumaça. Em outras ocasiões a planta era queimada em um altar e a fumaça absorvida por canos. Quando o uso se expandiu as técnicas foram ficando mais elaboradas e foi desenvolvida uma grande variedade de cachimbos, tubos de bambu e cumbucas de coco (SAAD, p.94).

Em grande parte do mundo a cannabis foi utilizada, senão de forma medicinal, ao menos como fonte de fibras. A Europa teve contato com o cânhamo através dos citas, que levaram a planta para a Grécia e para a Rússia, e, posteriormente, pelos árabes, que a levaram para a Península Ibérica, no século XII, apresentando à Europa o papel confeccionado com fibras de cannabis. Também por meio do comércio árabe a cannabis se difundiu pela África e, com a expansão marítima europeia, realizada com a utilização de cânhamo para a elaboração de velas e cordas, a cannabis se difundiu para as Américas (FRANÇA, 2015).

2.3 A maconha nas Américas colonizadas: os casos do Brasil e do Chile

No século XVII ingleses iniciaram o cultivo de cânhamo no norte da América do Norte, que foi mantido legalmente pelo menos até o final da Segunda Guerra Mundial, sendo utilizado pela marinha estadunidense na confecção de cordas, sacos e outros objetos elaborados com as fibras do cânhamo (FRANÇA, 2015). Segundo Vera Rubin (1975), o cânhamo foi introduzido nas treze colônias norte-americanas neste século e o cultivo foi vigorosamente encorajado.

A cannabis é uma das poucas plantas psicoativas não indígenas do Hemisfério Ocidental e foi introduzida nas colônias do Novo Mundo pelos colonizadores britânicos, espanhóis e portugueses. O cânhamo foi muito importante economicamente durante o período mercantil, e as fibras, óleo e sementes foram de grande valor para uma variedade de manufaturas essenciais (RUBIN, 1975, p.5).

Na América invadida por espanhóis, não sendo encontrado nem no Caribe nem, nos anos seguintes, na América Central ou na América do Sul, a falta de cânhamo se revelou um problema de logística, uma vez que suas fibras eram essenciais para suprir

as necessidades da marinha e permitir a ocupação do continente (DÍAZ-ORDÓÑEZ & HERNÁNDEZ, 2017). A Espanha realizou esforços para introduzir o cultivo da planta na atual região do Caribe, naquele momento conhecida como Índias Ocidentais, no intuito de responder às demandas por suas fibras pela marinha espanhola.

A partir da pesquisa documental o jornalista Marcelo Ibáñez (2018)⁴, indica que em 1645 o Chile colonial exportou 1.255 toneladas de cânhamo para a Espanha, e que a demanda cresceu substancialmente a nível mundial ao longo desse século e do seguinte. A produção chilena de cânhamo respondeu principalmente às necessidades internas ocasionadas pelos constantes ataques aos indígenas Mapuche, sendo utilizado na confecção de roupas, sapatos, sacos, lonas, óleo, cordas e suportes para armas; e às demandas do mercado peruano.

O cultivo de cannabis por espanhóis nas Américas também tinha o intuito de produzir fibras de boa qualidade, possibilitando uma alternativa ao monopólio do cânhamo europeu pela Rússia e alguma rentabilidade. Conseguir fazer prosperar tal cultivo no Chile se configurou como um importante passo para a expansão da monarquia espanhola e a defesa dos territórios sob seu domínio. Como apresentam Díaz-Ordóñez & Hernández (2017), embora as primeiras colheitas de cânhamo em território chileno tenham ocorrido a partir da segunda metade do século XVI, apenas a partir da segunda metade do século seguinte o investimento passou a configurar-se como uma estratégia imperial. Tal argumento se justifica pelo fato dos colonizadores não terem conseguido se estabilizar no território chileno para explorá-lo, mantendo-se em guerra com indígenas Mapuche, um dos povos originários da região (IBÁÑEZ, 2018).

No século XVIII, foi recomendado pela coroa que os vice-reis incentivassem a cultura do cânhamo em toda a “Nova Espanha”. Para isso foram enviados especialistas no cultivo de cannabis para as terras ocupadas, no intuito de ensinar a população local suas técnicas de cultivo, possibilitando uma produção voltada para o mercado colonial e espanhol. A planta foi levada à Cuba, posteriormente, à Guatemala, ao Peru e ao Panamá. Em nenhuma dessas regiões seu cultivo respondeu às expectativas espanholas. Foi no atual território chileno que o cultivo de maconha para a produção de fibras prosperou, suprimindo a demanda dos portos locais e das regiões vizinhas (FRANÇA, 2015).

⁴ Referência ao texto “Historia Física y Política de Chile: Agricultura”, tomo II, de C. Gay, escrito em 1862 em Paris.

O fracasso das demais tentativas em outras regiões fez do Chile a única opção viável para tal empreendimento em um período no qual crescia a demanda por suas fibras por conta da exploração espanhola sobre a prata e o ouro do continente, o que demandava confecção de sacos, cordas e toldos (Díaz-Ordóñez & Hernández, 2017). A demanda por cânhamo também se associava às exigências da frota naval espanhola, cujos barcos foram construídos no Chile até o final do século XVIII (IBÁÑEZ, 2018).

Quando os barcos espanhóis deixaram de ser construídos no Chile, a Coroa espanhola permaneceu incentivando o cultivo da cannabis por meio de decretos. Dentre eles, a ordem real de 1777, que suspendeu os impostos sobre o cultivo de cânhamo e, em 1796, decretou que pessoas pobres que assim desejasse receberiam gratuitamente terras da Coroa onde poderiam se dedicar a tal cultivo⁵ (IBÁÑEZ, 2018).

O cânhamo chileno ocupou, dessa forma, um lugar central na economia do império espanhol, abastecendo a marinha e as atividades mineradoras com equipamentos que permitiam tanto a manutenção da exploração como o transporte de seus resultados à Europa. Como exemplo da importância desse comércio Díaz-Ordóñez & Hernández (2017) citam a variação dos preços do produto no mercado colonial, que chegavam a quase triplicar de preço nos portos chilenos em períodos de escassez. De onde os autores tiram duas conclusões: se a demanda peruana por produtos oriundos da maconha era capaz de absorver um aumento de 185% nos preços, é porque a necessidade do cânhamo era constante no Peru colonial e o cânhamo havia se tornado um produto básico na economia exportadora chilena.

Após a independência do Chile em relação à colonização espanhola, no primeiro quarto do século XIX, a cannabis permaneceu sendo cultivada e utilizada para confecção de uniformes do exército local e, ao longo deste século, utilizada como saco para o transporte internacional de alimentos como batatas e trigo, e na exploração de salitre (IBÁÑEZ, 2018).

Em 1875, a qualidade do cânhamo chileno foi descrita na Exposição Universal de Paris:

De todos os cânhamos conhecidos, o nosso é, sem disputa, o melhor, pelas provas que com ele se tem feito na Inglaterra, nas quais tem ultrapassado em força o cânhamo russo com muita vantagem, e só se pode competir com ele em algo o de Valencia. [...] Sobre sua vegetação, é muito abundante e vigorosa, pois cresce a uma altura considerável, chegando a 2,8 metros (SOLANO, 1833 apud IBÁÑEZ, p.36-37, 2018, tradução minha).

⁵ Ibidem.

Até meados do século XX o cultivo de cannabis floresceu no Chile, que se tornou um importante exportador mundial. Em 1909 a qualidade desses produtos foi citada no Anuário do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos, no qual é descrito como muito alto, alcançando quase três metros, com amadurecimento mais rápido que o cânhamo chinês e de fibras grossas, ásperas, folhas pequenas e muitos brotos. Tal como em grande parte dos países do globo, o cultivo legal de cannabis no Chile foi encerrado com a emergência das políticas proibicionistas no âmbito internacional, em meados do século XX, como será tratado adiante.

No Brasil colonizado também se cultivou maconha para suprir as necessidades da marinha portuguesa. Durante o século XVIII foram editados em Portugal manuais agrícolas que ensinavam a plantar cânhamo e dele extrair suas fibras e, desde finais desse século, há registros do incentivo da colônia à sua produção no sul do Brasil (FRANÇA, 2015).

Em 1772 o Vice-Rei, Marquês de Lavradio, enviou ao sul sacas de semente de cânhamo, incentivando sua cultura. Porém, a má qualidade das sementes após a viagem não permitiu seu desenvolvimento. Na ocasião em que um navio francês cruzou a costa do Rio de Janeiro foi renovada a possibilidade de tal cultivo com as sementes que os franceses traziam. Enviadas à região de Santa Catarina, novamente o plantio não prosperou, em parte por conta do pouco conhecimento dos colonos sobre seu cultivo, em parte pela deterioração das sementes. Em 1782, outro Vice-Rei, Dom Luiz de Vasconcelos, importou do Chile 23 alqueires de sementes, distribuindo-os, novamente, em Santa Catarina, novamente sem sucesso (FRANÇA, 2015).

O investimento mais ousado e planejado realizado no período foi a instalação da Real Feitoria do Linho Cânhamo, também por Dom Luiz de Vasconcelos, em 1783, novamente no sul do Brasil. Segundo o vice-rei, o pequeno número de pessoas escravizadas enviada pela colônia, o baixo investimento e as adversidades dificultavam a consolidação do empreendimento que durou cerca de 40 anos. Já sob o nome de Imperial Feitoria do Linho Cânhamo, em 1824, com o fim do império português, suas instalações passaram a ser utilizadas para o cultivo de outras culturas (FRANÇA, 2015; MENZ, 2005).

Porém, não foram os portugueses os primeiros a cultivar cannabis nessas terras. Pesquisadores apontam que a planta foi utilizada de forma lúdica, medicinal e religiosa durante o período colonial por pessoas negras vindas do continente africano que aqui chegaram escravizadas (MCRAE, 2004; CARLINI, 2005; TORCATO, 2016). Apesar

dos poucos relatos de viajantes e portugueses sobre esses usos, outros vestígios históricos os legitimam, como a forte presença da planta na cultura de povos africanos, a semelhança entre as palavras utilizadas para se referir à planta, suas formas de uso e a utilização religiosa da planta no Candomblé, também praticado no Brasil desde o período colonial. Não restam dúvidas sobre a forte influência das culturas africanas nos usos de maconha no Brasil, o que ocorre é que os relatos sobre o desenvolvimento desses usos são, em grande parte, posteriores a esse período, muitos redigidos sem qualquer amparo teórico e entremeados por moralidades racistas, como veremos mais adiante⁶.

Os usos da maconha se difundiram pelo Nordeste e Norte, ocupando importante lugar na cultura de pessoas pretas, sendo chamada de “fumo de Angola”, e por palavras originárias desse país africano: “maconha”, “diamba” e “liamba” (MCRAE, 2000). O uso também se difundiu entre populações indígenas, que passaram a cultivá-la, sendo utilizada como “erva medicinal, estimulante no trabalho físico e nas pescarias e como agente catalisador das rodas de fumantes que se reuniam no fim da tarde” (HENMAN, 2016, p.329).

Esses usos são descritos também por Gilberto Freyre (2004), que relatou que, enquanto o tabaco era um hábito relacionado à aristocracia, o chamado “fumo de negro” era utilizado por escravos e tolerado pelos senhores, sendo comum ver ambas as plantas crescendo entre canaviais.

Durante o período colonial eram raros no Brasil os físicos formados, profissionais responsáveis pelas “artes de curar” à época e, embora junto aos cirurgiões e aos boticários esses compusessem o topo da pirâmide na hierarquia dos profissionais, não constituíam hegemonia nem centralidade no que diz respeito aos tratamentos disponíveis, o que possibilitava que práticas não oficiais, como barbeiros, sangradores e parteiras trabalhassem sem grandes problemas (TORCATO, 2016). Nesse momento muitos negros, negras e indígenas ocupavam o lugar de curadores, sendo os principais conhecedores dos usos medicinais das plantas e responsáveis por grande parte da saúde dos povos que aqui habitavam.

Torcato (2016) explica que havia em Portugal uma distinção bem definida onde aqueles que tratavam as doenças apenas com a administração de remédios e sem tocar o corpo (os físicos) ocupavam importante posição social, enquanto os cirurgiões

⁶ Rodrigues Dória vai cunhar o termo “veneno africano”, no século XX, por exemplo.

quebravam o tabu do corpo, sagrado segundo os preceitos morais católicos, sendo considerados inferiores. Na América colonizada, porém, os cirurgiões eram os que existiam em maior número e gozavam de maior prestígio do que em Portugal. Ainda assim, em determinadas regiões eram pessoas negras escravizadas os principais “sangradores”: “no final do século XVIII, por exemplo, o governador da cidade de Salvador escrevia em relatório apontando que eram os negros sangradores os que medicavam e curavam com maior pontualidade naquela localidade” (TORCATO, 2016, p. 66).

Os físicos europeus e os jesuítas, que se tornaram “os controladores da prática médica” oficial no Brasil colonizado (CARNEIRO, 1994, p. 53), aprendiam com a população nativa acerca das plantas que, muitas vezes, obtinham resultados melhores que os medicamentos europeus: em “regiões distantes dos recursos medicinais das tradições de origem, diante das enfermidades e ferimentos do dia-a-dia e diante de uma natureza desconhecida, europeus e africanos voltaram-se para o conhecimento indígena” (RIBEIRO, 2005, p.164).

A partir da década de 1770 ocorreram importantes mudanças no ensino em Portugal, como parte das reformas de Marquês de Pombal. As reformas acarretaram transformações na Universidade de Coimbra. Com o desenvolvimento das escolas médicas, a ação da medicina foi ampliada, tendo como foco não apenas o indivíduo, mas o controle sobre a saúde das populações. Portugal passou a preocupar-se em prover médicos nas colônias, principalmente a fim de garantir a saúde e prolongar a vida das pessoas escravizadas, uma vez que a exploração dessas vidas era a base da economia colonial portuguesa. Além disso, importava também coibir a diversidade de terapias existentes, indicando a medicina europeia como principal e único saber legítimo (ABREU, 2007).

As práticas médicas passam a ser cada vez mais controladas pelas autoridades coloniais por meio da fiscalização realizada por representantes da corte sobre o comércio de medicamentos feito por boticários. Mais criteriosos com os medicamentos oriundos da colônia do que na fiscalização dos importados, embora esses últimos fossem apresentados muitas vezes alterados e estragados, a venda de remédios elaborados com plantas locais era punida com multas em caso de sinais de degradação. Dessa forma a fiscalização colonial “dificultava o uso da flora medicinal brasileira pelos boticários, que não tinham nenhum interesse em validar o uso de plantas que pudesse estar ao alcance de qualquer um” (RIBEIRO, 2005, p.161).

No final do século, com a publicação da “Farmacopeia geral para o reino e domínios de Portugal”, em 1794, proibiu-se a produção de medicamentos não vinculados à essa farmacopeia (ABEU, 2007). O “fumo de Angola” não foi citado em tal livro, permanecendo o não reconhecimento dos usos dessa planta no território colonizado.

Data apenas de 1853 o primeiro relato que menciona a maconha encontrada no Brasil e suas finalidades terapêuticas, reconhecidas no livro do naturalista austríaco Carl Friendrich Ph. von Martius, intitulado “Flora Brasiliensis”, no qual o autor descreve uma planta “muito bem aclimatada” e dotada de propriedades medicinais que acalmam, desintoxicam e evitam a tosse (FRANÇA, 2015). Mas essas informações não provocaram qualquer repercussão, atenção ou menção em documentos oficiais ou médicos no período.

Por fim, é importante assinalar que as evidências historiográficas nos levam a crer que foram africanos e suas gerações aqui nascidas os precursores dos usos medicinais de maconha no Brasil. Tal afirmação se justifica no fato de sabermos sobre a importância cultural que a cannabis ocupou no sul do continente africano no período que antecedeu a invasão portuguesa, sendo utilizada para diversos fins. Soma-se a isso a relação entre indígenas e africanos, que compartilharam conhecimentos acerca dos usos das plantas (exemplos disso são a presença da maconha em cultivos indígenas e os usos de plantas medicinais nativas utilizadas por africanos), além da presença de variedades da cannabis ricas em propriedades medicinais e psicoativas já aclimatadas em terras brasileiras em um período no qual portugueses conheciam apenas as variedades da planta utilizadas para a fabricação de fibras.

Isso não significa dizer que africanos escravizados e indígenas fizeram usos análogos ao que atualmente é classificado como “medicinal” ou praticado pela medicina. Essas concepções não existiam ainda nesse momento. Também as distinções entre alimentos e drogas são posteriores a esse período. O que compreendemos aqui é que foram essas as primeiras populações no território brasileiro que conheceram e usufruíram dos efeitos da planta, incorporando-a à suas culturas em sentidos amplos, que incluíam a percepção de que tais usos ocasionavam benefícios para o corpo.

2.4 Medicina e medicamentos no século XIX: difusão dos usos medicinais de maconha e os novos fármacos

O colonialismo europeu pôs a Europa em contato com diversos povos e culturas que utilizavam a maconha. Mas os europeus ocidentais só conheceram os usos medicinais desta planta em meados do século XIX, quando a Inglaterra enviou suas tropas à Índia a fim de colonizá-la, ocasionando o encontro entre médicos ingleses e indianos que permitiu que os primeiros tomassem conhecimento sobre as propriedades terapêuticas da planta.

Foi assim que O`Shaughnessy, cirurgião irlandês a serviço do exército britânico, conheceu as possibilidades terapêuticas da cannabis e passou a estudá-la. Na quarta década do século o cirurgião recomendava a tintura feita com a planta para o tratamento de diversas enfermidades, como *reumatismo*, *asma*, *espasmos* e *convulsões musculares* e para *alívio da dor*. Os estudos de O`Shaughnessy ao estenderem a utilização de cannabis na medicina e farmacopeia, facilitaram a divulgação para outros países europeus e para os Estados Unidos (RAMOS & FERNÁNDEZ, 2000).

Durante esse mesmo período, e de forma semelhante, a França conheceu o haxixe quando as tropas de Napoleão chegaram ao Egito. Apesar do general ter proibido seu uso lúdico pelos soldados, o médico francês Aubert-Roche realizou ensaios acerca das propriedades terapêuticas da planta no hospital de Alexandria, aplicando a cannabis no tratamento de doenças como a peste, que assolava o continente. Esses estudos levaram à introdução da maconha na farmacopeia francesa, associada ao tratamento de transtornos genitais, nervosos, problemas gastrointestinais, respiratórios, infecções e como analgésico (GARCÍA & SANCHEZ, 2006).

Escohotado (1998) demonstrou como as notícias acerca da cannabis também fizeram da curiosidade um motor de novas descobertas. É o caso descrito sobre outro médico francês, J. Moreau, que se interessou pelos efeitos psicotrópicos da planta, passando a utilizá-la em 1840 no hospital psiquiátrico francês Bicêtre. Da experiência adquirida no hospital e a partir das próprias experiências com a ingestão de *dawamesc*, um preparado de haxixe feito pelo próprio Moreau⁷, o médico postulava ser possível

⁷ Experiências como auto ensaios e a ingestão de substâncias por médicos, cientistas e pesquisadores não são incomuns na história das substâncias. São exemplos os casos de Aldous Huxley (1954) em seu livro “As portas da percepção”, onde o autor descreve as experiências com mesalina para uma equipe de pesquisadores de diversas áreas; Hoffman, inventor do LSD, que após uma primeira experiência ao acaso com a droga a experimentou novamente a fim de conhecer seus efeitos; e, mais recentemente, a experiência do renomado cientista Raphael Mechoulam, que por meio da experiência com um bolo feito

investigar as enfermidades mentais a partir das “psicoses de laboratório”, provocadas pela cannabis.

Essas ideias foram publicadas em seu livro “*Du haschich et de l’aliénation mental*” (1845), no qual descreve oito efeitos da cannabis equiparados por ele a doenças mentais da época: *euforia, excitação intelectual com dissociação das ideias, distorção da percepção de espaço e do tempo, hipersensibilidade auditiva, ideias fixas e convicções delirantes, instabilidade das emoções, impulsos irresistíveis, ilusões e alucinações* (GARCÍA; SANCHÉZ, 2006).

É com Moreau que o *dawamesk* chega à França, provocando interesse em um grupo de intelectuais e artistas que, juntos com o médico, passam a reunir-se com frequência, se autointitulando como “*Club des haschischiens*”. Nos encontros, que ocorriam em hotéis elegantes, os participantes experimentaram as “psicoses de laboratório” como um meio de “transpor as fronteiras rotineiras da razão de modo reversível”. Dessa forma, a cannabis passa a ser consumida por uma elite intelectual e boêmia francesa (dentre os participantes estavam Baudelaire, Rimbaud, Delacroix, Balzac) que se reunia para cerimônias conduzidas por Moreau, em uma atmosfera de “ciência e iniciação ritual” (ESCOHOTADO, 1998, p.373).

Outros médicos ingleses, franceses, espanhóis e alemães começaram a interessar-se pelas propriedades medicinais da maconha, difundindo seu consumo pela Europa. Inicialmente utilizada na forma de tintura⁸, dezenas de outros medicamentos à base da planta foram produzidos e comercializados sem restrições em farmácias europeias, incluindo na forma de cigarros, chamados de “cigarros índios”, recomendados para o tratamento de doenças pulmonares. Posteriormente, em menor escala, as farmácias estadunidenses passaram a importar e comercializar produtos à base de maconha, que fez parte de sua farmacopeia entre 1850 e 1942. Apenas em 1925 os Estados Unidos limitaram o uso desses produtos para fins medicinais ou científicos (SANCHÉZ; GARCÍA, 2006).

Entre meados do século XIX e início do século XX, a cannabis foi prescrita e utilizada em grande parte da Europa, e posteriormente pelas elites dos países por ela colonizados, para o tratamento de enxaqueca, dor de dente, cólicas menstruais, pós-

com a maconha do laboratório pôde observar seu colegas e concluir que a maconha ingerida em quantidades iguais podia produzir efeitos muito distintos em cada indivíduo. A narrativa sobre essa e outras experiências mais convencionais de Mechoulam são descritas no documentário “The Scientist: are wemissingsomething?”, dirigido por Zach Klein. FundaciónCanna e lançado em 2015 e disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=SIi1k5LPTBA&t=2s&ab_channel=FundacionCANNA

⁸ Tinturas são preparados fitoterápicos feitos com álcool.

parto, indigestão, úlcera, reumatismo, disenteria, insônia, depressão, ansiedade, convulsões e espasmos, febre alta, tosse, impotência sexual, como diurético, tranquilizante, tônico cerebral, para aumentar o apetite, reduzir enjoos, aliviar câibras e tratar inflamações (ESCOHOTADO, 1998; GARCÍA; SANCHÉZ, 2006; MALCHER-LOPES & RIBEIRO, 2007).

No Brasil, com as notícias sobre os experimentos de Moreau chegaram as concepções acerca dos efeitos hedonísticos da planta, o que não impediu que seus derivados passassem a ser importados e vendidos nas farmácias com propósitos terapêuticos (CARLINI, 2005), e, tal qual nos EUA, sem qualquer controle sobre os produtos. A figura 4 exibe o rótulo dos cigarros índios, que vinham estampados com as indicações de uso e principais problemas de saúde a serem tratados pelo produto. Ironicamente os cigarros eram indicados justamente o tratamento de doenças respiratórias, o que nos sugere que as concepções de saúde também são fortemente influenciadas pela cultura e pelo mercado.

Figura 4 Propaganda em português dos cigarros Grimault, comercializados pela farmacêutica “Pharmaciens Paris” e divulgadas no Brasil ao menos até 1905



Fonte: CARLINI, 2005, p.316

Diferente da trajetória política da planta em outros países, no Brasil desde o início do século XIX, a maconha fora diretamente associada “às classes baixas, aos negros e à bandidagem” (MCRAE & SIMÕES, 2004, p.20). Isso ocorria em um contexto histórico no qual a chegada da corte portuguesa, em 1808, havia provocado um súbito aumento populacional e com ele o agravamento de problemas sanitários (SCHWARCZ, 1993). Mas esses problemas foram associados pela elite portuguesa ao grande número de pessoas negras escravizadas.

Apesar da existência de relatos sobre a presença (ou carência) de médicos no período colonial, e de Portugal já ter instituído o ensino das “artes médicas” na Universidade de Coimbra, até o século XIX estas estavam mais associadas à fiscalização do seu exercício nas colônias que a um discurso médico que orientasse a prática. Apenas a partir desse século, quando a medicina passou a estabelecer e justificar sua presença principalmente através da higiene pública, é possível caracterizá-la como um novo tipo de saber e prática que passam a organizar medidas de controle que incidam sobre a sociedade (MACHADO, 1978).

Após a independência política brasileira foi fundada, em 1829, a Sociedade de Medicina, que elaborou um novo projeto de lei fundamentando a criação das Escolas ou Faculdades de Medicina em 1832. Essas mudanças demonstram um processo de transformação política que influenciou a relação entre a cidade e a medicina, articulando, a partir desse momento, seu ensino à preocupação com a higiene pública.

Não à toa, o primeiro documento a proibir o uso da maconha no ocidente foi elaborado pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro, em 1830. Em seu parágrafo 7º da Seção Primeira, sob o título 2º “sobre a venda de gêneros e remédios e sobre boticários”, a postura da Câmara determinava:

É proibida a venda e o uso do Pito do Pango, bem como a conservação dele em casas públicas: os contraventores serão multados, a saber, vendedor em 20\$000, e os escravos, e mais pessoas que dele usarem, em 3 dias de cadeia (DÓRIA, 1958, p.14).

Como indicam alguns pesquisadores, a referência explícita a pessoas escravizadas no texto sugere a determinação destes como os fumadores de maconha, vinculando a repressão do consumo da planta ao controle da população negra (SAAD, 2013, p.3), e dirigindo-se mais a esse segmento étnico do que à cannabis em si (FIORE, 2005).

Reafirma essa relação o fato de tal documento estar inserido na seção sobre remédios e boticários, o que nos indica que eram reconhecidos os usos medicinais da maconha, mas que tal uso realizado pelas populações nativas e africanas era malvisto pelos governantes. Nesse sentido, Torcato (2016, p.49) apresenta evidências documentais que demonstram que tais usos já eram conhecidos e praticados pela elite da época. Como exemplo, o caso do médico homeopata da corte portuguesa que utilizou um pé de maconha encontrado no Palácio Imperial de São Cristóvão para suas experiências (FIORE, 2005); outro exemplo é a propaganda dos “cigarros índios” apresentado acima.

Embora o Brasil tenha sido o primeiro país ocidental a criminalizar a venda e o consumo de maconha, a questão das drogas enquanto problema público só foi consolidada no início do século XX. O problema nesse momento estava quase exclusivamente associado ao racismo direcionado aos costumes e hábitos de pessoas pretas e indígenas e não à produção e difusão de discursos oficiais sobre possíveis males da maconha.

Com a abolição da escravidão no final do século XIX e a substituição dos trabalhadores escravizados por imigrantes europeus brancos, os problemas relacionados ao saneamento nas cidades foram agravados pelo aumento descontrolado da população. Além disso, como o trabalho das pessoas pretas só era desejado se fosse gratuito, o fim da escravidão promoveu um grande número de desempregados, responsabilizados por todo e qualquer mal que assolasse o país que se construía.

Na tentativa de criar uma *intelligentsia* local, apta a enfrentar os problemas da nação, as faculdades de direito e medicina tiveram importante papel ao incentivar tal associação. Segundo Schwarcz (1993)

É esse momento da “exposição da doença”, da demonstração das “monstruosidades” que cumpriam um duplo papel: tanto serviam como amostras vivas de um trabalho, provas da tese defendida, quanto apareciam como alerta contra o perigo iminente da degeneração, testemunhavam destinos futuros que podiam e deviam ser evitados. [...] Era a população pobre e doente que, exposta como se fosse um grande laboratório humano, exemplificava teorias, demonstrava os desvios (1993, p. 200).

O final do século XIX eram os médicos e juristas os grandes empreendedores morais da sociedade brasileira, pois cabia a eles a construção de saberes e práticas capazes de sanar os problemas associados à “mestiçagem”. Influenciados por teorias racistas europeias que compreendiam a relação entre pessoas brancas e negras como sinônimo de degeneração racial e social, era a partir da miscigenação que se previa problemas sociais como os vícios e a criminalidade (SCHWARCZ, 1993). Atribuiu-se então ao saber médico o papel de tutorar e sanear a sociedade, e aos juristas o papel de criar as regras.

A partir deste século, quando a medicina passou a estabelecer e justificar sua presença principalmente através da higiene pública. Como demarca Roberto Machado (1978) é nesse momento que surge o que se define como medicina social, que incorpora o meio urbano como elemento de reflexão e de prática médicas, deslocando da doença para a saúde seu objeto.

Machado aponta como o médico vai tornando-se um planejador urbano, integrando à sua lógica a estatística, a geografia, a demografia, a história e outros saberes:

O que se tem chamado de ‘medicalização da sociedade’ [...] é o reconhecimento de que a partir do século XIX a medicina em tudo intervém e começa a não mais ter fronteiras; é a compreensão de que o perigo urbano não pode ser destruído unicamente pela promulgação de leis ou por uma ação lacunar, fragmentária, de repressão aos abusos, mas exige a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos; é a descoberta de que, com o objetivo de realizar uma sociedade sadia, a medicina social esteve, desde a sua constituição, ligada ao projeto de transformação do desviante [...] em um ser normalizado (1978, p.156).

Como ressalta França (2015, pp.27-28), embora não se possa afirmar exatamente quem trouxe primeiro o canabismo para essas terras, foram os africanos que consolidaram tal hábito na sociedade local, pois já conheciam os efeitos inebriantes da planta antes dos portugueses. E foi aos africanos a quem os brasileiros associaram gradativamente o hábito e o gosto pela maconha. As construções sociais acerca do uso de maconha, assim como a tipologia criada em meados do século XIX, associavam o hábito de fumar maconha à vadiagem e à criminalidade e, logo, às pessoas pretas essas mesmas características.

Nesse contexto, as práticas e costumes negros, tão presentes em uma sociedade recém-saída da escravidão, representavam empecilhos para o lema “ordem e progresso” pretendido pela elite política e intelectual. Assim como o candomblé e a capoeira, a maconha estava associada aos africanos e seus descendentes e seu uso, além de prejudicar a formação de uma República moralmente exemplar, poderia se disseminar entre as camadas ditas saudáveis – leia-se brancas – e arruinar de vez o projeto de uma nação civilizada (SAAD, 2013, p.5).

Paralelamente a esses acontecimentos, o século XIX foi também um marco para a medicina no que tange a descoberta e produção de novos medicamentos. Muitas plantas já popularmente utilizadas de forma medicinal tiveram seus potenciais terapêuticos explorados e potencializados, principalmente na Europa e nos Estados Unidos. O desenvolvimento das pesquisas, da indústria química e a capacidade de isolar determinadas substâncias dos vegetais, criando “drogas puras”, impulsionou o surgimento de diversas novas substâncias psicoativas⁹ e medicamentos ao longo desse século. Em 1805, um cientista alemão descobriu a morfina, isolada pela primeira vez do ópio extraído da papoula, passando a ser utilizada como medicamento alopático a partir de 1818 (DUARTE, 2005). Nesse mesmo ano, farmacêuticos franceses isolaram a

⁹ Drogas Psicoativas: substâncias que provocam alterações no sistema nervoso central no sentido de excitá-lo, deprimi-lo ou provocar alucinações (RODRIGUES & LABATE, 2018).

estricnina, um dos primeiros antimicrobianos utilizados no tratamento da malária, também de origem vegetal (DAVIENNE et al, 2004). Em 1829, da casca do salgueiro, isolou-se pela primeira vez a salicina, precursora na síntese do ácido salicílico, que 60 anos depois deu origem a um dos analgésicos mais utilizados no mundo (DAVIENNE et al, 2004). Posteriormente foram isolados a codeína (1832), cocaína (1855), cafeína (1860), heroína (1874) e a mescalina (1888).

Como aponta Carneiro (2002), “a teorização médica sobre a natureza dos efeitos e do uso das drogas foi acompanhada do isolamento químico de drogas puras, o que permitiu precisão de dosificação, facilitando a atividade experimental controlada” (p. 4), impulsionando a produção de novos fármacos e o aperfeiçoamento das drogas dos séculos anteriores. Dentre as drogas do período colonial, sete se tornaram produtos centrais na história do capitalismo mercantil: açúcar, álcool destilado, ópio, cacau, café, chá e tabaco (CARNEIRO, 2018). Isso significa que essas drogas passaram por regimes de normatização que regulamentaram – e em muitos momentos incentivaram - seu consumo. Por outro lado, algumas drogas foram consideradas danosas, degradantes da moral e degenerativas do corpo. Para Carneiro, “a história das drogas é, antes de tudo, a história de suas regulações, da construção de seus regimes de circulação e das consequentes representações culturais e políticas de repressão, incitação ou tolerância” (2018, p. 19). Se atualmente as fronteiras entre drogas lícitas e ilícitas, alimentos e medicamentos são bem definidas, isso se deve a “recursos artificiais de controle político e jurídico” (CARNEIRO, 2005) e não a distinções naturais, pois a história de certos conceitos médicos, como “vício” e “drogas” é essencialmente política (CARNEIRO, 2002).

Vargas (2008) demonstra como as tentativas de eliminação de outras práticas terapêuticas, distintas daquelas desenvolvidas pela medicina que se convencionava como saber hegemônico sobre a saúde e a doença, foram acompanhadas pela construção de novas terapias realizadas através das drogas. O autor chama atenção para o fato de que não era das práticas médicas, nem de melhores teorias médicas que vinham tais inovações, mas da química:

Essa nova era foi aberta pela introdução, nas práticas médicas, de substâncias “puras” de origem mineral (como o iodo), vegetal (como a morfina) ou animal (como a insulina), produzidas em um campo de investigação tão afastado quanto possível dessas práticas, a saber, o da química de síntese (VARGAS, 2008, p.49)

Tais produtos foram introduzidos nas práticas terapêuticas ao longo do século, transformando radicalmente a capacidade de intervenção terapêutica da medicina.

Da maconha não foi possível isolar o princípio ativo, o que dificultou a transformação dos potenciais terapêuticos da planta em um fármaco de manipulação exclusiva de farmacêuticos e boticários. Além disso, a grande variedade de qualidades da planta implicava na igual variedade de potência e efeitos, mais conhecidos pelos povos colonizados do que pelos colonizadores (ESCOHOTADO, 1998, p.352). Tais aspectos contribuíram para que médicos e boticários preferissem as substâncias isoladas.

Nesse momento, as substâncias não eram normatizadas e as questões morais eram ainda circunscritas à cultura local. Vendia-se ópio no mesmo local onde se vendia alimentos (TORCATO, 2016, p.76), embora houvesse distinções arbitrárias que relacionavam os povos colonizados e seus hábitos a “maus hábitos”. Ao passo que se expandia o universo de medicamentos sintetizados disponíveis, crescia a rejeição a tradições culturais ligadas a processos de cura por meio do uso de plantas.

Rodrigues e Labate (2018) apontam como a conjunção de alguns fatores - como o moralismo, o racismo, as novas tecnologias de governo dos indivíduos e populações - possibilitou a transformação de substâncias psicoativas desregulamentadas em substâncias proibidas. A partir de uma perspectiva biopolítica, os autores compreendem o “problema das drogas” como um problema construído historicamente, fomentado por discursos de verdade forjados por determinados interesses e posicionamentos políticos, sociais e morais (RODRIGUES & LABATE, 2018, p.72).

A síntese da morfina (1805), da cocaína (1855) e da heroína (1874), por exemplo, aumentou a oferta de drogas a serem receitadas por médicos ou compradas sem muitas dificuldades para finalidades não apenas terapêuticas, mas também lúdicas. Junto com elas, o uso de bebidas com alto teor alcoólico (como o absinto) e de drogas há muito conhecidas, como o haxixe e o ópio, difundiu-se entre camadas intelectualizadas e grupos artísticos na Europa, Ásia e Américas. Acompanhando a disseminação dos hábitos de consumir psicoativos, a circulação cada vez mais numerosa de imigrantes entre continentes acentuou a associação entre preconceitos sociais, reação xenófoba e repúdio moral ao uso de psicoativos (RODRIGUES & LABATE, 2018, p.77).

Carneiro (2002) também realiza sua análise sob uma ótica biopolítica, e demonstra como o século XIX foi um período de escalada crescente da intervenção do Estado sobre os corpos, disciplinarizando-os, medicalizando-os e, por meio dos censos estatísticos, construindo políticas de estado que estavam de acordo com um modelo social e racial eugenista. Nesse contexto é construída a concepção de vício, primeiro utilizada em relação ao álcool e à embriaguez, e como entidade circunscrita a um modelo orgânico hereditário (CARNEIRO, 2002, p.5).

Labate e Rodrigues (2018) explicitam como o proibicionismo começa a se constituir na relação entre argumentos sanitários e princípios morais que vão sendo associados a alguns grupos e a alguns psicoativos, sinalizando a “seletividade na inclusão das drogas controladas” (p.83).

O proibicionismo despontou, em países como os EUA, o México e o Brasil, em movimentos *ascendentes*, da sociedade para o Estado, que clamavam por cuidados com a “raça” e com o “progresso” físico e moral, e *descendentes*, do Estado para a sociedade, na forma de táticas biopolíticas que passaram pela elaboração de políticas de medicina social, de controle de imigrantes, de vigilância sobre minorias étnicas e de reorganização dos centros urbanos. Na história da proibição das drogas, preocupações com a saúde, racismo e xenofobia nasceram, portanto, irmanados (LABATE & RODRIGUES, 2018, p.84).

No Brasil e nos Estados Unidos disseminava-se a percepção de que o Estado deveria investir em tentativas de evitar a “deterioração racial” causada por uma “degeneração hereditária”, baseada em concepções racistas de desenvolvimento humano. Tais políticas que recaíram inicialmente sobre os “bêbados” (a concepção de embriaguez como doença, data de 1804) e foram logo estendidas também aos “viciados” de forma geral. Como aponta Carneiro, o que o século XIX traz de novo não são as concepções de vício e embriaguez, mas a “conjunção de forças políticas, culturais e sociais que deu hegemonia a esses conceitos” (CARNEIRO, 2002, p.5).

Rodrigues e Labate (2018) destacam a presença de elementos semelhantes que influenciaram o México, onde a primeira lei contra a maconha foi promulgada em 1869, em um contexto no qual a prática de fumar suas flores era considerada “arcaica, pois vinculada a povos indígenas, além de degradante para o corpo e para a alma” (2018, p.81).

Os acontecimentos que associavam grupos específicos a usos de determinadas substâncias culminaram, ao final do século XIX, em uma campanha moral de aniquilação dos vícios que seria conduzida e inflamada por cristãos protestantes no Movimento pela Temperança nos Estados Unidos. Esse movimento abarcou comportamentos sociais tidos como “infecciosos” e associados à embriaguez, à homossexualidade e à loucura, e que poderiam, segundo essas concepções, serem transmitidos às gerações seguintes por meio da hereditariedade (CARNEIRO, 2002, p.4).

A associação entre uso de drogas e determinados grupos sociais foi bastante nítida nos Estados Unidos, e ocorreu ao passo que aumentavam a xenofobia e racismo contra imigrantes e minorias étnicas. No final deste século, haviam se espalhado agremiações

dedicadas a realizar campanhas contra a produção, venda e consumo do álcool, como *ProhibitionParty* (1869), *Woman's Christian Temperance Union* (1873) e a *Anti-Salloon League* (1893), “organizadas a partir de redes puritanas e igrejas protestantes de grande capilaridade por todo país” (RODRIGUES & LABATE, 2018, p.77).

A militância contra o álcool associada ao racismo e à xenofobia desdobrou-se na associação entre o uso de drogas e determinados povos, potencializando preconceitos e perseguições, difundindo “a percepção de que estrangeiros ou minorias trariam hábitos nocivos tanto do ponto de vista moral quanto da saúde física individual e coletiva” (RODRIGUES & LABATE, 2018, p.77). Constrói-se o arcabouço moral e político embrionários do proibicionismo:

A militância puritana contra o álcool se deu junto com o aumento da xenofobia e racismo contra imigrantes e minorias étnicas. A vinculação de alguns desses grupos com drogas específicas potencializou os já existentes preconceitos e perseguições. Os hispânicos foram vinculados ao uso de maconha, enquanto chineses o foram com o consumo de ópio, negros com o de cocaína e irlandeses e italianos com o álcool. Esses grupos sociais minoritários provocavam temor e ojeriza em parte da sociedade estadunidense majoritariamente branca e protestante. [...] Quando o elemento “droga” era adicionado a essa combinação de ódio e preconceito, esses grupos tornavam-se ainda mais “ameaçadores” (RODRIGUES & LABATE, 2018, p.77).

Compreendendo que o consumo sistemático de substâncias psicoativas faz parte do desenvolvimento das civilizações humanas, Mauricio Fiore (2006) delimita que, de forma geral, a literatura situa o último quarto do século XIX como o momento no qual o consumo dessas substâncias foi, progressivamente, sendo tornado importante para o Estado e foco de discussão política, jurídica, sanitária e moral. O autor identifica três conjuntos de substâncias e/ou plantas que foram tornadas principais alvos do paradigma proibicionista: papoula/ópio/heroína, coca/cocaína e cannabis/maconha. Cabe notar que dentre os três grupos, apenas a maconha é, a própria planta, considerada droga, enquanto as demais são plantas que dão origem a determinadas drogas por meio de processos químicos.

Igualmente relevante para a construção do proibicionismo tal qual conhecemos hoje foi a elaboração do conceito de *toxicomania*, central na construção das drogas como substâncias patologizantes e na repressão de seus usos (ADIALA, 2016). O termo cunhado em 1885 (CARNEIRO, 2018, p.404), fundamentou-se nas descrições clínicas produzidas nos 30 anos anteriores e que patologizavam o uso do álcool e da morfina (etilismo, morfínismo, eterismo e morfínomania). Sob o signo da toxicomania compreendia-se que determinadas substâncias causavam compulsividade pela repetição

do consumo, discurso direcionado nesse período ao uso de álcool, cocaína, heroína, morfina e ópio (ADIALA, 2016, p.91).

Essa foi a perspectiva compartilhada por diversas áreas do conhecimento na virada do século XIX para o século XX, incluindo a sociologia. Em seu livro “A história do proibicionismo” Henrique Carneiro (2018) dedicou todo um capítulo às teorias sociológicas do consumo de drogas e a forma como esse campo de saber se relacionou com a problemática ao longo dos dois últimos séculos. Nele o autor ressalta como o tema foi tratado a partir do paradigma proibicionista vigente, associado ao conceito de *anomia*, construído por Durkheim no final do século XIX, embora Durkheim não compreendesse o uso de substâncias por um viés determinista. Mesmo na área da sociologia da saúde os estudos acerca dos usos de drogas estiveram circunscritos à ideia de patologia e ao comportamento compulsivo (CARNEIRO, 2018, p. 404).

Tal abordagem pode ser associada ao fato de que a psiquiatria fora o “principal patrocinador” da sociologia médica nos Estados Unidos durante a primeira metade do século XX. Esse cenário começou a mudar influenciado pelas transformações nas perspectivas teóricas da sociologia americana, que passaram das macro para as microanálises nos anos 1950 e 1960, incluindo aqui os trabalhos de Erving Goffman e Howard Becker, ambos da segunda geração da Escola de Chicago, e durante a década de 1970 com a mudança de investimento da psiquiatria para as áreas da psicobiologia e psicofarmacologia (NUNES, 2009, p.181).

Mas o ponto de vista médico não era homogêneo em relação às drogas. Como demarca Adiala (2016, p.84), os interesses médicos nesse período estavam mais direcionados às possibilidades de usos terapêuticos das substâncias e aos riscos de intoxicação e envenenamento que as impedissem de serem utilizadas na clínica do que a questões morais. Não se quer dizer, com isso, que a discussão fosse desconhecida, mas que não havia grande expressão do tema nos artigos médicos da época. Nesse momento os discursos que tratavam sobre possíveis danos causados pelo consumo de substâncias inebriantes sustentavam-se mais em ideais morais racistas do que em discursos médicos. O que mudará ao longo do século seguinte, com a institucionalização da psiquiatria como área médica responsável hegemonicamente pelos discursos de verdade não apenas sobre o corpo, mas também sobre a mente e os comportamentos.

Em relação à maconha, no final do século, em 1894, a pedido da Coroa Britânica, uma comissão formada por médicos ingleses e indianos resultou em um informe acerca das drogas elaboradas com cânhamo (ESCOHOTADO, 1998; RUBIN, 1975). O

documento, intitulado *Indian Hemp Drugs Commission*, no final de suas mais de três mil páginas concluiu que doses moderadas da cannabis podem ter benefícios considerados medicinais. Em relação ao seu uso “popular”, os resultados apontavam que o uso moderado de seus derivados não produzia praticamente nenhum dano, ressalvando possíveis exceções nas quais o indivíduo tenha intolerância excepcional. O parecer da Comissão foi de que apenas o uso excessivo seria danoso, causando problemas pulmonares devido à inalação da fumaça. Sobre os possíveis efeitos mentais, o documento apontou que o uso moderado “não causa nenhuma lesão mental” e, no caso de uso excessivo, ocorre “uma instabilidade da mente”, podendo induzir à “demência” se houver predisposição hereditária. Por fim, em relação aos “efeitos morais desta droga”, o parecer foi de que “o uso moderado não produz nenhuma lesão moral de nenhuma espécie” e que não havia base adequada para supor que o uso excessivo “afete perigosamente o caráter de seu consumidor” (ESCOHOTADO, 1998, pp.354-355).

Tais questões são relevantes para compreendermos como uma substância de forma geral, e a maconha especificamente, pôde ser durante um mesmo período considerada medicamento, substância lúdica e hábito nocivo e degenerativo da moral. Igualmente nos dão algumas pistas sobre como questões como etnia e classe social influenciam a forma como sua relação com a maconha será tratada – se de forma medicinal, lúdica ou moralmente danosa, por exemplo. Também exemplifica como os discursos morais em torno da maconha não estabelecem necessariamente alguma conexão com o conhecimento médico científico disponível. Essas questões acompanham a problemática tratada por toda a tese, uma vez que, em geral, o atual debate político sobre cannabis para fins medicinais no Brasil permanece exclusivamente moral no que diz respeito aos argumentos que sustentam sua proibição.

2.5 A Cruzada Moral em torno da maconha ao longo do Século XX

“Tabaco, opiáceos, café, chá, chocolate, mate, coca-cola seduziam as populações mundiais. A indústria química e farmacêutica, especialmente na Alemanha, isolava e produzia princípios ativos de plantas. Nascia o grande século das drogas, o século XX” (CARNEIRO, 2002).

Ao analisar as transformações dos significados da palavra “droga” pesquisadores indicam que o termo provavelmente origina-se da palavra holandesa “*droog*”, utilizada nos séculos XVI ao XVIII para designar produtos secos, naturais, utilizados principalmente na alimentação, constituindo algumas das principais riquezas

encontradas no Oriente e na América (VARGAS, 2001). Especiarias como canela, pimenta, noz moscada, pau-brasil e o açúcar, foram considerados drogas no período, ocupando um importante papel histórico e econômico, tendo impulsionado as navegações e o nascimento do comércio intercontinental (CARNEIRO, 2005).

Na Europa Colonial não havia discernimento entre drogas e alimentos, sendo as primeiras compreendidas inclusive como maneiras de “adubar a alimentação” (CARNEIRO, 2005). O mesmo ocorria em outras culturas: de forma semelhante como um oriental pode tomar um chá com o intuito de cuidar da saúde ou como uma bebida agradável, “povos indígenas valorizam alguns alimentos tanto por suas qualidades medicinais como nutritivas” (BALICK & COX, 1997, p.71).

A boa saúde do corpo, a lisonjeira disposição dos sentidos, a prorrogação da duração da vida, a aproximação dos povos por meio do comércio para suprirem suas carências mútuas: tais são as virtudes exaltadas, que levaram europeus a buscarem em todo o globo as fontes mais ocultas das drogas quentes – que levaram o calor tropical para o norte (CARNEIRO, 2005, p.13).

Mas tais contatos e trocas não ocorreram de forma amoral. Sob o forte domínio da Igreja Católica, as navegações foram impulsionadas pelos lucros do comércio de drogas ao mesmo tempo em que produziram sanções, interdição ou estigmatização de plantas tidas como sagradas por povos nativos com a imposição violenta da cultura do colonizador (BOITEUX, 2006). Por meio da catequese compulsória e das definições do que era compreendido como requinte ou degradação social pelos colonizadores, as plantas e substâncias delas extraídas foram categorizadas em acordo com as moralidades cristãs, o que implica que as interpretações variavam também em relação à classe do indivíduo que as utilizava. Enquanto o uso de substâncias psicoativas realizado pelas classes baixas era considerado “desesperado, famélico, escapista”, nas classes altas ocorria “um consumo de especiarias que se confunde com a busca de remédios exóticos, cuja eficácia costuma ser medida pelo preço das substâncias empregadas na confecção da droga” (CARNEIRO, 1994, p.51).

Desde os séculos XVI e XVII, europeus construíram distinções entre as drogas e seus usos por determinados grupos sociais, sempre formulados e justificados por sistemas de crenças tradicionais, regulados pela aristocracia ou por sacerdotes, mas, até então, circunscritas à determinadas regiões ou grupos. Apenas no século XX algumas substâncias começaram a ser normatizadas como proibidas e as drogas foram tornadas um problema público com a construção de regulações que indicavam quais deveriam ser

proscritas, os meios para repressão a tais usos e as penalizações para essa nova categoria de crime e de criminoso.

Em 1912 a Conferência Internacional do Ópio, também conhecida como “Conferência de Haia”, na Holanda, determinou a classificação dos potenciais medicinais de substâncias psicoativas, categorizando-as como tendo ou não aplicação médica, como critério para defini-las entre legais ou ilegais. Como indica Fiore (2005), a conferência se tornou um marco no monopólio da medicina não apenas no exercício das práticas terapêuticas como no poder para defini-las. Com a hegemonia do saber médico sobre as drogas, sobrepõe-se o discurso acerca das drogas e o da saúde pública:

Esse critério impunha a criminalização de qualquer uso fora do escopo médico, indicando explicitamente uma preocupação com “abusos” e “prejuízos” com a saúde individual e coletiva e, implicitamente, revelando juízos morais que condenavam qualquer uso lúdico ou prazeroso associado a uma droga (RODRIGUES & LABATE, 2018, p.79).

Somam-se ao contexto no qual se desenvolveu o proibicionismo a difusão de medicamentos capazes de curar infecções graves. Segundo Devienne et al (2004, p.13), na primeira metade do século XX, com o sucesso dos compostos químicos os produtos de origem vegetal deram lugar aqueles produzidos de maneira totalmente sintética, ocasionando o desenvolvimento de pesquisas na indústria químico-farmacêutica. Porém os altos custos da produção de substâncias sintéticas, em contrapartida aos fitoterápicos (mais baratos e desenvolvidos em menos tempo), fizeram com que as plantas permanecessem sendo matéria prima para a produção de medicamentos farmacêuticos, mas por meio de processos industriais. Um exemplo são os opioides, que mesmo com o advento de suas versões sintéticas, a morfina utilizada pela medicina convencional é de origem natural até hoje.

Destaca-se, nesse sentido, o papel do desenvolvimento da medicina como saber hegemônico sobre a saúde e sobre o uso dos medicamentos, em detrimento dos usos tradicionais das plantas, concomitantemente ao desenvolvimento da indústria farmacêutica. No caso do Brasil, essa lógica incidiu contra outros saberes, deslegitimando e colocando na ilegalidade o trabalho de curandeiros, benzedeiras, rezadeiras e raizeiros (ADIALA, 2016).

Como foi dito anteriormente, a categoria de toxicomania se tornou um importante mecanismo de produção do imaginário social acerca da maconha. E foi “a partir da inclusão do uso da cannabis na categoria diagnóstica da toxicomania que as autoridades médicas, legais e policiais passaram a tratá-la como um problema social e uma ameaça à saúde da nação” (ADIALA, 2016, p.85). Apesar da primeira proibição em 1830 já ter

penalizado o uso da planta no Rio de Janeiro, essa regulamentação servia quase exclusivamente às áreas urbanas (MCRAE, 2000). No interior e nas regiões norte e nordeste do país tais hábitos permaneceram sem ser alvo de grande atenção do estado.

Embora o uso de morfina, ao qual se referiu primeiro o diagnóstico de toxicomania, não tenha se disseminado no Brasil, a substância e a nova doença eram conhecidas por médicos brasileiros. Rodrigues Dória (1958), médico sergipano, associou a toxicomania aos usos de maconha a partir de analogias entre a cannabis e o ópio, desempenhando um importante papel no processo de patologização dos usos de maconha, colaborando para a construção social da imagem de seus usuários como sujeitos perigosos.

Tendo sido deputado federal por Sergipe e, posteriormente, empossado presidente do estado, foi a partir de sua observação sobre os costumes dos sergipanos que Dória passou a interessar-se pela cannabis, até esse momento praticamente desconhecida da literatura médica brasileira (ADIALA, 2016). Dentre suas conclusões, Dória indicava como consequência do abuso da maconha:

(...) todas as funções nervosas se deprimem. Os inveterados e os insaciáveis no vício podem entrar em um estado de caquexia, que não permite viver muito tempo. Emagrecem rápida e consideravelmente, adquirem cor térrea amarela, dispepsia gastrointestinal, fisionomia triste e abatida, depressão de todas as funções, bronquites. Nesse estado quase sempre a morte sobrevém em pouco tempo, e diz o povo haver uma tísica da maconha, de forma aguda e rápida, exterminando a vida em dois ou três meses. Nesse estado de *maconhismo* crônico, o vício é imperioso, dominante e tirânico (DÓRIA, 1958, p.9).

Compartilhando de teorias racistas que defendiam a hereditariedade como fator relevante para o crime e para o vício, Rodrigues Dória apresentou, em 1915 no 2º Congresso Científico Pan-Americano ocorrido em Washington/USA, o artigo “Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício”. Posteriormente à publicação, o uso de maconha no Brasil passou a ser considerado uma patologia apropriada pela psiquiatria, principalmente por meio da equipe Hospital dos Alienados do Rio de Janeiro, capital da República.

Rodrigues Dória foi o primeiro “intelectual” a defender a tese de que o hábito de fumar maconha era estranho ao Brasil, tendo sido introduzido por africanos escravizados como vingança pelos séculos de maus tratos, criando o mito do “veneno africano” (ADIALA, 2016, p.99).

No mesmo ano em que Dória apresentou seu artigo no congresso em Washington, tecendo a associação entre maconha, vício e pessoas pretas, nos Estados Unidos foi

lançado o filme “O nascimento de uma nação”¹⁰, dirigido por David Griffith (1915), que retratou homens pretos (representados por atores brancos com rostos pintados) como seres animais, violentos, agressivos e sexualmente descontrolados quando próximos a mulheres brancas. O filme tem como contexto a guerra civil americana e, como argumento, defende que a nação americana “nasce” com a *KuKluxKlan*, movimento supremacista branco que defende violentamente a ideia de que uma suposta raça ariana, à qual julgam pertencer, é superior às demais. Segundo a narrativa do filme, os valores tradicionais da família americana sulista branca foram salvos pela *KuKluxKlan*, que espancou, amputou, assassinou e torturou homens pretos sob o argumento de serem estes os humanos violentos.

São muitas as conexões que podem ser traçadas entre o filme de Griffith e a publicação do artigo de Rodrigues Dória. Ao interesse dessa tese cabe ressaltar a presença de ideias eugenistas em ambas as produções, e a construção de pânico moral como mecanismo de coerção e convencimento de que determinados grupos de pessoas se constituem como ameaça às famílias brancas, à moral e, no limite, à realidade como se conhece. A lógica proibicionista que se estabelecia à época compartilhava, em ambos os países, o caráter racista a partir do qual se construía imaginários acerca das pessoas pretas e aos usos de maconha a elas associados.

O sociólogo sul-africano, Stanley Cohen, conceituou a ideia de pânico moral. No parágrafo de introdução de seu livro *Folk Devils and Moral Panics* (1972), o autor descreve:

Sociedades parecem estar sujeitas, vez ou outra, a períodos de pânico moral. Uma condição, episódio, pessoa ou grupo de pessoas emerge para serem definidas como uma ameaça aos valores e interesses sociais; sua natureza é apresentada de uma maneira estilizada e estereotipada pelos *mass media*; as barricadas morais são constituídas por editores, bispos, políticos e outros indivíduos que pensam à direita; *experts* socialmente reconhecidos proferem seus diagnósticos e soluções; formas de enfrentamento são desenvolvidas ou (mais frequentemente) a elas se recorre; a condição então desaparece, submerge ou se deteriora e torna-se mais visível. Às vezes, o objeto do pânico é novo e outras vezes é algo que existia há muito tempo, mas repentinamente ganha destaque. Às vezes o pânico passa e é esquecido, exceto no folclore e na memória coletiva; outras vezes, ele tem repercussões mais graves e duradouras e pode produzir mudanças tais como aquelas em política legal e social ou até mesmo na forma como a sociedade se compreende (COHEN, 1972, p.1, tradução minha).

David Garland (2019), ao discutir as definições de pânico moral, aciona algumas características já delimitadas por Goode e Ben Yehuda (1994): a preocupação com

¹⁰GRIFFITH, David Wark. *The Birth of a Nation*. [Film: 125 min.]. David W. Griffith, Corporation, 1915. No Brasil o filme é traduzido como “O nascimento de uma nação”.

determinadas condutas, hostilidade em relação a elas, aparente consenso em relação à reação social negativa e desproporcionalidade na representação da ameaça. E acrescenta duas outras dimensões identificadas por Cohen (1972), tidas por Garland como essenciais: a dimensão moral da reação social e a ideia de que a conduta desviante é sintomática e anuncia o prelúdio de outros males.

Juntos, estes dois elementos – a dimensão moral e a qualidade sintomática – são importantes porque apontam para a verdadeira natureza do distúrbio subjacente; sabidamente, a ansiosa preocupação por parte de certos atores sociais de que um estabelecido sistema de valores está sendo ameaçado (GARLAND, 2019, p.40).

Dessa forma, a ideia de que o consumo de drogas convencionadas como ilícitas gera graves consequências à sociedade, deteriora os laços sociais e ameaça a segurança da família e do Estado, somada à associação entre uso de determinadas substâncias e determinadas culturas e etnias, tem construído, desde o início do século XX, o arcabouço moral fundador e legitimador do proibicionismo. Assim se construiu a cruzada moral em torno das drogas, de maneira geral, e da maconha, substância central desta tese.

O discurso da preocupação com a saúde pública e as teorias eugênicas foram fundamentais para a promulgação de leis proibicionistas. Nos Estados Unidos, em 1914 foi aprovado o *Harrison Narcotic Act*, que introduziu a figura do “viciado” (*addict*) e do “traficante” (*drugdealer*), “considerando o primeiro uma pessoa doente, a ser tratada, e o segundo um criminoso, a ser combatido” (RODRIGUES & LABATE, 2018 p.79). Essa modificação legislativa concedeu aos médicos o monopólio sobre o uso legal (prescrito) de substâncias psicoativas (RODRIGUES, 2006).

Com o fim da Primeira Guerra Mundial, o estabelecimento do Tratado de Versalhes em 1919 e, com ele, a fundação da Liga das Nações, todos os países participantes do tratado passaram a ser signatários da Convenção Internacional do Ópio. Torcato (2016) argumenta que até o fim da guerra o puritanismo proibicionista americano não encontrava eco em grande parte dos países, tendo a Convenção de Haia sido assinada inicialmente por apenas oito dos países participantes. Dentre as causas da baixa adesão está o fato de que muitos países (como Turquia, Áustria-Hungria, Suíça, Peru, Bolívia, Portugal, Holanda, Japão, França, Rússia e Tailândia) tinham plantações de papoula ou coca em seus territórios ou em territórios por eles colonizados (TORCATO, 2016).

Com a adição do acordo oriundo da Convenção de Haia ao Tratado de Versalhes e assinatura de tal acordo pelos países signatários, se estabeleceu o controle internacional

das drogas para fins terapêuticos, marcando o início do processo de proibição internacional do comércio de determinadas substâncias, passando a questão a ser de domínio hegemônico da medicina, uma vez que esse saber/poder que passa a decidir sobre o potencial terapêutico ou não das substâncias avaliadas (ADIALA, 2016).

Como discorre Torcato (2016), em 1919 o Estados Unidos legalizou prerrogativas policiais para fiscalizar e controlar as terapias que usavam narcóticos e, nesse mesmo ano, promulgou a que ficou conhecida como “Lei Seca”, primeira legislação ocidental a proibir o uso de uma substância a nível nacional. Ambas as mudanças legislativas, assim como o *Harrison Act*, foram realizadas por emenda constitucional decidida pela Suprema Corte americana e não pelo poder legislativo. O autor chama atenção para o fato de a proibição do álcool não ter atuado apenas no intuito de criar uma regulação moral, estando intrinsecamente associada a uma reação da elite branca, rural e protestante americana

(...) contra os outros imigrantes que chegavam obtendo posições de destaque na sociedade, particularmente alemães (cerveja) e italianos (vinho). Esse grupo dominante, descendente dos primeiros colonos britânicos, se colocava como guardião dos valores tradicionais (TORCATO, 2016, p. 142).

Como apontou Escohotado (2008), a Lei Seca, tal como outras medidas proibicionistas, teve apoio da classe médica e apenas com prescrição era possível comprar bebidas alcólicas, concedendo à medicina o monopólio sobre tal prescrição.

Revogada em 1933, além de não ter alcançado seu objetivo, a Lei Seca criminalizou um conjunto de atividades econômicas e práticas sociais, criando categorias de criminosos. Fortaleceu as máfias que produziam bebidas alcólicas para o mercado ilegal e aumentou o aparato repressivo do estado (RODRIGUES & LABATE, 2018).

A revogação da Lei Seca, e seu aparente fracasso, não impediu o avanço do proibicionismo em relação às outras substâncias e o acirramento das leis federais contra a venda e a posse de opiáceos, cocaína e maconha (BOITEUX, 2006, p.52), e em 1930 foi fundada a Agência Federal de Narcóticos dos Estados Unidos.

No Brasil, desenvolvia-se um projeto modernizador conduzido pelo movimento higienista (SCHWARCZ, 1993) e as ideias eugenistas ganhavam força e associavam o “vício” à degradação moral e social. França (2014), ao tratar sobre a construção dos usos de maconha enquanto problema social, realizou um levantamento sobre a construção de uma tipologia dos usos de maconha por diversos psiquiatras durante a primeira metade do século XX. Engajados em permitir às autoridades (como policiais,

médicos e psiquiatras) e aos “cidadãos de bem” reconhecer um “diambista” ou “maconhista”, esses psiquiatras valeram-se de depoimentos de amigos, relatos de terceiros e observações pouco sistemáticas para determinar as características que afirmavam ser consequências dos usos de maconha: preguiça, vadiagem, delinquência, criminalidade, perturbações psíquicas, degeneração mental e loucura. Esse processo resultou na convenção sobre a imagem do diambista como preguiçoso, louco e criminoso. Essa tipologia vinha sendo utilizada desde finais do século XIX, porém nesse período tomou proporções nacionais (não se restringindo às cidades) e internacionais (com a expansão da lógica proibicionista).

Adiala (2016) ressaltou como o conceito de toxicomania reuniu o uso de diferentes substâncias sob a categoria de vício, traçando um aspecto comum a todas elas: “a necessidade impulsiva da repetição de seu consumo” (p.91).

Essa especial constituição psicopática caracterizaria um tipo particular de degeneração, conceito que evidenciava aspectos constitucionais de determinados tipos raciais, naturalmente condenados à loucura e ao crime (ADIALA, 2016, p.91).

Como nos mostra o autor, essa definição de toxicomania forjou uma relação supostamente intrínseca entre origem social e uso de drogas.

Em 1924, Jarbas Pernambuco Filho, dono de uma clínica privada no Rio de Janeiro (TORCATO, 2016) e delegado brasileiro na II Conferência Internacional do Ópio, realizada em Genebra pela Liga das Nações, defendeu a inclusão da cannabis na discussão, argumentando ser ela “mais perigosa que o ópio” (MCRAE, 2016, p.31). A princípio a Convenção trataria apenas sobre o ópio e a coca, mas passou a incluir a cannabis dentre as substâncias proibidas, com apoio dos representantes brasileiros (ADIALA, 2016).

Em 1930 foi publicada no Rio de Janeiro uma matéria no Jornal *O Globo* sobre supostos danos da maconha (ADIALA, 2016), intitulada “Veneno africano”¹¹. A matéria contribuía para a construção do imaginário popular sobre a planta “diabólica”, seus usos e seus usuários:

¹¹ Acervo O Globo, acessado em 01/07/2020 <https://acervo.oglobo.globo.com/em-destaque/pito-do-pango-na-decada-de-30-maconha-era-vendida-em-herbanarios-do-rio-13352181>

Figura 5 Publicação do Jornal “O Globo” anuncia, em tom dramático, as últimas “descobertas” sobre a maconha



Fonte: Acervo do jornal *O Globo*.

Como nos informa Saad (2013), a relação entre questões raciais, uso de drogas e criminalidade foi legitimada pelo saber médico, reforçando o caráter médico-jurídico dos discursos proibicionistas:

Os cânones da medicina legal, especialidade que unifica o conhecimento das áreas médicas e jurídicas, mostravam que uma nação com tanta influência negra estaria fadada ao fracasso caso não fossem tomadas as devidas providências. Através da ciência, buscava-se legitimar o poder do homem branco e promover a manutenção da hierarquia social. A superioridade de uns sobre os outros foi previamente determinada e a medicina oficial, através de seus métodos, dava o seu aval (SAAD, 2013, p.13).

Em 1932 a maconha passou a ser classificada como substâncias proscrita no Brasil. Como aponta McRae (2016) e Rodrigues e Labate (2018), isso reforça a ideia de que as políticas proibicionistas não foram apenas importadas. Em 1937 o Estados Unidos também criminalizou a posse de maconha, por meio do *Marihuana Tax Act*, que estabeleceu controle sobre a venda da planta e tornou sua posse crime federal.

Com isso, a *cannabis sativa* foi submetida a controle por parte do estado norte americano, tendo sido prevista pena de dois a dez anos de prisão na primeira infração, de cinco a dez anos numa segunda, e inacreditáveis dez a quarenta anos na terceira vez. Além disso, o governo americano iniciou uma agressiva campanha publicitária sobre os efeitos deletérios do consumo da erva, assim como publicações incentivadas pelo governo descreviam e alertavam para os temíveis e perigosos efeitos dessa droga (BOITEUX, 2006, p.52)

Em decorrência do fim da Liga das Nações e da Segunda Guerra Mundial, as discussões internacionais acerca do comércio de drogas foram suspensas, sendo retomadas na década de 1950, após a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945. Cabe ressaltar a alteração no regime de proibição das drogas durante o período de guerra uma vez que, nesse contexto, a produção de psicoativos como os opiáceos (matéria prima para os analgésicos) passou a ser considerado um tema de segurança pública (RODRIGUES & LABATE, 2018).

Tendo herdado muitos princípios e normas da Liga das Nações, incluindo o objetivo de implementar um regime proibicionista, em 1961 ocorreu a Convenção Única de Entorpecentes, organizada pela ONU sob a direção dos Estados Unidos. A Convenção foi um marco sobre a regulação e proibição de drogas psicoativas a nível mundial, tendo sido responsável por implementar globalmente o paradigma proibicionista em vigor, por meio do modelo que distingue as substâncias em listas de permitidas e proibidas, supostamente de acordo com os potenciais de abuso ou medicinais. Dessa maneira se consolidou o modelo médico-jurídico sobre as drogas utilizado até os dias atuais.

Boiteux (2006) descreveu o modelo proibicionista de controle de drogas a partir de dois fundamentos básicos: o fundamento jurídico-moral e o sanitário-social, que partem da premissa de que a interdição das drogas convencionadas como ilícitas acarretará a supressão de seus usos. Esse modelo político é caracterizado “pelo controle da oferta, produção e do consumo”, buscando “dissuadir o uso de determinadas substâncias através da coação e da ameaça de punição, em especial com pena de prisão, tendo como objetivo alcançar o ideal de abstinência” (BOITEUX, 2006, pp.45-46), apesar de não haver qualquer base empírica de que esse modelo resulte em mudanças de hábitos que ocasionem a diminuição do consumo dessas substâncias, como salientou a pesquisadora.

Mauricio Fiore (2018) explica o paradigma proibicionista a partir de dois pressupostos:

- i) o uso de determinadas substâncias é intrinsecamente danoso para o indivíduo e para a sociedade e, portanto, o Estado tem mandato jurídico para impedi-lo; e ii) estabelecido o impedimento jurídico do consumo, a melhor forma de evitá-lo é perseguir criminalmente produtores, distribuidores e, sob algumas especificidades, consumidores dessas substâncias. (p.47)

Essas ideias deram às substâncias uma representação de sujeitos, que se tornariam o “inimigo número um” no final deste século, e protagonistas da “Guerra às Drogas”. Em contrapartida, atribuiu aos seres humanos que delas fazem uso a condição de objetos - da psiquiatria, da polícia e do Estado.

Beatriz Labate e Thiago Rodrigues (2018) compreendem o proibicionismo como um conjunto de táticas de governo das populações que emergiu nas Américas na virada do século XIX para o XX, não como um processo unitário, mas como uma *lógica proibicionista* (p.75). Os autores optam por seguir as sugestões de Michel Foucault e “‘problematizar’ a proibição das drogas psicoativas e a ‘guerra’ lançada contra elas” a

fim de “compreender como alguma prática se transforma ou é produzida como um problema” (RODRIGUES & LABATE, 2018, p.71).

Desse modo, a perspectiva histórico-política indicada por Foucault e que nos orienta visa mostrar como os discursos e “verdades sobre as coisas” são produzidos a partir de diferentes posicionamentos, interesses e posturas políticas, sociais e morais. Logo, as “drogas” não são um problema em si, mas um “problema” construído historicamente e que encontra manifestações locais dessa história que precisam ser contadas e analisadas (2018, p.72).

Henrique Carneiro (2018) destaca como o viés induzido pela “condição política e jurídica de certas substâncias” também influenciou a produção científica de outras áreas do conhecimento nesse período.

As drogas da “toxicomania” definidas por convenções internacionais, a partir de 1912, foram, assim, relacionadas com a sociologia do crime, do desvio e da marginalidade. O conceito médico de epidemiologia foi adaptado para se referir a supostos crescimentos de padrões de consumo de tipo problemático, adotando métodos quantitativos para se tentar definir comportamentos subjetivos, muitas vezes com um viés de pânico moral, no qual fenômenos complexos são reduzidos unilateralmente a uma influência onipotente do fármaco, cujo simples contato levaria a uma inevitável utilização compulsiva, especialmente a partir do segundo pós-guerra, identificado como o momento de excelência de uma “grande epidemia” (CARNEIRO, 2018, p.405).

Em decorrência da Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, foi instaurado no Brasil durante o governo militar um grupo de trabalho para elaborar a lei sobre o tema. Em 1968, o Decreto-Lei 385/68 alterou o Código Penal equiparando o uso de drogas ao crime de tráfico, indicando a mesma sanção a ambos. Antes disso o usuário era considerado doente, e não criminoso (MCRAE, 2016). Em 1976 foi promulgada a Lei 6.368, que ficou conhecida como Lei de Tóxicos que, entre outras coisas, distinguiu os crimes de tráfico e de uso de drogas.

Segundo Maurício Fiore,

A Lei de Tóxicos é, no jargão jurídico, uma ‘norma penal em branco’, ou seja, uma lei cuja regulamentação é de responsabilidade de órgãos competentes. Nesse caso, a decisão sobre quais substâncias deveriam ser proibidas ou controladas ficava a cargo do Ministério da Saúde (p.31).

Desde então, tal regulamentação permanece sendo competência do Ministério da Saúde, atualmente sob responsabilidade da ANVISA, autarquia vinculada a tal Ministério. Embora, como ressalta o autor, a agência não possua autonomia para regulamentar substâncias proscritas por essas convenções.

Rodrigues e Labate (2018) ressaltam que o desenvolvimento e acirramento das leis proibicionistas nacionais coincidiu com o aumento (e não a diminuição) da produção e do tráfico internacional de drogas. Em 1971, quando o então presidente dos

Estados Unidos Richard Nixon lançou a chamada “Guerra às Drogas”, indicando que “as drogas” eram inimigas do país,

Produziu-se um poderoso discurso que dividiu o mundo em duas categorias estanques de países: os produtores e os consumidores. Esse discurso sugeria que grupos estrangeiros introduziriam “venenos” do corpo e da alma para corromper a sociedade estadunidense. Com isso, Nixon reforçava estereótipos presentes desde as origens do proibicionismo, como o preconceito contra imigrantes, a avaliação de que os psicoativos são necessariamente corruptores da saúde física e moral e de que sua comercialização e uso provocavam problemas de segurança pública, como violência de gangues e contestação comportamental (RODRIGUES & LABATE, 2018, p.89).

Na mesma década foi promulgada no Brasil a Lei 6.368, denominada por “Lei de Tóxicos”, durante o governo militar de Ernesto Geisel, em 1976. Essa foi a lei sobre drogas vigente até o ano de 2006, com algumas modificações. Portanto, se justifica um olhar mais detido sobre ela.

Como sinaliza Boiteux (2016), a lei de Tóxicos tem um enfoque repressivo, cuja finalidade foi “combater as drogas com forte apelo eugênico-moralista” (p.366). Essa lei distinguiu as categorias de usuário e traficante (modificando a concepção anterior que equiparava ambos), considerando ambas as atividades como criminosas, mas sujeitas a penalizações distintas: o crime de posse de drogas (Artigo 16), sujeito à reclusão de 6 meses a dois anos; e o crime de tráfico de drogas (Artigo 12), com pena de reclusão de 3 a 15 anos.

O usuário era novamente considerado doente sendo seu “tratamento” obrigatório, estando prevista a internação compulsória. Apesar dessa distinção legal, não se estabeleceu critérios objetivos para embasar tal diferenciação, que é delimitada pelo intuito (de usar ou vender) do portador da substância. Como aponta a Boiteux (2016), essa lei construiu novos estereótipos para o traficante de drogas, estigmatizando-o como “inimigo interno”, e demarca o período no qual o direito penal se consolidou como a principal estratégia para lidar com as questões relacionadas às substâncias de uso convencionalizado como ilícito.

A autora nos informa ainda que, mesmo após a redemocratização e a promulgação da Constituição de 1988, o Brasil permaneceu com uma política de drogas de caráter repressivo, com o agravamento da inclusão do crime de tráfico no rol de crimes hediondos, categoria criada pela Constituição e que abrange crimes como extorsão seguida de sequestro e estupro. Em decorrência dessa categorização, foram proibidas a progressão de pena, pagamento de fiança, anistia e o indulto para pessoas condenadas como traficantes.

Com nova roupagem, a velha “ideologia da segurança nacional” que marcou a ditadura, apresenta-se após 1988, como “ideologia da segurança urbana”, com o reforço do controle social sobre as classes mais baixas, sendo o delito de tráfico de drogas um dos instrumentos mais utilizados para ampliar o controle sobre a população mais vulnerável. Por isso, [...] entendemos que, com a redemocratização, houve a (re)adequação da lógica bélica ao discurso sobre ações interventivas punitivas, tais como a criminalização dos delitos hediondos, sendo reformulada a política criminal: ao inimigo interno político (subversivo) foi acrescido o inimigo interno político-criminal (traficante), ou seja, o sistema repressivo originário do regime militar se manteve no período pós-transição democrática sem grandes modificações” (BOITEUX, 2016, p.368).

Apesar da justificativa oficial da Convenção da ONU de 1961 para a criminalização das drogas argumentar uma relação entre potenciais de abuso e de efeitos medicinais e a licitude ou não de cada substância, Henrique Carneiro (2018) afirma que as evidências científicas demonstram não ser esse o critério utilizado para classificá-las. O autor evidencia como no final do século XX, o mesmo que iniciou com a Lei Seca nos Estados Unidos, a propaganda de bebidas alcóolicas e de tabaco era transmitida diariamente em diversos meios de comunicação, ainda que fosse sabido que o consumo dessas substâncias é danoso à saúde. Além disso, Carneiro aponta que, dentre as indústrias que mais cresceram em nossa época, estão aquelas que produzem drogas para uso recreativo: em 2014 a maior empresa brasileira era a produtora de bebidas alcóolicas AMBEV, e o Brasil era o maior exportador de tabaco do mundo (CARNEIRO, 2018).

(...) somos todos drogados, mas se define pouco explicitamente a natureza comum de se tomar remédios psicoativos, bebidas alcóolicas, tabaco, café e substâncias ilícitas, separadas por cargas simbólicas altamente significativas decorrentes de seus diferentes regimes de normatização (CARNEIRO, 2018, p.18).

Nesse sentido, Boiteux (2006) argumentou que em termos normativo, o que categoriza as “drogas” entre lícitas ou ilícitas é uma decisão política baseada em um tipo específico de moral: a abstinência. “É o julgamento de valor sobre a substância que promove alterações no sistema nervoso que determinará se acerca dela será construída uma norma proibitiva ou não” (BOITEUX, 2006, p.17).

A atual política de controle das drogas, portanto, tem em sua origem aspectos religiosos, econômicos e sociais, muito embora na atualidade seja mais perceptível o discurso oficial médico. Não há como se deixar de analisar o quadro dentro de um contexto mais amplo, que leva, na atualidade, à coexistência de drogas proibidas, de consumo semiclandestino, por um lado, e de substâncias “terapêuticas” legais, fabricadas pelas grandes indústrias multinacionais, cuja diferenciação é feita por critérios político-legislativos e sofre a influência de “atitudes sociais que determinam quais drogas são admissíveis e atribuem qualidades éticas aos produtos químicos” (BOITEUX, 2006, p.32).

Portanto, é possível compreendermos a cruzada moral em torno da maconha (e das drogas em geral) como uma disputa política ancorada em moralidades que perpassam as legislações, as políticas públicas e a própria produção científica, pois, como aponta Vera Rubin, “controvérsias científicas às vezes refletem os valores gerados pelas campanhas anti-maconha do passado recente” (RUBIN, 1975, p.7).

2.6 O retorno às pesquisas no contexto proibicionista

Ainda com as dificuldades e em decorrência das barreiras construídas pelo proibicionismo, a partir da década de 1960 Raphael Mechoulam em Israel, e a partir da década de 1970, Elisaldo Carlini, no Brasil, iniciaram suas pesquisas sobre os usos medicinais da maconha

Exemplos dos atravessamentos morais em relação à produção científica podem ser percebidos no documentário “The Scientist”¹², no qual Raphael Mechoulam, químico Búlgaro radicado em Israel, conta a história do desenvolvimento de suas pesquisas com maconha no país. Ele e sua equipe foram os responsáveis por identificar e isolar os principais compostos conhecidos da maconha, o CBD e o THC, em 1964, e, na década de 1980, por descobrirem que o corpo humano produz uma substância análoga aos canabinoides produzidos pela planta, que passaram a ser chamados de “fitocannabinoides”. Os análogos produzidos no corpo humano foram chamados de “endocannabinoides”. Posteriormente, ao investigar por que o corpo humano produzia uma substância análoga à da planta, a equipe de pesquisadores descobriu o que denominou de “Sistema Endocanabinoide”, sistema presente nos corpos de todos os mamíferos e responsável por diversas funções no organismo humano relacionadas ao apetite, humor, dor, sistema imunológico, entre outros.

Em parceria com cientistas de outros laboratórios e instituições de pesquisa, entre eles Elisaldo Carlini, médico, pesquisador e professor da Universidade Federal de São Paulo, foi realizado um experimento¹³ com 10 crianças diagnosticadas com epilepsia que não encontraram melhoras no uso de drogas médicas experimentadas. Os pesquisadores administraram doses de canabidiol isolado do haxixe que recebiam das

¹² O filme foi produzido pela fundação espanhola CANNA em 2015, e está disponível gratuitamente no YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=SlI1k5LPTBA&t=2s&ab_channel=FundacionCANNA

¹³ O experimento foi narrado no documentário referenciado (The Scientist, 2015) e publicado em revista científica: CUNHA, Jomar M. et al. Chronic administration of cannabidiol to healthy volunteers and epileptic patients. *Pharmacology*, v. 21, n. 3, p. 175-185, 1980.

apreensões policiais. O resultado encontrado foi que os pacientes não tinham convulsões enquanto estavam tomando a substância.

Em 1995, Mechoulam teve a ideia de testar doses de THC isolado em crianças com câncer, uma vez que já era sabido que a maconha poderia diminuir os efeitos de drogas “anticâncer”, como vontade de vomitar e náuseas. Junto com a professora Aya Avramov, chefe do departamento de oncologia pediátrica em um dos hospitais de Jerusalém, foi realizado um estudo com gotas de THC diluído em azeite, administrado sob a língua das crianças duas ou três vezes ao dia durante o tratamento anticâncer.

Mechoulam narrou no documentário referenciado que inicialmente desejavam fazer um estudo “duplo cego”, no qual algumas crianças tomariam óleo com THC e outras apenas óleo vegetal, a fim de possibilitar a comparação entre os resultados. Porém, uma semana após o início dos estudos a pesquisadora responsável por administrar as doses para as crianças informou a Mechoulam que não continuaria com o estudo duplo cego, pois percebia exatamente quais crianças estavam tomando o THC e quais não, pois as crianças que não o tomavam vomitavam com frequência. Com a decisão da professora, o estudo seguiu de maneira aberta, com todas as crianças recebendo o óleo com THC sob a língua cerca de 400 vezes e, como conta Mechoulam,

Ao final vimos que tínhamos um bloqueio, bloqueamos por completo os vômitos e as náuseas, com uma pequena quantidade de THC que não causou qualquer atividade psíquica, nada. Então aqui tínhamos um efeito terapêutico completo e nós publicamos isso e, de novo, essencialmente nada aconteceu. Finito. Foi isso. E ainda não está sendo usado em crianças (THE SCIENTIST, 2015 - trecho da fala de Mechoulam)

O documentário apresenta ainda outros experimentos que indicam efeitos medicinais da maconha para o tratamento de diversas patologias, mas, apesar dos estudos publicados, os potenciais terapêuticos da planta permaneceram até o final do século XX sendo apenas sugeridos, sem pesquisas clínicas que validassem seus usos medicinais do ponto de vista científico.

Trabalhos com ratos foram feitos em tantas áreas que eu normalmente brinco que, se eu fosse um rato, eu poderia ser tratado de qualquer doença que existe com cannabis. [...] Obviamente, os ratos podem ser tratados com canabinoides para o câncer. Ratos podem ser tratados para diversas doenças com cannabis que, em seres humanos, a resposta é “ainda não foi testado” (THE SCIENTIST, 2015 - trecho da fala de Mechoulam em 51’30).

Elisaldo Carlini, no intuito de divulgar e avançar nos estudos realizados sobre cannabis, assim como objetivando incentivar a regulamentação de seus usos medicinais no Brasil, organizou os “Simpósios Internacionais da Cannabis Medicinal”, realizados na cidade de São Paulo, tendo ocorrido sua primeira edição em 1995, intitulada

“Tetrahydrocannabinol como Medicamento”. De acordo com os boletins publicados por Carlini¹⁴ sobre o evento, nesta primeira edição discutiu-se a possibilidade de introduzir o uso terapêutico do THC para tratar enjoos e náuseas de pessoas com câncer no Brasil. Segundo o médico e pesquisador, os médicos presentes se posicionaram contra, incluindo o representante da Sociedade Brasileira de Oncologia (CARLINI, 2020).

As edições seguintes, ocorridas em 2004 e 2010, intuíram neutralizar a ideia de que a maconha é uma “droga particularmente perigosa”, podendo ser comparada à heroína, reconhecendo a participação de médicos brasileiros na construção desse “mito”; e propôs criação de uma Agência Nacional de Cannabis Medicinal ligada ao Ministério da Saúde, respectivamente. Essa tentativa de pressionar o governo brasileiro está em acordo com as diretrizes publicadas pela ONU (por meio do *The International Narcotics Control Board*) que indicam a necessidade da implementação de uma agência governamental que viabilize e fiscalize os usos medicinais de maconha em países que pretendem regulamentá-la como tratamento médico (CARLINI, 2020).

Na ocasião do “V Simpósio Internacional da Cannabis: outros saberes”, em 2017, o professor Elisaldo Carlini, aos 87 anos de idade, foi questionado pela polícia civil por suposta apologia ao crime. O caso foi retratado nos jornais¹⁵, tendo sido repudiado por instituições como a FIOCRUZ¹⁶ e a UNIFESP¹⁷. Esse caso evidencia como as questões morais relacionadas ao proibicionismo atravessam e criam barreiras às pesquisas e aos debates sobre usos de maconha, ainda que nos termos da lei essas atividades não sejam proibidas.

Apesar das importantes descobertas de Mechoulam e Carlini, e do esforço do médico brasileiro em divulgar os potenciais benefícios dos usos medicinais de maconha, o tema ganhou destaque nas grandes mídias apenas a partir de 2014, com a divulgação do caso da menina Charlotte Figi¹⁸, uma criança estadunidense diagnosticada com Síndrome de Dravet, que havia diminuído o número de crises convulsivas com a

¹⁴Os boletins referentes às cinco edições foram escritos por Carlini e compilados na publicação “Introdução ao associativismo canábico”, organizada por Rafael Zanotto e publicada Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas (PBPD) em 2020. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Introduc%CC%A7a%CC%83o-ao-Associativismo-Cana%CC%81bico-2.pdf>

¹⁵ <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/e-uma-ofensa-a-ciencia-diz-psiiquiatra-especialista-em-drogas-intimado-a-depor-por-apologia-ao-crime.ghtml>

¹⁶ <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/e-uma-ofensa-a-ciencia-diz-psiiquiatra-especialista-em-drogas-intimado-a-depor-por-apologia-ao-crime.ghtml>

¹⁷ <https://farmacia.ufg.br/n/104181-nota-da-reitoria-da-unifesp-sobre-prof-elisaldo-carlini>

¹⁸ O jornal “O Globo” também noticiou a história de Charlotte em 2014, podendo ser acessada no link: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/02/uso-de-maconha-contr-convulsoes-em-criancas-preocupa-medicos.html>

administração do medicamento artesanal, feito com uma variedade de maconha com baixa concentração de THC, posteriormente intitulada como *Charlotte Web*, em homenagem à menina. Como noticiou o jornal *El País*, 2 de maio de 2014:

Charlotte costumava ter até 300 episódios de convulsões por semana, e em várias ocasiões o seu coração chegou a parar; desde que começou a tomar duas doses diárias de extrato de cannabis misturado a azeite por via oral, os ataques passaram a ocorrer apenas uma ou duas vezes por mês¹⁹.

A divulgação dos resultados do tratamento de Charlotte por sua família teve repercussão em diversos países, tornando-se destaque em jornais de grande circulação no início de 2014²⁰, tendo sido mencionada ao longo das entrevistas e do trabalho de campo como primeira informação sobre benefícios da planta no tratamento de doenças raras por diversas famílias que, posteriormente, se tornariam ativistas.

A construção do problema público em torno do acesso à maconha para fins medicinais e a produção dos conhecimentos que embasam tais usos serão tratados nos capítulos seguintes.

¹⁹ Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2014/05/03/sociedad/1399072949_777548.html

²⁰ Tendo sido noticiado em jornais como o The Guardian (<https://www.theguardian.com/society/2014/jun/25/charlottes-web-medical-marijuana-children>), The New York Times (<https://www.thetimes.co.uk/article/our-daughter-the-cannabis-user-m783zj3vp05>), Jornal O Globo (<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/02/uso-de-maconha-contr-convulsoes-em-criancas-preocupa-medicos.html>).

CAPÍTULO III

REDES CANÁBICAS NO ÂMBITO DA SAÚDE: O CASO BRASILEIRO

3.1 A legislação vigente sobre drogas no Brasil

O Código Penal Brasileiro considera como “drogas” substâncias ou produtos capazes de causar dependência, especificados em listas emitidas pela ANVISA, que as classifica entre lícitas, ilícitas ou sujeitas a controle especial. Dentre as substâncias classificadas como ilícitas encontra-se a maconha, catalogada pela agência na lista de plantas proscritas (proibidas por originarem substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas). De acordo com o Art. 2º da Lei 11.343/2006,

Ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar.

De acordo com a lei, os crimes relacionados às drogas consideradas ilícitas têm previsões de encarceramento que variam de 1 ano (oferecer a droga sem objetivo de lucro) a 15 anos de prisão (importar, exportar, produzir, adquirir, vender, transportar, prescrever ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente). Apenas a União pode autorizar a cultura e a colheita de maconha exclusivamente para fins medicinais ou científicos devendo o cultivo estar de acordo com as normas da agência reguladora, no caso, a ANVISA.

Se por um lado o cultivo de cannabis para uso medicinal ou científico é previsto em lei, ocorre que essa mesma legislação determina que tal cultivo esteja de acordo com as normas previstas para autorizações que, até o momento, são inexistentes. Nestes termos, o cultivo de maconha para fins medicinais não é considerado crime legalmente, mas não existe uma regulamentação que o assegure.

Luciana Boiteux (2016) apontou que à época da promulgação da Lei 11.343, de 2006, o principal destaque foi o artigo 28, que despenalizou a posse para uso pessoal das substâncias convencionadas como ilícitas, prevendo penas alternativas. Cabe explicar que despenalização não é o mesmo que descriminalização, como argumenta a autora:

“Despenalização” significa uma opção de política criminal que exclui ou reduz a possibilidade de aplicação de pena de prisão, mantendo o fato como crime no Direito Penal, enquanto que a “descriminalização” implica em retirar a conduta do rol dos delitos, podendo, no entanto, manter tal conduta como ilícito de outra natureza, por exemplo, administrativa (BOITEUX, 2016, p.368).

O 1º parágrafo do artigo 28 explicita ainda que as mesmas medidas, relacionadas à despenalização da posse para uso pessoal, devem ser aplicadas àqueles que cultivem a planta para a obtenção de pequenas quantidades para consumo. Nesse sentido, o que delimita se o ato de portar ou cultivar maconha deve ser considerado crime de tráfico ou posse para consumo próprio é o intuito de quem a porta e a finalidade para a qual se destina, não tendo na lei identificação do que pode ser considerado ou não como “pequena quantidade” em juízo. Outra importante mudança apontada por Boiteux (2016) foi a rejeição à pena de tratamento obrigatório, imposta em 1976 sob a justificativa do “perigo social da droga”, considerando o usuário como dependente químico e determinando a internação hospitalar obrigatória quando constatado um “quadro clínico” que “assim o exigirem”¹.

Cabe ressaltar que, embora tenha despenalizado usuários, essa lei aumentou a pena mínima por tráfico de drogas de três para cinco anos de prisão, vedando com essa mudança a substituição da pena de prisão por penas alternativas, mesmo que o acusado seja réu primário, com bons antecedentes e sem envolvimento com o crime organizado (BOITEUX, 2016, p.370). Como ressaltou a autora, nem todas essas mudanças estavam previstas no projeto de lei inicialmente elaborado, como o aumento da pena mínima, mas foram incluídos devido à pressão política dos setores conservadores do governo e grupos conservadores evangélicos. Posteriormente, em 2012, o STF definiu como inconstitucional o impedimento da aplicação da substituição de pena de reclusão por penas alternativas a pessoas condenadas por tráfico de drogas.

É relevante acionar ainda o que aponta Maria Lucia Karam (2008) em relação à desproporcionalidade das penas relacionadas à criminalização do sujeito que compartilha determinada droga com outra pessoa, ainda que sem o objetivo de lucro. Mesmo que tal ação não envolva qualquer forma de pagamento, o compartilhamento de substâncias tidas como ilícitas é considerado tráfico pela lei. A autora define como “esdrúxula” a equiparação de ambas as ações como tráfico de drogas, uma vez que tráfico está associado ao lucro, como qualquer atividade econômica ou comercial.

¹A internação involuntária foi incluída novamente na legislação por meio das alterações realizadas pela Lei 13.840/2019, promulgada durante o governo Bolsonaro.

Destaco esse apontamento sobre a lei de drogas brasileira por tratar-se de uma concepção que pode se relacionar a muitos dos casos de pessoas que participaram da pesquisa, que é o compartilhamento de drogas sem fins lucrativos. É comum entre usuários medicinais, seus familiares e cultivadores a circulação de óleos de maconha, com o qual fazem seus tratamentos, como já foi dito. Igualmente corriqueiro nesses grupos é o compartilhamento de sementes, de flores de maconha (que é a matéria prima do óleo, e a parte da planta que se fuma) e de mudas da planta, que são objetos de doação a novos cultivadores e cultivadoras medicinais.

Em relação à desproporcionalidade das penas, Boiteux e Pádua (2012) analisam toda a estrutura da lei de drogas brasileira como desproporcional em relação às penalizações de outras condutas consideradas criminosas e que causam danos mais graves à sociedade, mas tem penas menores, como estupro e homicídio.

Mais do que qualquer outra lei penal, a Lei de Drogas é seletiva, estigmatizante, ambígua e autoritária. Ela atinge especialmente pessoas já pobres e vulneráveis e aplica a estas pessoas penas mais graves do que aquelas aplicadas a estupradores, corruptos e, em alguns casos, até homicidas (BOITEUX & PÁDUA, 2012, p.23)

Nesse sentido, é importante sinalizar que, apesar dos grupos de usuários e mães de crianças com doenças raras que utilizam os óleos de maconha ser bastante heterogêneo, aqueles que passam a aparecer nas grandes mídias a partir de 2014 são majoritariamente pessoas brancas de classes médias e altas urbanas. Dentre as explicações para esse traço hegemônico está o racismo, que impõe inúmeros riscos a pessoas negras, frequentemente discriminadas pela polícia e pelo Estado, mais incriminadas por tráfico que brancos, mais abordadas pela polícia e mais assassinadas (ADORNO, 1996; BARROS, 2008; VIANNA e NEVES, 2011; CARVALHO, 2016; TRAD et al, 2016; CERQUEIRA, 2017; DUARTE e SILVA, 2019; ANUNCIAÇÃO et al, 2020)². Portanto, com mais barreiras para tornar pública suas relações ilegais com a maconha em relação às pessoas brancas.

Outra questão relevante é o local de moradia, que também deve ser considerado uma variável tanto no sentido do medo da família em ser denunciada como traficante como num possível julgamento, que pode não autorizar o cultivo de maconha em bairros da cidade marcados pela pobreza e pela presença do tráfico, uma vez que a Lei

²Cabe salientar que esta realidade não se refere apenas aos homens pretos, mas também às mulheres, como apontam os dados do INFOPEN Mulher de 2017: “A análise geral dos dados apresentados neste relatório indica que a maioria das custodiadas, são jovens, pretas e pardas, pobres e com baixa escolaridade. Do total de mulheres custodiadas no Brasil, 60% foram presas por crimes relacionados ao tráfico de drogas” (INFOPEN, 2017, p.72).

de Drogas define que o local da ocorrência é relevante para a categorização do cultivo como tráfico ou uso pessoal.

Art. 28§ 2o Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

Como enunciam Lemgruber e Boiteux (2014), o exame das “circunstâncias sociais e pessoais”

É uma brecha para a rotulagem segundo atributos econômicos e sociorraciais, que tem levado jovens pobres, sobretudo negros, sem recursos para pagar advogados ao encarceramento por tráfico, enquanto outros jovens, com a mesma quantidade de drogas, mas com melhores “circunstâncias sociais e pessoais”, são enquadrados como usuários e não submetidos à prisão (p.360).

Além dessas distinções fazerem com que algumas pessoas cultivem ilegalmente com maior ou menor risco, também estabelecem maior ou menor possibilidade de participação no debate público. Becker (2008) demonstrou como distinções como idade, sexo, etnicidade e classe estão relacionadas a diferenças tanto no que se refere aos grupos que podem fazer regras para outros, como em relação a quem, e em qual grau, tais regras serão aplicadas. Essa desigualdade foi acionada durante a pesquisa de campo tanto por mulheres que se reconheciam em situações de privilégio, o que lhes permitiam cultivar maconha com menos medo de sofrer um processo legal, como por pessoas que não compartilham de tais privilégios, que declaravam o medo frequente de serem processadas e presas em decorrência de seus cultivos domésticos ou transporte da planta (nas ocasiões em que a etapa de elaboração do óleo ocorre fora da casa onde se cultivou).

Como aponta Becker (2008), diferenças na capacidade de fazer regras e aplicá-las a outras pessoas são essencialmente diferenças de poder - seja legal, seja extralegal. “Aqueles grupos cuja posição social lhes dá armas e poder são mais capazes de impor suas regras” (p.30) e, logo, também são mais capazes de disputá-las com os empreendedores morais³.

Becker (1977b, p.126), ao se deter sobre a hierarquia da credibilidade, problematiza as acusações lançadas sobre grupos tidos como desviantes. Segundo o autor, em qualquer sistema de grupos ordenados, aqueles que ocupam os lugares sociais mais altos hierarquicamente são vistos como os que “sabem mais”, que terão o direito de serem ouvidos e de definir a forma como as coisas “realmente se dão”. O mesmo ocorre no sentido da acusação: aqueles que estão colocados abaixo na hierarquia social

³ Pessoas que tomam a iniciativa para a criação de determinadas regras (BECKER, 2008, p.153).

serão mais acusados do que os que estão colocados no topo. Isso ocorre porque, em geral, como *indivíduos bem ajustados à sociedade* na qual vivemos, aceitamos a hierarquia de credibilidade.

Steven Epstein (1995) se refere à essa credibilidade relacionada a uma hierarquia social como “autoridade cultural” (p.411) e, tal como Becker, ressalva que a credibilidade pode se basear em uma série de marcadores sociais como graus acadêmicos, histórico e afiliações institucionais (Epstein, 1995, p.411)

No caso das pesquisas acadêmicas, Becker demonstra como apenas os pesquisadores que estão ao lado do subordinado são acusados de parcialidade. Aqueles que se informam com quem está no topo da hierarquia social são compreendidos como os que estão acessando os relatos mais confiáveis, pois socialmente legitimados. Em situações definidas politicamente, como é o caso do acesso aos usos medicinais de maconha, Becker chama atenção para o fato de que os grupos disputam tanto quais afirmações são politicamente verdadeiras, como sobre quem tem o direito de definir a realidade.

Estendendo essa concepção sobre a hierarquia da credibilidade para as classes sociais, relação acatada por Becker (1977b), podemos compreender que pessoas brancas, de classes médias e altas, correrão tanto menor risco de serem acusadas como terão maior chance de serem ouvidas em uma sociedade cultural e estruturalmente racista e com uma abissal desigualdade de classe como a nossa. Isso nos ajuda a compreender por que são determinadas pessoas que frequentemente ocupam o lugar de porta-vozes do debate sobre acesso à maconha para fins medicinais, e que se tornam capazes de disputar o lugar de criadores de regras.

É importante delimitar, então, que as disputas legais (em torno das mudanças nas leis e de possíveis regulamentações) e extralegais (no âmbito das transformações na cultura e nas práticas cotidianas) em torno do acesso aos usos medicinais de maconha são perpassadas por relações de poder que podem estar relacionados à classe, cor da pele, gênero, idade, grau de instrução, local de moradia, dentre outras.

O fato de organizarmos os atores sob a ideia de redes não objetiva apagar as inúmeras desigualdades entre os membros dessa rede, mas servir como um recurso teórico que visa contribuir para a compreensão sobre como as informações circulam e o conhecimento é produzido e partilhado.

3.2 Redes canábicas e a circulação de conhecimento

Howard Becker (1977c) demonstrou como consumidores de drogas ilegais costumemente interpretam suas experiências a partir dos conhecimentos e definições advindas de sua participação em grupos sociais nos quais se desenvolve a “cultura da droga”. Embora não tenham acesso necessariamente a informações científicas, usuários de drogas ilegais valem-se de uma rede informal de comunicação, por meio da qual os mais experientes orientam os novos usuários, e todos os participantes contribuem ao adicionarem suas experiências à circulação de informações dessa rede.

Ou seja, maconheiros e outros usuários de drogas ilegais produzem e compartilham conhecimento sobre as substâncias que consomem a partir das próprias experiências e pesquisas pessoais, o que Becker chama de “pesquisa do consumidor”. Essas pesquisas podem ou não incluir fontes médicas ou científicas, mas é importante atentarmos que a ilegalidade também impõe restrições às pesquisas e, como nos alerta Becker, os médicos não são, geralmente, profissionais com vasto conhecimento sobre usos de substâncias ilegais. Dessa forma, é o conhecimento que um usuário de drogas apreende com outros usuários mais experientes que o ajudará a passar calmamente por efeitos colaterais não desejados, e não o conhecimento médico ou técnico especializado.

Caracteristicamente os consumidores ilícitos de drogas ensinam aos iniciantes os efeitos colaterais que devem ser buscados, reafirmam sua seriedade e dão instruções sobre como evitá-los ou vencê-los; esse mecanismo provavelmente impede uma grande quantidade de patologia potencial, embora só possa operar quando os consumidores de drogas estão ligados de maneira adequada em redes, através das quais a informação pode passar (BECKER, 1977c, p.186).

Esse intercâmbio é evidente no caso dos usos medicinais de maconha, como ilustra o exemplo abaixo, no qual um usuário experiente orienta uma cuidadora de usuário medicinal que tomou uma sobredose de um óleo de maconha rico em THC (substância medicinal e responsável pelos efeitos psicoativos da planta). O ocorrido foi registrado em meu diário de campo em referência à conversa ocorrida entre uma mãe e um usuário ativista em um grupo de *WhatsApp* de membros de uma associação:

A mãe de um usuário adulto, acometido por doença rara que o incapacita para administrar autonomamente seus medicamentos, relatou no grupo que seu filho tomou uma dose altíssima de um óleo rico em THC, invés do óleo rico em CBD. A confusão ocorreu devido à troca dos vidros pelo pai do rapaz na hora de administrar o medicamento. O óleo rico em CBD, importado pela família, não provoca efeitos psicoativos, e é complementado com poucas gotas de um óleo artesanal rico em THC, uma vez que, dessa forma, o tratamento obteve melhores resultados. Em decorrência da troca dos vidros, o rapaz acabou tomando 20 gotas do óleo rico em THC, mais de cinco vezes sua dose diária, o que o deixou prostrado e com longas horas de sono, chegando a dormir por mais de 10 horas seguidas. A mãe do rapaz,

preocupada com os efeitos colaterais da sobredose, buscou no grupo da associação indicação sobre o que fazer. Um usuário experiente lhe acalmou e recomendou oferecer alimentos, água e outros líquidos ao seu filho, e, quando acordado, colocar um programa de TV que lhe agradasse, a fim de entretê-lo. O apoio permitiu que a mulher passasse por esse momento com mais tranquilidade, sabendo, pelos relatos, que a dose, ainda que muito superior à desejada, não causaria danos considerados graves na vida do filho, que aparentou estar totalmente recuperado após dois dias (caderno de campo, setembro de 2018).

Quando encontrei pessoalmente tal mãe, em uma reunião da APEPI, nos perguntamos o que aconteceria se o remédio trocado fosse outro, que não o óleo de maconha. A mulher respondeu que imaginava que se seu filho tomasse cinco vezes a dose de algum remédio antiepilético, possivelmente morreria ou ficaria com danos graves, pois remédios são “muito fortes”.

Becker descreve como a confiabilidade da rede está ancorada na eficácia dos canais de comunicação pelos quais as informações circulam, uma vez que, quanto maior o número de consumidores que relatam, comparam e refletem sobre suas experiências, menor a chance de erros. Conforme os consumidores se mantêm ligados uns aos outros, ainda que indiretamente, durante um longo período, o conhecimento vai sendo produzido, baseado nas informações que circulam, construindo e produzindo a cultura da droga.

O desenvolvimento do conhecimento sobre a maconha é provavelmente o que melhor se aproxima desse modelo, com os muitos anos de amplo uso de maconha nos Estados Unidos tendo produzido um vasto corpo de tradições acumuladas que não varia muito segundo a região ou o grupo social (BECKER, 1977c, p.189).

Pensando especificamente sobre as redes de circulação de conhecimento sobre maconha no Brasil, os dois exemplos a seguir ilustram a presença dessa dinâmica de compartilhamento e circulação de informações:

a) No artigo “A Guerra às Drogas é uma Guerra Etnocida”, de 1986, o antropólogo Anthony Richard Henman descreveu uma rede informal de usuários tradicionais de maconha composta por indígenas Tenehara (e não indígenas) durante a década de 1970. O autor evidenciou como os mesmos versos⁴ referentes à maconha cantados por Teneharas foram descritos por diversos autores em épocas distintas, por todo o Nordeste e parte da região Norte brasileiras. Algumas vezes com a alteração da palavra utilizada

⁴Esses versos compartilhados são chamados de “loas”. Aqui são apresentadas duas das descritas por Henmam (2019, p.332): “Ó diamba, sarabamba/Quando eu fumo a diamba/Fico com a cabeça tonta/E com as minhas pernas zamba”; “Diamba é coisa excelente/Remédio pra dor de dente/Assim como Deus não mente/Diamba não mata a gente”.

para referir-se à planta, como *diamba*, no caso dos Tenehara, e *dirijo*, no caso de caboclos do Amazonas.

No caso dos Tenehara, é evidente que a sobrevivência de *loas* adquiridas da população envolvida indica também uma certa convergência da sua percepção do efeito da maconha com as atitudes aceitas pelos camponeses maranhenses em geral. Na verdade, a rede informal dos usuários tradicionais de maconha no Brasil não pode sequer ser circunscrita a um determinado estado (HENMAN, 2019, p.332).

b) Como exemplo mais recente cito o portal *Growroom*, criado em 2002, que hospeda o que se tornou o maior fórum *online* de compartilhamento de informação sobre maconha no Brasil, na primeira década dos anos 2000. Thiago Ribeiro (2016) descreveu e analisou como os usuários de maconha utilizam a plataforma para compartilhar suas experiências, conhecimentos, informações e conselhos, e para debater questões políticas e refletir, a partir dessas trocas, sobre si mesmos, suas condutas e os sentidos que dão às suas práticas.

O fórum do *Growroom* é o espaço no qual os usuários do site podem trocar mensagens uns com os outros. Essas mensagens, públicas, ficam acessíveis a qualquer usuário da internet, constituindo uma espécie de “praça pública” onde os mais diversos temas relacionados com os usos de maconha podem ser debatidos (RIBEIRO, 2016, p.164).

Nesse espaço os temas de discussão são muito vastos, indo da construção de guias de cultivo e discussão sobre técnicas desenvolvidas pelos cultivadores a conversas sobre a relação com os familiares e a maconha, redução de danos, usos medicinais, etc. Segundo a descrição do próprio site,

O *Growroom* é um grupo que atua em defesa dos direitos dos usuários de maconha, tendo como uma de suas principais atividades manter um Portal na Internet sobre tudo que é relacionado a planta *Cannabis sativa*, seus usos e usuários, além de um Fórum que serve de espaço de convivência para pessoas adultas que consomem *Cannabis sativa*. Nesse espaço os usuário(a)s podem trocar informações, experiências, artigos e outros conteúdos, buscando a resolução de problemas individuais, através do acervo de dados coletivo. Desde 2002, o *Growroom* atua promovendo esse espaço de convivência online visando a redução de riscos, danos e custos sociais e à saúde associados ao uso da planta. O *Growroom* é um espaço no qual as pessoas desenvolvem a prática do autocuidado, através de formas mais seguras, menos prejudiciais e socialmente responsáveis de utilização da cannabis e seus derivados (Trecho da publicação “Quem somos”, fixada no fórum desde 2005)⁵.

Portanto, a existência de uma rede informal de circulação de conhecimento sobre a maconha no Brasil não é algo novo, e é interessante observar que algumas técnicas utilizadas pelos Tenehara observadas por Henman são as mesmas utilizadas até hoje e compartilhadas entre cultivadores não medicinais, como a prática de deixar as flores

⁵Disponível em: <https://www.growroom.net/board/topic/16771-bem-vindo-ao-growroom/>. Acessado em 12 de agosto de 2020

maturarem (ou “curarem”) após a secagem, a fim de obter uma planta com maior concentração de THC. Essa técnica é mais utilizada por usuários não medicinais uma vez que esse grupo tem mais interesse nos efeitos psicoativos. Outra técnica presente na descrição dos cultivos dos Tenehara e utilizada por cultivadores - medicinais ou não - é o corte do topo do caule principal da planta, a fim que ele bifurque, dando lugar a dois caules principais ao invés de um, aumentando a produção de flores da planta. Ambas as técnicas foram descritas durante o trabalho de campo. A primeira, sobre maturação, é uma técnica padrão entre cultivadores para uso social, e a segunda, sobre a “poda apical” (que se corta o topo do caule) entre cultivadores e nos cursos de cultivo.

Em sua famosa obra *Outsiders* (2008), Becker descreveu como novos fumadores de maconha passam por diversas etapas sequenciais até se tornarem usuários. Becker chama esse processo sequencial de *carreira dos usuários de maconha*. A partir da relação com usuários mais experientes o novato aprende como fumar e perceber os efeitos (e a desfrutá-los) como a desenvolver argumentos que justifiquem seu uso mediante possíveis acusações futuras (da família, da polícia etc.) e para si mesmo (diante da possibilidade de condenação moral). Dessa forma, o compartilhamento de experiências e conhecimento é parte da cultura canábica e da construção coletiva das condutas de seus usuários.

Alguns autores já descreveram e analisaram a cultura da maconha e o desenvolvimento das redes canábicas no Brasil (embora não necessariamente pela perspectiva de redes, mas do compartilhamento de conhecimento e experiências), como McRae e Assis (2000), Veríssimo (2013), Policarpo (2013) e Ribeiro (2016). Para esta tese é suficiente o reconhecimento dessa *subcultura*, e da ideia de carreiras de usuários como percurso pelo qual se vai adquirindo experiência e se tornando um membro ativo da rede (acrescentando suas próprias experiências).

Parte dos usuários se tornam cultivadores. Tornar-se cultivador tem um significado amplo e elaborado entre usuários por prazer⁶, que se difere dos usuários medicinais, onde o foco do cultivo não é o uso fumado, mas a elaboração do óleo. Chamados na cultura canábica de *growers*, os cultivadores ocupam lugar de distinção entre os maconheiros das classes médias e altas urbanas, tanto pelo domínio das técnicas de cultivo, por consumirem uma planta de qualidade muito superior ao “prensado” (maconha de baixa qualidade vendida no varejo pelo tráfico) como pelo

⁶O termo “uso por prazer” é acionado aqui com o mesmo intuito de Becker (2008), a fim de “ênfatizar o caráter não compulsivo e casual do comportamento” (p.53).

argumento de que, dessa forma, não estão contribuindo para o desenvolvimento do tráfico (RIBEIRO, 2016).

São eles que principalmente encarnam esse ideal de estilização de si como consumidor de maconha, sofisticam suas relações com a droga, [...] produzem um produto mais saudável e de maior qualidade do que encontrados nas ruas e, importante, são eles que se desvinculam de práticas criminosas, ao não mais financiarem as atividades dos traficantes de drogas (RIBEIRO, 2016, p.392).

Há também os que se identificam como *cannabiers*, apreciadores semelhantes aos *sommeliers*. São necessariamente cultivadores, uma vez que a maconha do tipo *prensada* (oriunda do Paraguai e vendida pelo tráfico no Brasil) é compreendida como de péssima qualidade. Por isso um *cannabier* é um cultivador, ou *canabicultor* (VERÍSSIMO, 2016).

Os cultivadores considerados talentosos são chamados de *dedo verde*⁷ e podem chegar a produzir novas variedades da cannabis a partir de cruzamentos entre plantas de características conhecidas. Foi assim que cultivadores do Rio de Janeiro produziram a *HarleiTsu*, variedade com alta concentração de CBD, muito utilizada por pessoas com epilepsia refratária no Brasil. *Canabicultores* criadores de novas cepas (variedades) também podem tornar-se competidores em eventos internacionais onde concorrem os melhores *buds* (flores de maconha no linguajar desse grupo) de acordo com critérios pré-definidos, como sabor, cheiro, efeitos psicoativos (VERÍSSIMO, 2013).

Existe ainda outra categoria de usuário de maconha, que é o usuário ativista. Como descrito por Ribeiro (2016), o usuário ativista é o

Usuário que se engaja, que não se contenta em simplesmente satisfazer seu desejo de consumo da droga e que busca, pela participação nas marchas da maconha, pela organização de eventos, pela atividade política em prol da legalização transformar a si mesmo, aos outros e à realidade social, erigindo-se como figura de autoridade [entre os demais usuários] (RIBEIRO, 2016, p.395).

O autor destaca três categorias de usuários, conformadas por distinções morais dentro da cultura canábica, sendo elas: o usuário moderado e bem ajustado socialmente (tem um emprego ou estuda, é visto como responsável e tem sucesso em atividades socialmente valorizadas); o cultivador para consumo próprio; e o ativista.

Essas três figuras podem coincidir em um mesmo indivíduo ou podem combinar-se de diversas formas, com diversas intensidades, com maior ou menor presença, mas, sem dúvida, elas organizam modos de ser, escalas de princípios e valores, prestígios e hierarquias simbólicas (RIBEIRO, 2016, p.397).

⁷ “O dedo verde, segundo o linguajar dos *growers*, é aquele sujeito que deu certo como cultivador, adquiriu autosuficiência, um bom cultivador, e com algum renome” (VERÍSSIMO, 2016, p.280).

Nessa hierarquia simbólica, aqueles que reúnem em si as três características assinaladas ocupam o principal lugar de destaque no grupo.

Como foi sinalizado, as redes canábicas também confluem no ativismo pela regulamentação da maconha, organizado no início da década de 2000, tendo como sua principal expressão a Marcha da Maconha, iniciada no Rio de Janeiro em 2002, ocorrendo atualmente em diversas cidades do país (CAMPOS, 2013; REED, 2014). No caso do Rio de Janeiro, além da Marcha da Maconha, que ocorre sempre no primeiro final de semana de maio, o Movimento pela Legalização da Maconha (MLM) promove também o “Dia da Maconha Medicinal” com a organização de atos públicos no centro da cidade desde 2012, como me foi descrito por uma das organizadoras do evento durante o trabalho de campo. Esse último ocorre no dia 27 de novembro, data na qual foi instituído o Dia Nacional de Combate ao Câncer pelo Ministério da Saúde. Como me explicou uma organizadora, a data foi escolhida pelo fato de a planta ser reconhecida como promissora no tratamento do câncer e no alívio dos efeitos colaterais da radio e quimioterapia.

3.3 Da mobilização à judicialização do acesso

Em 2014, a Marcha da Maconha do Rio de Janeiro iniciou sua caminhada com a Ala Medicinal (Figura 3), composta por usuários medicinais e seus familiares, com destaque para as mães de pessoas com doenças raras e/ou de difícil controle, que, a partir desse ano, passaram a ocupar um importante papel tanto na produção como na difusão de conhecimento sobre o tema.

A aproximação entre pacientes de doenças raras e/ou de difícil controle e seus familiares à cultura canábica e suas redes de sociabilidade e militância, expandiu o alcance de tais redes (tanto as que se organizavam em torno das doenças raras como as redes canábicas) para grupos até então não conectados, ampliando a capacidade de circulação do conhecimento produzido.

Figura 6 - Foto da Marcha da Maconha de 2014, no Rio de Janeiro. Atrás das mulheres é preciso ver a faixa com o logo da “Marcha da Maconha” e, à frente da marcha, usuários medicinais, suas mães e outros familiares “abrem caminho” para a marcha passar. medicinais e seus familiares.



Fonte: G1 Rio de Janeiro, 10/05/2014⁸

De acordo com a revisão de Maria Angelica de Lima et al (2018), a categoria “doenças raras” resulta da luta de movimentos sociais nos Estados Unidos desde a década de 1960. Na década de 1980, as associações de pacientes de doenças raras passam a utilizar essa categoria no intuito de promover a coesão desse grupo “frente à vivência compartilhada de invisibilidade e de iniquidade em relação às suas necessidades” (p.3.249). No Brasil o uso do termo data de 2009, tendo como referência a organização do I Congresso Brasileiro de Doenças Raras.

Atualmente existem cerca de 7 mil doenças classificadas como raras pelo saber biomédico. Dentre as características que unificam o grupo diverso de pessoas acometidas por essa categoria de doenças estão o fato de serem doenças crônicas, na maioria das vezes de origem genética, que apresentam grande morbidade e da maioria não ter um tratamento específico (LIMA et al, 2018). Além disso, as doenças raras podem ser de difícil diagnóstico, o que dificulta ainda mais a elaboração de um plano terapêutico.

Abaixo destaco um trecho do caderno de campo escrito sobre uma reunião na APEPI a fim de ilustrar esse processo de busca e experimentação por um tratamento mais eficaz, em comparação com alopáticos.

⁸Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2014/05/marcha-da-maconha-segue-sob-chuva-em-ipanema-no-rio.html>

Dentre as três mulheres, uma já faz uso do óleo importado com sua filha. A médica quis começar o tratamento aos poucos, com baixas doses. Experimentaram o *Pure Hemp*⁹ com alguns resultados positivos (melhora da coordenação motora, a filha não levantava, agora levanta) e agora começaram a testar outro. Sua filha não tem um diagnóstico definido. Após realizar muitos exames os médicos identificaram em qual cromossomo está a *deformação*, mas não chegaram a um diagnóstico. A mãe referiu-se como “síndrome de Alice”, explicando que, a princípio, apenas sua filha tem essa patologia. Após todos os exames feitos, os médicos optaram por não alcançar o diagnóstico preciso, mas tratar a doença baseando-se no tratamento indicado para síndromes semelhantes (Caderno de campo 08/07/2017 – Reunião na APEPI).

Os novos atores e atrizes, embora conhecessem pouco sobre maconha a princípio, agregam também a essa rede suas experiências e conhecimentos adquiridos ao longo de suas trajetórias como pacientes ou familiares de pacientes (AURELIANO, 2012; FLEISCHER, 2017; CLÍMACO, 2018). Ao buscar cultivadores para acessarem o tratamento com cannabis - seja para adquirir óleo, flores ou aprender sobre cultivo – usuários medicinais e seus familiares passam a integrar as redes canábicas. Ao iniciarem o tratamento e empregarem as técnicas já utilizadas com outros medicamentos para verificar a eficácia do tratamento com maconha, esses conhecimentos também passam a circular nessa rede e a informar outros usuários (medicinais ou não).

Dentre as informações compartilhadas por pacientes e seus familiares, as formas de manipular e decidir sobre as dosagens dos óleos figuraram como um momento importante de aprendizado, relacionando-se a uma questão central do tratamento e que acarretava muitas dúvidas e apreensão dos envolvidos. Como me contou a presidente de uma associação, mãe de criança usuária, no começo pacientes, familiares e cultivadores produtores não sabiam muitas informações sobre as dosagens. Diluir a resina em azeite ou óleo de coco, por exemplo, foi um aprendizado que se desenvolveu com os usos, e facilitou a dosagem, que passou a ser feita em gotas. Mas, inicialmente, a resina era administrada sem diluição, portanto bastante concentrada, tendo o aspecto semelhante a uma graxa bastante grossa. A dose era calculada em grãos de arroz: $\frac{1}{4}$ de um grão, $\frac{1}{2}$ grão e 1 grão inteiro, o que acarretava dificuldade em padronizar a dose e facilidade de ocorrer sobredosagem. Como me foi narrado, as mães trocavam informações como “eu estava dando um grão de arroz, agora tô dando um coco de rato”, em referência ao tamanho da resina (trecho do caderno de campo, em maio de 2019).

Mesmo após ter se convencioneado entre usuários e produtores a prática de diluição da resina em óleo vegetal, as dosagens permaneceram sendo uma questão

⁹ Óleo americano importado.

central, principalmente para novos usuários. Em uma conversa com uma usuária jovem adulta, com epilepsia, que começara a usar o óleo de cannabis a 8 meses na ocasião na qual conversamos, a usuária me contou que ao começar o tratamento se sentia uma “cobaia”, “um ratinho de laboratório”, sempre testando os óleos e as dosagens. Contou que o médico passava doses muito baixas, inicialmente, e que não lhe ajudavam. Ao reajustá-la, sob indicação médica, tomou uma dose que lhe pareceu muito alta, deixando-a prostrada e com dificuldade de cumprir suas atividades. Após 6 meses de tratamento e acompanhada de outros pacientes e familiares experientes, me disse que não se via mais como uma cobaia do médico, passando a compreender que ela mesma deveria desenvolver uma autonomia, “entender como funciona, perceber meu corpo, e decidir a dosagem” (caderno de campo, maio de 2019). Explicou que essa percepção lhe ajudou a ter autonomia sobre o tratamento e que, no período no qual conversamos, não sentia mais necessidade de tomar o óleo todos os dias e que podia variar as doses de acordo com a necessidade por ela percebida.

Utilizo aqui o termo “paciente”, ciente de que existe uma discussão sobre a compreensão desse termo como estigmatizante, colocando o grupo de pessoas a que se refere como passivas, que passam, pacientes, pelos tratamentos médicos, pensados por instituições de saúde vistas como detentoras do saber hegemônico sobre a saúde e doença. Nesse sentido, usa-se o termo “usuário de serviços públicos de saúde”, por exemplo, a fim de tratar tal grupo de pessoas como cidadãs, usuárias de tais serviços, e não objeto deles. No caso desta tese, tenho utilizado até então o termo “usuários medicinais de maconha”, uma vez que o uso medicinal de derivados dessa planta é o que todos tem em comum (embora não se limite a isso). Há, porém, discussões já consolidadas realizadas por pesquisas sobre associações de pacientes, que destacam transformações no estatuto do paciente que possibilitaram outras compreensões a partir da organização social e mobilizações coletivas destes. Nesses casos, como já foi demonstrado por Epstein (1995), Rabinow (1999), Rabeharisoa (2013, 2014), Akrich (2012), há uma compreensão do termo “paciente” como sujeito ativo no processo de produção de conhecimento, deslocando-o do lugar de objeto passivo da medicina para sujeitos detentores de um saber legítimo e precedente a qualquer conhecimento objetificador (RABEHARISOA, 2013).

Becker (1977c) apontou como as redes de informações que se constroem em torno de drogas ilegais também podem se formar em relação a drogas de uso médico, desenvolvendo uma cultura de drogas, embora com a ressalva de que isso tenha sido

pouco estudado à época de sua publicação. Atualmente é possível compreendermos que as redes construídas por pessoas com doenças raras compartilham práticas acerca do cuidado que envolve a manipulação de medicamentos e experimentação de novas drogas. Esse conhecimento foi de certa forma, uma porta de entrada para o tratamento com maconha, uma vez que a experimentação de novas drogas médicas é uma prática frequente dessas famílias.

Apesar da falta de regulamentação, desde meados de 2014 tem sido noticiado no Brasil histórias de mães de crianças diagnosticadas com epilepsia refratária que encontraram no uso medicinal de óleos e extratos de maconha efeitos benéficos não apresentados nos tratamentos médicos convencionais. Essas mães começaram a administração do óleo em seus filhos a partir da divulgação dos resultados do tratamento com cannabis realizado pela americana Charlotte Figi.

Como a importação podia ser considerada tráfico de drogas, uma vez que não havia ainda diretrizes da ANVISA nem das instituições médicas brasileiras indicando sua prescrição, essas mães passaram a importar ilegalmente o óleo vindo dos Estados Unidos. Vendido como suplemento alimentar nesse país, e sem qualquer burocracia em alguns estados americanos, a substância nem sempre chegava ao seu destino no Brasil devido à irregularidade da importação, sendo, em alguns casos, retidos na ANVISA.

Com um número reduzido de médicos dispostos a acompanhar o tratamento com uma substância não regulamentada, e sob os riscos das sanções relacionadas aos crimes de drogas, essas mães passaram a se organizar politicamente no intuito de pressionar os órgãos responsáveis, especialmente a ANVISA e o Poder Legislativo, a construir regulamentações que permitissem o acesso de seus filhos à substância, sob o discurso do direito ao acesso à saúde. Dentre as mães estava Margarete Brito, como já foi explicitado no capítulo I, advogada, coordenadora da APEPI, mãe de uma menina diagnosticada com Síndrome de Rett, que ocasiona crises convulsivas.

Ainda em 2014, o jornalista Tarso Araújo, produziu o curta-metragem “Illegal”, que contou com a participação de Margaret, Katielly e outras mães, médicos, advogados, dentre outros ativistas e usuários de maconha de forma medicinal, que se tornaram publicamente referência no ativismo no que tange principalmente as grandes mídias. Após o lançamento do curta-metragem, os casos das famílias de Margaret,

Katielly e outras mães organizadas “foram parar no Fantástico”¹⁰ e se tornam notórios no país. Em outubro do mesmo ano foi lançado o longa-metragem de nome “Ilegal: a vida não espera”.

A figura 2 apresenta a imagem do cartaz de divulgação do filme, composta em sua maior parte pela foto do abraço entre Katiele Fischer e sua filha; abaixo a imagem do Congresso Nacional, em Brasília, totalmente escurecida, contrastando e sobrepondo os tons alaranjados da foto da família. Na escuridão abaixo do Congresso aparece a palavra “Ilegal”, título do documentário. A imagem ilustra as tensões entre as categorias de cuidado materno, tráfico de drogas, usos medicinais, o debate acerca da ilegalidade da maconha, a justiça e as leis, representadas na imagem da sombra do congresso, e a demanda por uma regulamentação que resolva o problema da ilegalidade do acesso.

Figura 7: Capa do filme “Ilegal: a vida não espera”, dirigido por Tarso Araújo e Ricardo Erichsen (2014)



Fonte: Divulgação oficial do filme no canal do *Youtube*

O filme articula a narrativa de cinco famílias envolvidas com os usos medicinais de maconha, sendo três delas responsáveis por crianças, usuárias medicinais em

¹⁰ Trecho da entrevista com Margarete no Programa “Sem Censura”, exibido em agosto de 2014 pela TVE. Disponível em: <http://tvbrasil.ebc.com.br/semcensura/episodio/sem-censura-debate-o-uso-medicinal-de-derivados-da-maconha-para-tratar-doencas>

decorrência de doenças raras que provocam epilepsia, uma mulher adulta¹¹, mãe de duas crianças, que sofre com dores crônicas devido ao esmagamento das “raízes nervosas” da região lombar da coluna; e um casal que cultiva maconha para tratar os efeitos colaterais do tratamento contra o câncer da mulher, tendo sido o marido acusado de tráfico internacional de drogas por conta da importação de sementes. O documentário impulsionou o debate com sua repercussão em diferentes mídias, tomando alcance a nível nacional, e levando a discussão sobre a maconha para outras famílias brasileiras.

Martinho e Azize (2015) analisam a produção do documentário como um veículo de uma ideia e de um processo social, atuando por meio da sensibilização pública. Os autores apontam como as tensões cristalizadas no longa-metragem demonstram a emergência de criar-se mecanismos de diferenciação entre categorias como usuário/mãe/paciente e traficante; uso medicinal e recreativo; medicamento e droga; legalidade e ilegalidade. Esse apontamento pode ser percebido, como indica a literatura referida, pelo argumento do longa-metragem já antecipado no título “Illegal”, termo que abarca um conjunto heterogêneo de usos da maconha, colocando mães preocupadas com a saúde de seus filhos e usuários que cultivam a planta na mesma categoria de traficantes, sob as lentes do direito criminal. Os autores demonstram como o uso medicinal da maconha tem estreita relação com a descriminalização, chamando atenção para alguns efeitos colaterais das políticas proibicionistas vigentes no Brasil, como a penalização de usuários (medicinais ou não) como traficantes.

Notamos que o documentário “Illegal” é uma peça fundamental para que o debate sobre o uso medicinal da maconha alcance o Poder Executivo – audiências na ANVISA – e o Poder Legislativo – conversas das mães com os parlamentares em seus gabinetes – bem como que ele seja incluído nas pautas do movimento antiproibicionista e assim as mães e crianças citadas participem das Marchas da Maconha pelo território nacional. [...] mais do que a circulação do referido debate pelo Estado seria o caso de considerar a participação das famílias de crianças com problemas neurológicos na própria legitimação do efeito curativo do canabidiol, em um contexto no qual os médicos sentem-se impedidos de fazê-lo por questões legais e as mães impelidas a produzir dados sobre a diminuição da frequência das crises convulsivas. Desta maneira, o documentário aponta para um processo de politização na medida em que mostra a participação da sociedade civil organizada na produção de informações científicas que contrastam ou ao menos questionam a opinião de especialistas (MARTINHO e AZIZE, 2015, p. 9).

Epstein (1995) ao investigar organizações ativistas que atuaram em torno das pesquisas sobre HIV nos Estados Unidos nas décadas de 1970 e 1980, cunhou o termo “ativismo pelo tratamento”, que pode ser associado ao ativismo em torno do acesso ao

¹¹ Trata-se de Juliana Paolinelli, atualmente coordenadora geral da associação canábica mineira AMA+ME.

tratamento com maconha. Para o autor, em graus variados, esses grupos desafiam as relações hierárquicas entre especialistas e leigos e insistem no direito de pessoas afetadas pela biomedicina em participarem da produção de tratamentos, rompendo a distinção entre pesquisadores e pesquisados, sujeitos e objetos da produção de conhecimento. O autor ressalva, porém, que, independentemente de quão abrangente tal ativismo se torne, “enfrentará uma batalha difícil para transformar completamente os tipos de hierarquias baseadas no conhecimento que estruturam sociedades complexas e diferenciadas (EPSTEIN, 1995, p. 428).

Nessa forma de ativismo, uma prática coletiva fundamental tem sido a produção de evidências que comprovem os argumentos apresentados e embasem novas descobertas. Rabeharisoa et al (2014), ao investigar a maneira como associações de pacientes produzem conhecimento e alcançam credibilidade, denominaram esse tipo de ativismo organizado por pacientes em torno do tratamento e da busca de melhor qualidade de vida como *ativismo baseado em evidência*. Nesse modelo conceitual, as organizações coletam experiências e constroem conhecimento experimental, articulando-o a conhecimentos credenciados a fim de torná-los politicamente relevante. Por meio desse processo, reformulam o que está em jogo, desestabilizando as compreensões existentes podendo levar a retomada de questões anteriormente excluídas pela ciência oficial, ao questionamento de práticas médicas e à abertura de novas questões complexas a partir de fatores anteriormente ignorados.

Nesse modelo, as evidências atuam como ferramentas políticas, articulando experiência e conhecimento. Rabeharisoa (2013) argumenta que a literatura recente destaca “a capacidade das organizações de mobilizar essa experiência, a fim de trazer à tona problemas nos quais podem produzir dados não encontrados no conhecimento formal” (p.13, tradução minha) e aponta como ativistas e associações, ao tornarem públicas as experiências pessoais da doença, ajudam a torná-la um problema público.

As evidências resultam da seleção e articulação de declarações de conhecimento para produzir formas de especialização: objetivam fornecer conhecimento robusto sobre como as condições ou situações de pacientes e ativistas devem ser entendidas e tratadas. A evidência, portanto, é uma ferramenta mediadora entre conhecimento e experiência. A noção de “ativismo baseado em evidências” permite destacar primeiro, a articulação entre o conhecimento e a política, que é central nessa forma de ativismo, e o segundo, o trabalho necessário para realizar essa articulação. (RABEHARISOA, et al, 2014, p.7).

Algumas dessas evidências foram divulgadas no filme referenciado, como o documento produzido pela família de Katiely e Norberto Fischer, que construíram uma

tabela sobre as convulsões da filha, divididas em dias, semanas e meses. Na tabela o casal pintou de laranja quadradinhos que simbolizavam as crises diárias, tornando possível perceber o gráfico mais laranja nos períodos com mais crises, e mais branco nos períodos de melhora, que coincidiam com os meses nos quais a criança tomou o óleo importado. Assim conseguiam ilustrar visualmente a diferença no número de convulsões, no intuito de “passar para o médico o sentimento da quantidade de crises que ela estava tendo” (fala de Norberto Fisher no filme). Dessa forma, o objetivo não era apenas quantificar, pois os números nem sempre alcançam as emoções, mas encontrar meios de comunicar a outras pessoas o sofrimento associado ao percurso terapêutico dessas famílias e o alívio e melhora na qualidade de vida ocasionado pelo tratamento.

Como foi relatado pelos familiares, tanto durante o trabalho de campo como em programas de TV e no documentário referenciado, o caminho percorrido em torno do acesso ao óleo enquanto tratamento é perpassado muitas vezes por sentimentos como insegurança, desespero e angústia. Nesse contexto, ao se organizarem em torno da possibilidade de acessar um medicamento eficaz, essas famílias também acolhem e fortalecem umas às outras.

A urgência associada ao tratamento, em contrapartida ao tempo lento das pesquisas e das regulações, também foi demonstrada no documentário citado. Quando o filme narra uma audiência da ANVISA em Brasília, na qual as famílias esperavam que o Canabidiol fosse reclassificado da lista de substâncias proscrita para a lista de substâncias sujeita à controle especial, o que não ocorreu, Camila - uma das mães organizadas nesta audiência -, não pôde ficar até o fim, pois seu filho teve uma convulsão grave durante o evento. Antes de qualquer regulamentação, seu filho faleceu, 48 horas após a audiência na qual a ANVISA negou a reclassificação da substância.

Esse caráter urgente do tratamento com cannabis foi (e é ainda) frequentemente acionada dentro da militância pela regulamentação da maconha para fins medicinais, como sinalizam os slogans da APEPI, *A vida não espera*, e da Fundação Daya, *El dolor no puede esperar*.

Em decorrência da organização social e do debate público em torno de tal urgência, em 2015 a ANVISA retirou o canabidiol da lista de produtos proscritos, realocando-a para a lista de substâncias sujeitas a “controle especial”, permitindo sua importação em alguns casos específicos e com indicação médica. Paralelamente à essa mudança, o THC também se tornou foco de discussões sobre seu uso medicinal, tendo

sido permitida sua importação, em novembro desse mesmo ano, em decorrência da decisão de um juiz do Distrito Federal, que respondia às demandas de uma ação movida pelo Ministério Público Federal. O referido juiz promulgou uma liminar permitindo a importação de óleos que contenham THC para o tratamento de doenças como câncer, HIV/AIDs, hepatite C e dores crônicas. Além da decisão, o juiz indicou à ANVISA que regulasse sua importação.

Em 2017, durante o trabalho de campo, pude acompanhar um debate realizado na FIOCRUZ¹² do Rio de Janeiro, no qual o coordenador de medicamentos controlados da ANVISA apresentou o ponto de vista da agência, justificando a não regulamentação do cultivo nacional devido às dificuldades relacionadas ao impedimento dos tratados internacionais supracitados. O representante da agência ressaltou que, após a primeira demanda pelo uso medicinal de cannabis, ocasionada pelo acionamento da justiça por mães de crianças que faziam uso ilegal de derivados da planta, evidenciou-se a necessidade da construção de um grupo de trabalho que viabilizasse a regulamentação dos usos medicinais. Porém, apesar dessa demanda ter surgido em 2014, o grupo de trabalho foi iniciado apenas três anos depois, em março de 2017, como foi dito pelo representante da instituição no evento citado.

Em 2018 assisti à fala do então presidente da ANVISA, Jarbas Barbosa, dessa vez na ocasião do “I Seminário Internacional Cannabis Amanhã: um olha para o futuro”, organizado pela APEPI em parceria com a FIOCRUZ¹³, um ano após o início do grupo de estudos. O presidente da instituição anunciou que a produção nacional de cannabis para fins medicinais e de pesquisa seria regulamentada pela agência ainda naquele semestre¹⁴. Entretanto tal regulação não foi realizada até o momento.

Atualmente a ANVISA autoriza, por meio da resolução RDC Nº 17, e em caráter de excepcionalidade, a importação de “produtos à base de Cannabidiol em associação com outros canabinoides, dentre eles o THC” (Art.2º). A importação é permitida a pessoa física mediante prescrição e relatório médicos e cadastro junto à instituição, devendo ser apresentado pelo paciente: o Formulário de Importação e Uso de Produto à Base de Cannabidiol; laudo médico de profissional legalmente habilitado com a descrição do caso, o código internacional de doenças (CID) referente ao diagnóstico, e

¹² O evento ocorreu em 24 de outubro de 2017 com o título “2º VISA em Foco: Uso Medicinal da Cannabis sp no Brasil e sua Regulação Sanitária”, organizado pela Instituto Nacional de Controle em Saúde (INCQS/FIOCRUZ), no Campus Manguinhos/Rio de Janeiro.

¹³ As informações sobre as edições do evento podem ser acessadas em: <https://cannabisamanha.com.br/>

¹⁴ Essa informação foi noticiada pelo portal da FIOCRUZ e pode ser acessado no link: <https://agencia.fiocruz.br/evento-debate-regulamentacao-de-cannabis-medicinal-no-brasil>

“a justificativa para a utilização do produto não registrado no Brasil em comparação com as alternativas terapêuticas já existentes registradas pela ANVISA, bem como os tratamentos anteriores” (Art. 8º). Dentre as críticas a esse processo de autorização que tomei nota durante o trabalho de campo, estão os altos custos do tratamento (os frascos dos óleos importados custam em torno de R\$1.500, 30ml) e sua correlação direta com a variação do dólar (por serem importados) e a burocracia e a espera relacionadas ao pedido de autorização (algumas pessoas relataram esperar 40 dias pelo documento)¹⁵.

Mesmo com a regulamentação da importação o tratamento pelas vias legais permaneceu pouco acessível devido à dificuldade das famílias em encontrar médicos dispostos a prescrevê-la (além dos altos custos já mencionados, que permanecem sendo um obstáculo). Como foi verificado no campo, havia cerca de 58 médicos prescritores catalogados pelas associações consultadas¹⁶ em 2017. Além do pequeno número de médicos, as especialidades destes eram principalmente neuropediatria (51%) e neurologia (32%), o que limitava a prescrição do óleo para doenças que não tenham causas neurológicas ou ocorram em adultos¹⁷.

Nesse contexto, a iniciativa de judicialização se tornou um caminho para viabilizar o acesso legal ao tratamento às famílias de pacientes que, não tendo condições de custeá-lo, solicitam judicialmente que o governo o faça. Porém, como foi explicitado durante uma reunião de acolhimento a pacientes¹⁸, nem sempre os processos nos quais o Estado foi responsabilizado pelo custeio do tratamento, este ocorreu, de fato, sob o argumento de falta de capacidade estatal de suprir tais necessidades.

Borges e Ugá (2010) ao tratarem sobre tema da judicialização da saúde, demarcam o formato específico desse tipo de processo, com a sobreposição do Poder Judiciário ao Poder Executivo, “no qual cidadãos buscam individualmente e por meio de procedimentos judiciais comuns a efetivação de interesses relacionados ao direito social à saúde não efetivados na esfera jurídica” (p.2). Pesquisas anteriores (BIEHL, 2013; BORGES & UGÁ, 2010) já demonstraram como um dos fatores problemáticos

¹⁵Atualmente tramita o Projeto de Lei 399/2015, que pretende regulamentar a produção e venda de medicamentos à base de maconha pela indústria farmacêutica ou de acordo com modelo de Farmácia Viva, instituído pelo Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde em 2010.

¹⁶Foram consultadas as listas de médicos prescritores disponibilizadas pela Abracannabis, APEPI e ABRACE em seus sites oficiais no final de 2017.

¹⁷Essa realidade tem mudado rapidamente desde os anos 2019 e 2020, nos quais não apenas o número de médicos aumentou, como surgiram diversos empreendimentos relacionados ao tratamento com cannabis, anunciados nas redes sociais. Em uma breve busca que realizei no *Instagram* foi possível perceber que muitos desses empreendimentos revendem produtos importados.

¹⁸Durante o trabalho de campo, em 2017.

desse tipo de processo é a dificuldade do governo em prover tal tratamento à pacientes individualmente, não estando esses gastos contabilizados no orçamento planejado. Porém, é importante ressaltar que o acesso à saúde pelas vias jurídicas pode fomentar novas políticas públicas de saúde, como ocorreu com a judicialização em torno do tratamento do HIV no Brasil, que culminou no acesso universal e gratuito aos medicamentos retrovirais em 1996 (BIEHL, 2013).

A judicialização do acesso ao tratamento terapêutico com o óleo de maconha pode ainda ser em outra direção, requerendo uma solução não onerosa ao Estado: o cultivo pessoal de maconha pelos próprios pacientes e associações sem fins lucrativos, a fim de viabilizar a produção do medicamento no país, fora da esfera comercial da indústria farmacêutica. Foi por meio da judicialização que a ABRACE conseguiu a autorização em finais de 2016¹⁹. Para viabilizar os cultivos domésticos²⁰, as associações organizam cursos nos quais são ensinadas as técnicas de cultivo da maconha e uma gama de conhecimentos sobre a planta e sobre as questões políticas que a envolvem, a fim de possibilitar tanto o cultivo como o aparato teórico necessário para que os usuários conheçam seus direitos e saibam como agir e o que argumentar diante de possíveis questionamentos.

A fim de proteger os pacientes que cultivam a planta para fins medicinais, advogados ativistas têm apresentado a possibilidade de solicitar à justiça um Habeas Corpus preventivo (HC), também chamado de “salvo conduto”, que impede que essas pessoas sejam categorizadas como traficantes. Apenas com o cultivo já iniciado é possível solicitar um HC, uma vez que é necessário estar correndo o risco de ser preso para solicitar à justiça tal documento. Essa estratégia tem sido denominada por ativistas como “desobediência civil não violenta” e aparece como solução possível aos obstáculos em relação ao custeio do tratamento pelo governo e à impossibilidade de importação por parte das famílias que não pertencem às classes economicamente mais altas.

Em uma reunião de acolhimento de uma associação da qual participei em 2017, os membros indicavam às pessoas interessadas em obter um Habeas Corpus preventivo para seus cultivos que, como qualquer processo relacionado ao uso medicinal de

¹⁹ Decisão semelhante autorizou a APEPI a cultivar em 2020, porém a ANVISA recorreu e a autorização foi suspensa, o processo permanece em andamento. Em 2021 outra associação foi autorizada a cultivar, a paulistana Cultive, por meio da publicação de Habeas Corpus coletivo para 26 de seus associados.

²⁰Sobre cultivos domésticos de maconha, pode-se consultar: Veríssimo (2013) e Motta (2019).

cannabis, primeiro obtivessem uma prescrição e relatório médicos que indicassem e justificassem a necessidade do tratamento, tal qual é solicitado pela ANVISA.

Posteriormente, inicia-se o cadastro para pedido da importação à agência. Com a autorização da ANVISA para a importação do óleo, e sem condições financeiras de custeá-lo, o paciente inicia o plantio. Como informaram os advogados ativistas presentes na reunião, ter a autorização da agência, a prescrição e o laudo médico indicam que se trata de cultivo para fins medicinais em caso de serem alvo de abordagens policiais. Para evitar que essas abordagens aconteçam, com o plantio já iniciado, o paciente ou seus responsáveis iniciam o pedido de Habeas Corpus preventivo (HC), informando à justiça que corre o risco de ser categorizado(a) como traficante por cultivar maconha para fins medicinais, juntando ao processo todos os documentos referidos.

Nos casos em que o HC é expedido pelo juiz, as polícias civil e militar ficam impedidas de constranger os envolvidos ou apreender as plantas. O coletivo antiproibicionista Rede Jurídica pela Reforma da Política de Drogas (a partir de agora, apenas Reforma), compartilha um roteiro (Anexo 1) para a obtenção do Salvo Conduto (HC), a fim de informar e orientar usuários, familiares e outros advogados.

Os primeiros Habeas Corpus preventivos foram concedidos à familiares de crianças com doenças que causavam epilepsia refratária aos tratamentos convencionais, tendo sido publicados em novembro e dezembro de 2016. Mas a estratégia da judicialização do acesso ao tratamento foi seguida também por adultos, tendo sido concedido em setembro de 2017 o primeiro Salvo Conduto para o cultivo para o uso medicinal de um adulto que sofria de dores crônicas. No mesmo ano foi promulgado um HC para que o filho cultivasse para sua avó, diagnosticada com Mal de Parkinson. Em 2018 foi concedido a uma médica de 58 anos o Salvo Conduto para seu plantio de maconha para tratar de depressão. Esses casos estão organizados no quadro 2, apresentada adiante.

Quadro 2: Exemplos de Habeas Corpus preventivos para cultivo de maconha para fins medicinais concedidos no Brasil

REQUERENTE	ESTADO	DIAGNÓSTICO	MÊS/ANO
Família – pais da criança	Rio de Janeiro	Síndrome CDKL5, causa epilepsia refratária	Novembro de 2016 ²¹
Família – pais da criança	Rio de Janeiro	Filho com epilepsia refratária bitemporal (“epilepsia severa”)	Novembro de 2016 ²²
Família – pais da criança	São Paulo	Síndrome de Dravet, que provoca epilepsia	Dezembro de 2016 ²³
Usuário	Ceará	Tetraplegia – dor crônica	Setembro de 2017 ²⁴
Família – pais da adolescente	Distrito Federal	Síndrome de Silver Russell	Outubro de 2017 ²⁵
Família – Filho do usuário	Rio Grande do Norte	Mal de Parkinson	Novembro de 2017 ²⁶
Usuária – 58 anos	Rio Grande do Norte	Depressão	Final de 2018 ²⁷

Elaborado pela autora

Em agosto de 2019 a Reforma informou, por meio de seu perfil na rede social *Instagram*, o número de 42 Habeas Corpus preventivos no país. Do total, metade haviam tido a participação de advogados do coletivo. Dentre as patologias descritas nos processos que requereram os salvos condutos, estão principalmente epilepsia e dor²⁸. As informações compartilhadas pelo coletivo estão no Anexo II.

Os processos que requerem o Habeas Corpus justificam-se, entre outros aspectos, no Art. 196 da Constituição Federal, que aponta a promoção e acesso à saúde como dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Também justifica tal solicitação o fato da Lei de Drogas permitir “o plantio, a cultura e a colheita” de cannabis para fins medicinais e científicos “em local e prazo predeterminados, mediante

²¹ Primeiro HC concedido no país, a Margarete Brito e seu marido, Marcos Lins.

²² Alexandre Meirelles, pai da criança a quem o cultivo é direcionado, foi presidente da ABRACannabis, associação carioca, onde pude conhecer sua história. Também é possível ler sobre o HC no portal G1 de 02/02/2017, disponível em: <https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/casal-autorizado-a-plantar-maconha-no-rio-celebra-reducao-de-epilepsia-do-filho.ghtml>

²³ Cidinha e Fábio Carvalho são presidente e diretor executivo da Cultive, associação que atua na luta pela regulamentação da maconha para fins medicinais e ensina pessoas a cultivar em São Paulo. Site: <https://cultive.org.br/>

²⁴ <https://g1.globo.com/ceara/noticia/justica-do-ceara-autoriza-cultivo-de-maconha-a-paciente-tetraplegico-para-uso-medicinal.ghtml>

²⁵ Fonte: “Jornal O Globo” de 5 de outubro de 2017. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/tribunal-do-df-autoriza-familia-plantar-maconha-para-fins-medicinais-21914429>

²⁶ Segundo a matéria do jornal “G1” do Rio Grande do Norte, a autorização refere-se ao cultivo e à importação de sementes. Disponível em: <https://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/noticia/juiz-federal-do-rn-autoriza-familia-de-idosa-a-cultivar-cannabis-para-tratamento-medico.ghtml>

²⁷ Fonte: BBC Brasil: “A ‘legalização silenciosa’ da maconha no Brasil”, em 3 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53589585>

²⁸ O aumento da promulgação dos HC foi registrado por Policarpo em sua publicação no Jornal O Globo, no qual indica que o número havia ultrapassado os 200, em março de 2021. Disponível em: <https://blogs.oglobo.globo.com/ciencia-matematica/>

fiscalização, respeitadas as ressalvas supramencionadas (Lei Nº11.343, Título I, parágrafo único).

Assim, por meio de cultivos domésticos ou coletivos, clandestinos ou autorizados, essas pessoas produzem e experimentam um óleo feito a partir do extrato da maconha, compartilham conhecimento por meio de diferentes grupos (presenciais ou virtuais) que formam uma rede de troca de informações sobre maconha e seus usos medicinais, que chamamos aqui de rede canábica, sendo a atuação dessa rede no âmbito da saúde nosso foco principal.

3.4 Associações de usuários medicinais de cannabis e seus familiares

Com a formalização das associações civis em torno da maconha para fins medicinais e terapêuticos, a partir do final de 2014, usuários (medicinais ou não) e membros das associações passaram a compartilhar tanto informações oriundas de cultivadores e usuários mais experientes, como aquelas fruto das carreiras de cuidado de familiares de pessoas com doenças raras, e de médicos que passam a acompanhar e estudar o uso medicinal de maconha, além do apoio de advogados ativistas.

Como *carreira de cuidado* compreendo o percurso realizado por mães e outros familiares ou cuidadoras/es ao acompanharem a trajetória terapêutica de pessoas com doenças raras e de difícil controle em meio a consultas médicas, administração das medicações, elaboração e compreensão do diagnóstico, observação dos efeitos desejados e colaterais e a experimentação de novos tratamentos (que vão de aprender sobre dietas específicas a administração de novos fármacos), atravessados pelas emoções que suscitam.

O termo é utilizado em referência à Goffman (1974), que definiu “carreira” como

(...) qualquer trajetória percorrida por uma pessoa durante sua vida. Aceita-se a perspectiva da história natural: os resultados singulares são esquecidos, considerando-se as mudanças temporais que são básicas e comuns aos participantes de uma categoria social, embora ocorram de maneira independente em cada um deles (GOFFMAN, 1974, p.111).

Importante salientar que cuidadoras e cuidadores já trazem essa “bagagem” consigo, incluindo, algumas vezes, uma linguagem técnica por meio da qual comunicam as informações pertinentes aos médicos e a outras pessoas interessadas. Essa prática foi muito importante na hora de comunicar a sociedade em geral os efeitos percebidos nos usos medicinais da maconha.

Essa carreira prévia ao uso medicinal de maconha permitiu que muitas mães ativistas utilizassem as mesmas técnicas de observação e produção de dados sobre os usos medicinais de maconha. Dentre as categorias observadas estão: número de convulsões (por dia, por semana e por mês), coordenação motora (se a pessoa observada deixa ou passa a fazer certos movimentos - levantar os braços, sair da cama sozinha, segurar os talheres, caminhar, correr e etc), comportamento (se a pessoa se comporta de forma agressiva, carinhosa, autoflagelante, passiva e etc), apetite, sono e etc.

O avanço da internet e das redes sociais virtuais tem permitido o desenvolvimento de outras possibilidades de compartilhamento de experiências e conhecimento coletivo. Lima et al (2018), ao pesquisarem a articulação entre associações de pacientes com doenças raras e mídias sociais, por meio das páginas das associações no *Facebook*, compreendem tais redes como novas possibilidades de organização social, que não dependem necessariamente de encontros presenciais.

Os grupos de *WhatsApp* são lugares privilegiados de troca e compartilhamento de informações e experiências acerca dos tratamentos experimentados. Por meio dos grupos pacientes e seus familiares tratam sobre os efeitos esperados ou indesejados dos tratamentos com óleo de maconha, seja importado, nacional ou caseiro; trocam informações sobre doenças, diagnósticos, medicamentos, médicos conhecidos; compartilham e debatem artigos científicos, matérias de jornais, filmes, audiências públicas e os últimos acontecimentos sobre o tema; compartilham óleo quando, por exemplo, uma pessoa fica sem, inesperadamente, e consegue pegar um pouco “emprestado” com outro usuário ou seu familiar. Debates políticos também são frequentes, uma vez que o fato de fazer parte de uma associação (ou apenas de um mesmo grupo de *WhatsApp*) não significa que as pessoas tenham posicionamentos políticos semelhantes. Minha participação nos grupos de *WhatsApp* de pacientes da APEPI me permitiu acompanhar a frequência e o dinamismo pelo qual essas informações são compartilhadas, como registrei no caderno de campo:

Uma criança de dois anos que tem epilepsia começará uma dieta nova prescrita por um médico. Sua mãe, membra de um grupo no WhatsApp da associação, escreveu no grupo sobre a dieta e perguntou se o filho de alguém ali já tinha recebido a mesma indicação e poderia compartilhar a experiência com ela. Perguntou quem podia indicar uma nutricionista no Rio que fosse especialista nesses casos. Em alguns minutos outros membros lhe indicaram duas nutricionistas, uma jovem usuária contou sobre a dieta médica que tem feito, outro membro contou que existe um grupo no aplicativo focado nesse tipo de dieta, no qual uma mãe nutricionista que tem filha com epilepsia compartilha seu conhecimento e ajuda outras pessoas.

Uma mulher contou que sua mãe começou a usar o óleo para tratar Alzheimer e sentiu um pouco de enjoo. Perguntou se outras pessoas passaram por isso. Também em poucos minutos outra mulher lhe respondeu que sua mãe faz o mesmo tratamento e também apresentou enjoo no começo, mas que depois passou (Anotações do caderno de campo, 23/07/2018).

As sociólogas francesas Akrich e Rabehariosa (2012), apontam como esse conhecimento não formal, advindo da experiência, tem desempenhado um importante papel no desenvolvimento da democracia em saúde, tanto pelo reconhecimento de que pacientes e seus familiares, organizados em associações, desenvolvem um saber próprio, distinto do conhecimento médico (uma vez que preocupado com questões distintas), e capaz de abranger duas realidades diferentes, o *conhecimento experiencial* (*experiential knowledge*) e o conhecimento médico-científico.

Como *conhecimento experiencial* compreende-se o conhecimento adquirido por meio da experiência, narrada em primeira pessoa, e sua posterior reflexão, racionalização e análise, frequentemente construída através de processos coletivos de troca (BORKMAN, 1976). Na esteira de Borkman, Akrich e Rabeharisoa utilizam o termo “conhecimento profano” para referirem-se à produção de conhecimento experiencial *não credenciado* (Borkman, 1976), ou seja, produzido pela experiência de pessoas que não atuam profissionalmente no assunto.

Cada vez mais presente no mundo da saúde, a noção de "conhecimento profano" refere-se à ideia de que (I) pessoas sem formação acadêmica em um assunto – mas preocupados com esse assunto porque têm experiência pessoal - são capazes de desenvolver conhecimento e análises específicas; e que (II) esse conhecimento e essas análises podem e devem ser levadas em consideração nos processos de tomada de decisão, que essas decisões dizem respeito a indivíduos, ao desenvolvimento de protocolos, à organização de sistema de saúde ou políticas de saúde em geral (AKRICH e RABEHARIOSIA, 2012, p.70, tradução minha)²⁹.

O trecho destacado a seguir foi recortado de um áudio que recebi por *WhatsApp* de Cláudia, uma mãe participante da pesquisa, mulher branca, em torno de 50 anos, moradora da zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, na região de Realengo. Suas palavras demonstram a riqueza de detalhes que resultam da observação contínua de uma mãe atenta, sobre as manifestações físicas e comportamentais tanto da doença do filho como dos tratamentos experimentados, organizados, nesse caso, em uma ordem cronológica de acontecimentos, quando me contava sobre os anos de busca de

²⁹O trecho original é: “De plus en plus présent dans le monde de la santé, la notion d’ ‘expertise profane’ renvoie à l’idée que (i) des personnes sans formation académique sur un sujet – mais concernées par ce sujet parce qu’elles ont une expérience personnelle – sont capables de développer des connaissances et des analyses spécifiques ; et que (ii) ces connaissances et ces analyses peuvent et doivent être prises en considération dans les processus de décision, que ces décisions concernent des individus, l’élaboration de protocoles, l’organisation du système de soins ou les politiques de santé en général”.

tratamento para o filho, antes de experimentarem o tratamento com o extrato da maconha, que é diluído em azeite e administrado em gotas.

Waleska Aureliano (2012) tratou da narrativa em contextos clínicos e terapêuticos como “mecanismo de produção e emergência de sentidos para as doenças que fossem além da dimensão biológica” (2009, p.239). Aqui a narrativa é apresentada no mesmo sentido, mas direcionada à produção de conhecimento e de sentidos não apenas sobre o adoecimento, mas também sobre o tratamento experimentado.

Conheci Cláudia na primeira reunião da APEPI que participei. Na época ela e o marido importavam um óleo dos Estados Unidos para o filho, mas, sendo a importação muito cara, a família também contou com a doação de óleos da APEPI quando precisou. Soube que Cláudia se tornou uma cultivadora autossuficiente no final de 2019, quando eu colaborava com o desenvolvimento de um curso de cultivo da APEPI. Nesse momento eu já havia encerrado meu campo de pesquisa empírica, mas a notícia de que ela estava cultivando com sucesso me deixou entusiasmada, pois era o primeiro relato de autossuficiência de uma mãe da APEPI que eu ouvia. Cláudia estava bastante feliz e fora à associação no intuito de visitar a equipe, e não para realizar o curso. Algum tempo depois desse encontro escrevi à Cláudia pelo *WhatsApp*, perguntando se eu poderia contar sobre ela na tese e se poderíamos conversar um pouco mais sobre sua trajetória. Ela me respondeu que sim e pediu que eu dissesse o que queria saber, que ela me mandaria áudios respondendo. E assim fizemos. Como Cláudia não tem ainda um Habeas Corpus preventivo, estou usando um nome fictício, a fim de preservar sua identidade e a segurança de sua família.

Eu sou Cláudia, mãe do Miguel, que hoje está com 29 anos. Nasceu de parto de cesárea, com dois dias teve alta do hospital, nasceu com saúde e até os 9 meses se desenvolveu normalmente, saudável. Após a vacina do sarampo, aos nove meses, fez uma encefalite e desde então passou a sofrer com crises epiléticas generalizadas, sempre refratárias aos medicamentos mais modernos que estão aí no mercado.

A hiperatividade dele sempre foi muita. Muito agitado. E nunca, em 25 anos de terapia, desde os dois anos de idade quando ele começou as terapias, nós não conseguimos muitos progressos, por ele ser muito agitado. Não prestava atenção em nada, não fixava em nada, não ficava 10 segundos sentado. Sempre tendo que protegê-lo dele mesmo, para não se machucar, tirar todos os perigos da frente, do alcance. Já chegou a fazer 70 crises em apenas 1 mês. Enfim, foram muitas internações e a maioria delas todas em CTI, sempre por crises descontroladas, pra fazer ajuste de medicações, vinham em seguida as infecções urinárias, o sódio muito baixo, problemas no fígado, estômago, crescimento em gengivas, 5 cirurgias para remover o excesso das gengivas pra ele poder voltar a se alimentar, dieta cetogenica³⁰, implante do VNS. Uma

³⁰ Dieta sem carboidratos que objetiva simular as alterações bioquímicas associadas ao jejum, ocasionando uma diminuição no número de crises epiléticas. “Seu uso está indicado principalmente para

intoxicação de excesso de medicações de uso contínuo, que contribuíram para quase um óbito, a 3 anos atrás. A saúde foi embora junto com atividades escolares, com a hidroterapia, com o atletismo, caminhadas, vida social, passeios nos parques, porque o corpo não se sustentava mais. Nem em pé e nem sentado. A sensação de impotência de assistir um filho definhando era apavorante.

Atualmente meu filho está com uma alimentação totalmente orgânica. Não tivemos outra opção por ele ter ficado muito prejudicado durante tantos anos usando uma quantidade de medicações que intoxicaram o organismo dele. Pois mesmo com o uso da cannabis ainda usa dois controlados e estes ainda contribuem nos danos do fígado e intestino. O CBD, junto com THC, reduziu as crises dele de 50 crises no mês para de 5 a 7. E as vezes zera. A hiperatividade está 80% controlada, ele fica tão relaxado que consegue assistir programas como futebol, novela, alguns trechos de jornais, filmes inteiros, sentado ou deitado no sofá. Há mais ou menos uns dois anos apenas uma internação em CTI. Há três anos pudemos fazer o desmame de três medicações, o que começou a melhorar a saúde dele, como o sódio. Infecções urinárias nunca mais e gengivas saudáveis. Está voltando aos poucos com as atividades físicas. Enfim, ele está de pé novamente, firme, após ter iniciado um acompanhamento com a ortomolecular a seis meses para recuperar os danos desses metais pesados que ainda estão presentes em seu corpo. Ele está cada dia melhor, graças à Deus! Sabemos que ainda vamos ver mais melhoras com o passar dos anos, pois com apenas 50 gotas de um óleo de cannabis ao dia, ele toma 25 gotas de manhã e 25 à noite, ele se livrou, até hoje, de 5.400 cápsulas de veneno em 3 anos.

Eu sei que é proibido, eu sei que eu posso ser presa, mas eu não tenho medo. Tenho medo sim de perder meu filho, meu maior tesouro, meu amor. E por ele eu vou e faço o impossível, torno possível. Agora, nesse momento de pandemia eu fiquei muito orgulhosa e feliz por eu ter flores cultivadas por mim e poder ter feito o óleo pra ele e ter assistido mais três crianças num momento de tão grande escassez. Então, pra eu poder fazer isso, eu fiz uns 5 cursos de cultivo e eu tenho auxílio do jardineiro da associação e do grupo de cultivo onde tiramos nossas dúvidas

A narrativa de Cláudia nos apresenta uma descrição refinada que articula o conhecimento informado pela medicina, apreendido ao longo dos anos de consulta médica, internação, exames e buscas por conhecimento sobre o assunto de maneira geral, e àquele desenvolvido por sua longa experiência como mãe e cuidadora de seu filho. Assistir um filme inteiro deitado no sofá se configura como um sinal de saúde e melhora quando compreendido no contexto descrito. Diferentemente das categorias biomédicas que podem ser inferidas com exames do corpo, outros aspectos só podem ser observados por pessoas que tenham ambos os conhecimentos, sobre a vida da pessoa que está sendo avaliada (de que outra forma se saberia sobre a rotina da pessoa tão detalhadamente) e sobre as características biomédicas da *doença*, pois sem esse conhecimento também seria improvável que se conseguisse comunicar os tratamentos realizados e associá-los a efeitos esperados ou colaterais.

crianças com elevado número de crises epiléticas de difícil controle, que não respondem às medicações usuais”. (NONINO-BORGES, 2004, p.516).

De forma semelhante, não é possível definir previamente determinados efeitos dos tratamentos com maconha como colaterais ou esperados fora do contexto da vida de cada paciente/usuário medicinal. É claro que a diminuição do número de crises epiléticas é algo compreendido como positivo tanto por médicos como por familiares de pacientes e mesmo pessoas leigas. Mas outros aspectos só ganham sentido se acompanhados dos relatos dos pacientes ou de seus familiares/cuidadoras. Sentir-se sonolento ou com fome, consequências comuns do uso de maconha, só podem ser compreendidos em uma categoria de avaliação se sabemos se o usuário tem insônia ou falta de apetite, por exemplo. Se, ao contrário, tem dificuldades para controlar sua alimentação ou sente-se cansado constantemente, talvez esses efeitos sejam considerados indesejados. Há ainda questões mais subjetivas ou psicossociais, como gostar ou não de determinados efeitos.

Há certo consenso entre pesquisadores de que familiares e pacientes que lidam cotidianamente com determinada patologia, podem se tornar *especialistas leigos*³¹, sendo capazes de desenvolver conhecimento baseado na experiência e em suas pesquisas pessoais (AKRICH e RABEHARISOA, 2012, LIMA et al, 2018; MOREIRA et al, 2018). No caso das doenças raras e de difícil controle, esse conhecimento é impulsionado por associações de pacientes e familiares que, por meio de redes de articulação e mobilização, compartilham desde suporte emocional à demanda de políticas públicas (LIMA et al, 2018). Essas informações corroboram para a anterioridade da prática de se organizar desses grupos, que passam a compartilhar suas redes com as redes canábicas. No Brasil existem cerca de 100 associações em torno de doenças raras (MOREIRA et al, 2018).

Destacam-se nesse grupo de *especialistas* as mães de pessoas com diagnósticos de doenças raras e de difícil controle, que promoveram maior visibilidade dos potenciais terapêuticos da maconha a partir de 2014, tornando público os resultados dos usos, ainda ilegais, do óleo de maconha em seus filhos e filhas.

³¹ Em referência às leituras dos textos citados, embora não sejam paráfrases, uma vez que os originais estão em francês (com exceção de Lima et al, 2018). O termo foi escolhido na esteira da ideia de *expertise profane* (AKRICH e RABEHARISOA, 2012), que pode ser traduzido, entre outras formas, como *conhecimento experto leigo*, que abarca duas oposições que se tornam possíveis nesse contexto. Em outro texto, Rabeharisoa (2013) argumenta que o termo “especialistas leigos” está associado a adquirir conhecimento para dialogar com especialistas, portanto aprender a usar a linguagem médica, por exemplo.

A primeira posição do Conselho Federal de Medicina (CFM)³² a concordar com o uso de *Canabidiol* para fins medicinais, em dezembro de 2014, defendia que as prescrições médicas deveriam ser feitas exclusivamente para crianças diagnosticadas com epilepsia refratária, e que já tivessem experimentado todos os tratamentos disponíveis sem lograr sucesso, o que na medicina é referido como uso compassivo. Então crianças com doenças raras que ocasionavam epilepsia se tornaram as primeiras *pacientes* legitimadas, do ponto de vista médico, como usuários medicinais de maconha. Muito embora em 2019 o Conselho tenha declarado que “não existe maconha medicinal”³³.

Já fazia parte do cotidiano dessas mulheres a observação regular de seus filhos em relação à constante experimentação de medicamentos, assim como o próprio ato de informar aos médicos sobre os efeitos encontrados em cada novo tratamento. Essas mães produziam e trocavam informações tanto em relação às doenças e tratamentos médicos, reações adversas, efeitos esperados, como acerca das dosagens e efeitos do óleo, ao passo que sistematizavam os dados empíricos catalogados, alguns em termos médicos por elas já conhecidos.

As mães que começaram a utilizar maconha no tratamento de seus filhos já constituíam redes de troca de informações em torno das experiências de serem mães de pessoas com doenças raras. Dentre as diversas formas de troca de experiência, destaco a criação de grupos de conversa no aplicativo *WhatsApp*, por meio do qual compartilham experiências sem a restrição das barreiras geográficas. Como no exemplo ressaltado no capítulo I, foi por meio do aplicativo que uma mãe do Rio de Janeiro trocou informações com outra de Brasília, acerca das experiências com suas filhas diagnosticadas com Síndrome de Rett (CDKL5) e, posteriormente, sobre a experimentação do óleo, inicialmente importado ilegalmente.

A ênfase nas mães em contrapartida aos demais familiares se deve à maior adesão desse grupo durante meu período de pesquisa junto à APEPI (o que também foi

³²Como informou o site do CFM: “O uso compassivo do canabidiol (CBD), um dos 80 derivados canabinoídeos da cannabis sativa, foi autorizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) para crianças e adolescentes portadores de epilepsias refratárias aos tratamentos convencionais. [...] a regra restringe sua prescrição – de forma compassiva - às situações onde métodos já conhecidos não apresentam resultados satisfatórios. O uso compassivo ocorre quando um medicamento novo, ainda sem registro na Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA), pode ser prescrito para pacientes com doenças graves e sem alternativa terapêutica satisfatória com produtos registrados no país”. Consultado em 15/09/2017. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/canabidiol/>

³³ A declaração foi feita no documento intitulado “Decálogo sobre Maconha”, elabora pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em parceria com o CFM e publicada em 10/10/2019. O texto está disponível em: <https://www.abp.org.br>.

observado posteriormente junto à Fundação Daya), onde em todas as atividades acompanhadas havia uma maior presença de mães e avós do que de outros familiares. Essa percepção é corroborada por Oliveira (2016) que, ao tratar de crianças com doenças raras que iniciaram tratamentos com maconha em 2015, também encontrou a prevalência de mães a pais, mas isso não deve ser considerado como um caso específico de determinadas doenças. A responsabilidade das mães – e extensivamente das mulheres – em relação ao cuidado da saúde da família não é uma novidade, já tendo sido demonstrada em estudos anteriores (FLEISCHER e FRACH, 2015; SCAVONE, 2005) e não deve ser compreendida como algo natural, inerente ao gênero feminino. Segundo Giddens (1993), a partir do final do século XIX o domínio direto do homem sobre a família foi enfraquecido com a separação entre a casa e o trabalho e com a crescente ênfase na importância das relações afetivas entre pais e filhos.

“O controle das mulheres sobre a criação dos filhos aumentou à medida que as famílias ficavam menores, e as crianças passaram a ser identificadas como vulneráveis e necessitando de um treinamento emocional a longo prazo” (GIDDENS, 1993, p.53).

Esse processo culminou na consolidação da relação entre feminilidade e maternidade no século XX.

A socióloga Luciala Scavone, em seus estudos acerca da relação entre maternidade, cuidado e saúde, observou que as mulheres são as principais responsáveis pela produção de cuidados na saúde dentro da família: “é a mãe, ou outra mulher da família, que se encarrega da alimentação, da higiene, das idas ao médico e da administração dos remédios, quando necessária” (2005, p. 102). Como ressalta a autora, a responsabilidade da mulher sobre o cuidado com a saúde começa na contracepção, segue na gravidez, abarca todo o período de cuidado com os filhos e, posterior ou concomitantemente, se estende ao cuidado das pessoas idosas. Esses cuidados vão desde a manutenção da saúde e prevenção de doenças à viabilização dos tratamentos nos momentos de enfermidade. Porém, como destaca Scavone, a associação entre a responsabilidade pelo cuidado da saúde da família e o afeto materno “dificulta seu reconhecimento como trabalho” (2005, p.103).

[...] essas práticas, quase sempre evidentes, mas nem sempre evidenciadas, revelam a relação histórica das mulheres com a saúde, que, passando pelos seus corpos, especialmente pela reprodução, também as leva em busca dos saberes médicos institucionais. Os poderes decorrentes do conjunto de saberes adquiridos (profanos e institucionais) reforçam a relação das mulheres com a saúde, que interessadas pela prevenção, pelos cuidados, pela cura, pelo reconhecimento social da doença e seu consequente planejamento político, são as frequentadoras mais assíduas dos serviços e consultas de saúde (SCAVONE, 2005, p.106).

Dessa forma, essas mulheres constroem também a rede canábica em torno da saúde de maneira igualmente relevante em relação aos demais grupos, uma vez que contribuem com tais conhecimentos. Além disso, lançam mão da autoridade moral socialmente concedidas à categoria de mães, consideradas como principais responsáveis pela saúde dos filhos, no processo de publicização dos usos medicinais de maconha. Como aponta Scavone,

(...) esses saberes sobre a saúde, construídos na prática dos cuidados, também, geram *poderes* às mulheres na família e sociedade: na relação com os doentes, com os outros membros da família, com os agentes institucionais de saúde, na comunidade, conforme foi constatado nessas pesquisas. A centralidade da figura materna é um bom exemplo das relações de poder das mulheres em matéria de saúde, pois indica a mãe como a pessoa que conhece melhor os sentimentos e sofrimentos de seus filho(a)s (SCAVONE, 2005, p.106).

Seguindo os apontamentos da autora, compreendemos que as mães de filhos usuários medicinais de maconha, ao assumirem seus atos ilícitos, seja para um familiar ou publicamente, assumem a responsabilidade de serem as pessoas que *sabem* e que *podem* cuidar da saúde dos filhos, lançando mão da autoridade oriunda desse capital simbólico. Ou seja, essas mulheres extraem da ideia que naturaliza os cuidados à saúde como algo feminino o poder que legitima suas narrativas, ainda que esse poder seja produzido pelas relações de dominação masculina (SCAVONE, 2005). Uma utilização política estratégica dos papéis sociais estabelecidos. “É possível dizer que esses saberes/poderes seguidamente se transformam em agir, compondo e ampliando as lutas sociais (SCAVONE, 2005, p.106).

Dessa forma, ao utilizarem os óleos medicinais de maconha feitos pelos cultivadores, e a partir dos conhecimentos adquiridos através das carreiras do cuidado, mães de usuários medicinais não apenas compartilham e trocam informações entre si como passam a produzir evidências dos resultados relatados. Isso foi observado também por Oliveira (2016):

Era comum as cuidadoras anotarem em cadernos a quantidade de vezes que a criança tinha convulsão, como pontuou Heloísa, “Eu lembro que teve um dia que a gente anotou e ele teve 380 espasmos em um dia”. Já Isabela mencionou que “marcava na parede um x quando meus filhos tinham convulsão”. E ela observava quanto tempo ficava sem marcar o x na parede de sua casa pra ver se seus filhos estavam sem crises convulsivas (OLIVEIRA, 2016, p.107).

Tal como foi percebido por Akrich e Rabeharisoa (2012) ao observarem as associações de pacientes, é característico dessas associações mobilizar as experiências resultantes das carreiras do cuidado e dos itinerários terapêuticos de pacientes e seus

familiares em direção a diversos públicos (de pessoas interessadas em geral a profissionais da saúde e pesquisadores) e em vários formatos: depoimentos, gráficos, histórias de vida e estatísticas que permitam estabelecer "fatos" considerados robustos e suficientemente convincentes para leigos e profissionais, atuando como evidências legítimas.

Durante uma sessão da Comissão Especial da Câmara dos Deputados sobre usos medicinais de cannabis, que pude acompanhar pela transmissão online, realizada em novembro de 2019, uma das convidadas era Cidinha Carvalho, mãe de uma menina diagnosticada com Síndrome de Dravet (usuária medicinal de cannabis “autorizada” por um salvo conduto), e presidente da associação paulistana Cultive. Na sessão, Cidinha apresentou o percurso terapêutico de sua filha, organizado em uma apresentação de slides na qual o texto era acompanhado por imagens da menina antes e depois do uso do óleo artesanal de maconha que, antes de aprender a cultivar e produzir, a família recebia gratuitamente de uma associação do Rio de Janeiro. Dentre as observações realizadas pela família foram descritas: diminuição das crises convulsivas e da duração das crises; “grande melhora no cognitivo”; “incrível melhora no equilíbrio e tônus muscular”; “nunca mais teve apneia do sono”; quatro anos e meio sem precisar levar a filha no pronto socorro e “melhora na qualidade de vida da família toda”³⁴.

Para além dos laudos médicos, os dados apresentados por Cidinha na audiência procuram corroborar, comprovar e legitimar as demandas das associações, indicando que a produção artesanal e caseira do óleo, assim como o cultivo, somados às habilidades aprendidas para manipular e dosificar a substância, proporcionam uma melhora na qualidade de vida de sua filha não ocasionada pelo saber e prática médicos e suas drogas.

Akrich e Rabeharisoa (2012) ressaltam que esses conhecimentos, mobilizados a partir da experiência, não devem ser considerados características apenas das associações de pacientes (o que poderia levar a relativizar seu escopo), uma vez que os médicos também utilizam o conhecimento dos pacientes em inúmeras ocasiões. No caso das doenças raras, as descrições dos pacientes e suas cuidadoras são importantes para o avanço no tratamento e no diagnóstico. Como demonstram as autoras,

³⁴ Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/pl-0399-15-medicamentos-formulados-com-cannabis/apresentacoes-em-eventos/CIDINHACARVALHO.pdf>

A experiência do paciente não pode ser reduzida a aspectos psicossociais: por um lado, está imbuída de conhecimentos médicos, é apoiada e reforçada através desse conhecimento, parte integrante da vida dos pacientes, que os ajuda a entender sua patologia e a interpretar suas percepções; por outro lado, sua coleção e formatação fornecem, como vimos, elementos de conhecimento médico ou epidemiológico (AKRICH e RABEHARISOA, 2012, p.71, tradução minha)³⁵.

Assim, as mães de pessoas com doenças raras e/ou de difícil controle atuam nessa rede, tanto na produção de dados sobre os efeitos positivos do tratamento com cannabis, como na divulgação dos resultados percebidos e sensibilização pública sobre o assunto. Levam o debate sobre a maconha para dentro de suas famílias e, muitas vezes, também para outras famílias que passam por experiências semelhantes.

Exemplos desse deslocamento são as participações dessas famílias em programas de TV como o “Encontro”, conduzido pela jornalista Fátima Bernardes, que realizou algumas edições sobre o tema, debatendo a regulamentação da maconha para fins medicinais. Em um dos episódios, Cidinha Carvalho recebeu a equipe de reportagem em sua casa e, ao lado de seu marido e sua filha, exibiu seu cultivo doméstico e a colheita com a qual produzira o óleo para sua filha, sob a garantia de um Salvo Conduto. No mesmo programa, Margarete e Marcos, fundadores da APEPI, contaram sobre a distribuição ilegal que faziam do excedente do óleo que produziam, também resguardados por um Habeas Corpus preventivo.

O Curso sobre Cannabis Medicinal promovido em parceria pela Universidade Federal de São Paulo³⁶ e a paróquia do padre Ticão, na cidade de São Paulo, materializa também um deslocamento da discussão³⁷. O curso, que está em sua quarta edição, mantém disponíveis gratuitamente as aulas das edições anteriores em um canal no Youtube³⁸. Segundo a fala do padre Ticão na aula de abertura da quinta edição do curso (realizada em 2020), mais de 7.500 pessoas já se inscreveram, somando a modalidade presencial e online. O cultivo também é incentivado e, para tanto, o padre solicita a doação de sementes, que são distribuídas todas as sextas-feiras, sendo que cada família recebe entre 10 e 15 sementes.

³⁵ Trecho original: l'expérience des patients ne se laisse pas réduire à des aspects psychosociaux : d'une part, elle est imprégnée de connaissances médicales, elle est soutenue et renforcée par ces connaissances qui font partie intégrante de la vie des patients, qui les aident à se représenter leur pathologie et à interpréter leurs perceptions ; d'autre part, sa collecte et sa mise en forme apportent, comme on l'a vu, des éléments de connaissance médicale ou épidémiologique” (AKRICH E RABEHARISOA, 2012, p. 71).

³⁶ <https://sistemas.unifesp.br/acad/proec-siex/index.php?page=INS&acao=1&code=20258>

³⁷ <https://greensciencetimes.com/editorial/unifesp-curso-gratuito-sobre-cannabis-medicinal-abre-sexta-turma-inscricoes-vao-ate-30-de-julho/>

³⁸ Disponível em: <https://www.youtube.com/c/MovReCam/playlists>

Tem família que diz assim: “padre, isso não vai dar problema?”. Eu falo: cada sementinha é um ano de cadeia [risos]. Mas nós vamos mudar essa lei, essa lei é injusta, essa lei é desumana. Eu aprendo todo dia com Jesus que ele curava no sábado, que não podia. A lei do sábado no tempo de Jesus era também desumana e injusta. Não levava em conta a pessoa em primeiro lugar. Como essa lei que nós temos da cannabis [...]. Nós do Brasil, nesse país continental, não podemos plantar nossa santa erva? É uma planta, criação de Deus.

Outro exemplo de como a mobilização social provoca uma expansão nessa rede de conhecimento e ativismo, atingindo e demandando ações de institutos de pesquisa e universidades públicas foi a aprovação da criação da disciplina “Sistema endocanabinoide e perspectivas terapêuticas da Cannabis Sativa e seus derivados” pelo conselho da Universidade Federal da Paraíba, em agosto de 2019, a ser ministrada aos cursos de biomedicina, medicina e farmácia³⁹. A ementa de tal disciplina e sua composição curricular, primeira vez instituída em uma universidade pública brasileira, foi proposta pela doutora Katy Albuquerque, professora do departamento de Fisiologia e Patologia da universidade e parceira da Liga Canábica da Paraíba, que eu havia conhecido em finais de 2017 (refiro-me à associação e à professora).

A compreensão sobre as atividades desenvolvidas pelas associações no Brasil permite o entendimento sobre a circulação e articulação das informações e as maneiras como tem sido postas em prática, alcançando resultados como a regulamentação da importação pela ANVISA, as autorizações judiciais para cultivo associativo, o financiamento do tratamento pelo estado ou planos de saúde e a obtenção de Habeas Corpus preventivos.

Mesmo a prescrição médica de maconha no Brasil está estritamente vinculada aos conhecimentos não formais: foi a partir do uso de um óleo não registrado, feito com flores de uma planta cultivada sob riscos das sanções, prescrita por médicos que não aprenderam sobre sistema endocanabinoide em sua formação básica, que se abriram os caminhos para o acesso ao uso medicinal de maconha no Brasil. Assim, compreendemos que a mobilização e organização social em associações canábicas tem fomentado e viabilizado os usos medicinais de maconha no Brasil e participado de uma disputa epistemológica em torno da maconha.

³⁹ Informações do site da universidade. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br/biomed/contents/noticias/aprovada-a-criacao-da-disciplina-sistema-endocanabinoide-e-perspectivas-terapeuticas-da-cannabis-sativa-e-seus-derivados-que-aborda-o-uso-medicinal-da-maconha>

CAPÍTULO IV

A EXPERIÊNCIA DA FUNDAÇÃO DAYA, NO CHILE

4.1 “Legalização de fato”, mas não de direito: notas gerais sobre a maconha no Chile

Quando cheguei em Santiago, no verão de 2018, tinha algumas informações que me indicavam que a relação dos chilenos com a maconha é bastante distinta da nossa, no Brasil, especialmente no Rio de Janeiro. Algumas dessas informações vinham de buscas na internet, onde é possível encontrar diversos *growshops*, lojas especializadas em produtos para o cultivo da planta frequentemente divulgados por turistas brasileiros em suas redes sociais, assim como energético de maconha, remédios fitoterápicos à base da planta (é muito comum fotos de turistas brasileiros em frente a lojas de produtos de maconha ou experimentando o energético, há uma brincadeira frequente com isso) e até uma feira internacional anual de produtos canábicos, chamada de *ExpoWeed*, que eu tive oportunidade de visitar, logo que cheguei ao país.

Também encontrei em minhas pesquisas sobre a cidade, blogs de viajantes que compartilhavam uma interpretação equivocada de que o consumo de maconha é legal no Chile, tal a percepção que a presença desses empreendimentos causa. Nos *growshops* é possível encontrar, além de terra e fertilizantes específicos, e todo o material para montar um cultivo doméstico discreto e sementes de maconha de diversos bancos de sementes europeus, estadunidenses e até brasileiros (marca brasileira, mas produzida na Europa).

A outras informações tive acesso conversando com alguns chilenos, como Mauricio Becerra, o jornalista¹ que me apresentou à Ana María Gazmuri por e-mail, quando eu tentava a bolsa sanduíche, e com quem tive a oportunidade de conversar outras vezes pelo *Facebook*. Em uma oportunidade lhe perguntei como era a relação

¹ Mauricio Beserra é jornalista, mestre e doutor em Ciências da Saúde, tendo o uso de drogas como um de seus temas de pesquisa. Como disse no capítulo I, conheci Maurício por intermédio de uma colega em comum, já tendo nos encontrado uma vez em um evento acadêmico sobre saúde mental, quando ele realizava seu mestrado na Fiocruz do Rio de Janeiro e eu também fazia meu mestrado na UFSCar. Quando me inscrevi para bolsa sanduíche, lhe escrevi perguntando se poderia me ajudar a contatar meus possíveis interlocutores no Chile, ao que Maurício foi muito solícito, me pondo em contato tanto com a Fundação Daya como com Maurício Sepúlveda, que me co-orientou/supervisionou na Universidad Diego Portales, em Santiago.

com a maconha no Chile. Conhecendo o Rio de Janeiro (onde morou enquanto realizava o mestrado), ele logo me disse que em Santiago não são “tão proibicionistas quanto vocês”. Disse que no Chile muitas pessoas fumam e que não é algo que chama atenção, contou ser comum, por exemplo, estar no trem e ouvir trabalhadores, voltando para casa após a jornada de trabalho, dizerem entre si “preciso comprar pão antes de chegar em casa, e *marihuana*”.

Entretanto, no que se refere à legislação referente à maconha, não há grandes diferenças entre os dois países. No Chile, a Lei 20.000, de 2005, passou a considerar que a posse de maconha pode não ser categorizada como crime passível de encarceramento se o proprietário comprovar ser para consumo próprio. No caso de usuários flagrados fumando maconha em locais públicos, as penas são de multa, participação em programas de prevenção ao uso de drogas, participação em trabalhos comunitários, suspensão da licença para conduzir veículo por 6 meses, sendo definas pelo artigo 50 em diante, como descrito no trecho abaixo.

Art. 8.- Quem, sem a devida autorização, semear, plantar, cultivar ou colher espécies vegetais do gênero *cannabis* ou outras produtoras de entorpecentes ou psicotrópicos, incorre na pena de prisão [...], e multa [...], a menos que justifique que se destinem a seu uso ou consumo pessoal e exclusivo, caso em que só se aplicará as sanções dos artigos 50 e seguintes (Ley 20.000 de 16 de fevereiro de 2005, Ministério do Interior do Chile, tradução e grifos meus).

Em 2015, por meio de decreto, tanto a posse como o cultivo para fins medicinais ou pessoais deixaram de ser considerado crimes - concepção anteriormente restrita aos fins científicos e de pesquisa - com a modificação do artigo quarto:

Art. 4º - Aquele que, sem a competente autorização, possuir, transportar, armazenar ou transportar consigo pequenas quantidades de entorpecentes, substâncias psicotrópicas ou drogas, que produzam dependência física ou mental, ou das matérias-primas utilizadas para obtê-las, independentemente de ser os indicados no primeiro ou segundo parágrafos do art. 1º, serão punidos com pena de prisão menor, em grau médio a máximo e multa de dez a quarenta unidades tributárias mensais, salvo se justificar que se destinem ao atendimento de tratamento médico ou à sua utilização ou consumo pessoal exclusivo (CHILE, Lei 20.000, Artigo 4º, de junho de 2015, tradução e grifos meus).

Tal como o Brasil, no Chile o que define se um cultivo doméstico ou a posse de certa quantidade de maconha devem ser considerados crime de tráfico é a intenção de quem a porta. É a finalidade para a qual as flores ou o cultivo são destinadas que define, nos termos da lei, a tipificação ou não do ato como um delito e de qual proporção. Nesse sentido, não foram criadas diretrizes que balizem a distinção entre o que caracteriza tráfico e o que caracteriza consumo próprio ou finalidade medicinal, o que permite um enorme espaço para controvérsias e ambiguidades no momento da decisão

sobre o intuito do ato. Para indicar como será tomada a decisão sobre a finalidade da posse da maconha, ambas as legislações indicam que se deve considerar o local e as “circunstâncias” da situação de flagrância, mas não especificam quais as circunstâncias denotam cada forma de uso. No caso do Chile:

Será entendido que não ocorre a circunstância de uso ou consumo pessoal exclusivo, quanto a qualidade ou pureza do medicamento possuído, transportado, armazenado ou transportado não permitir racionalmente supor que se destina ao uso ou consumo descrito ou quando as circunstâncias da posse, transporte, armazenamento ou porte são indicativos da finalidade do tráfico. (CHILE, Ley 20.000, 2005, Artigo 4º §4, Tradução minha)

Em ambos os países existe um debate sobre as consequências sociais dessa falta de especificidades do que se considera ou não como tráfico de drogas e, mais precisamente, de quem é considerado ou não como traficante. No Brasil é sabido que essa discussão está relacionada ao racismo e à criminalização da pobreza, e, no Chile, às questões de classe, como ouvi do ex-secretário de segurança de Santiago², e como indicou o resultado da pesquisa da defensoria pública do país, de 2013³. Para os objetivos desta tese, porém, nos basta assinalar a proximidade entre as legislações.

Logo nos meus primeiros dias em Santiago pude perceber que era muito comum ver pessoas fumando maconha na rua, a qualquer hora do dia. Não me parecia, observando-as, que estivessem se esforçando para esconder o que faziam. Refiro-me, é importante destacar, à grande região central da cidade, composta por áreas residenciais de classe média alta, ruas comerciais, prédios históricos (como a biblioteca central), centro financeiro e ainda prédios do governo e áreas turísticas, como a *Plaza de Armas* e o *Cerro Santa Lucía*. Região pela qual transitei com maior frequência.

Dentre meus escritos gerais sobre a cidade, e minhas tentativas de traduzir no papel o que era evidenciado pelo cotidiano, destaco duas situações que contribuem para a compreensão do contexto chileno, uma ocorrida no início da minha estadia no país, e outro no período final.

² Durante a mesa redonda “Cannabis y derechos humanos”, ocorrida no pátio da Fundação Daya em março de 2019. Eduardo Vergara, advogado e ex chefe da *División de Seguridad Pública* do país (durante o governo Bachelet), tratou a falta de regulamentação no país como algo que mantém como alvo da polícia pessoas pobres, moradoras de áreas periféricas da região metropolitana de Santiago. Segundo o ex-secretário, é nessas regiões que a polícia prende usuários como traficantes sempre que o número de ações contra o tráfico aparece como ineficientes nas grandes mídias.

³ Estudios y capacitación - Ley 20.000: Tráfico, microtráfico y consumo de drogas. Elementos jurídicos y sociológicos para su distinción y defensa. Centro de Documentación Defensoría Penal Pública. Santiago, Chile. N° 8, 2013. De acordo com o documento, dentre as pessoas presas por tráfico no país, a imensa maioria são homens (75%), tem entre 18 e 30 anos (39%) que não chegam a completar o ensino médio (65,8%), sendo que 81,9% não possuíam antecedentes criminais.

Narro essas linhas iniciais no intuito de apresentar um pano de fundo para as observações realizadas por mim na Fundação Daya. Se olhássemos apenas para a legislação chilena e brasileira, poderíamos nos sentir um pouco perdidos, sem entender muito bem como essa Fundação consegue desenvolver tal trabalho em um país onde o cultivo é proibido. Se ignorássemos, por outro lado, a legislação e olhássemos apenas para as práticas, correríamos o risco de imaginar que a maconha é legal no Chile. Por isso é importante compreendermos o contexto no qual se desenvolveram as observações que culminaram neste capítulo, realizadas entre novembro de 2018 e maio de 2019⁴.

O primeiro episódio ocorreu no início de dezembro, quando, ao tomar um carro por meio de um aplicativo, o motorista, percebendo logo que eu não era chilena, me perguntou de onde eu vinha e o que eu estava fazendo na cidade. Contei que tinha chegado pouco mais de um mês para fazer parte do meu doutorado. Ele perguntou o que eu estudava, expliquei. O motorista não só não demonstrou espanto como me disse que tem um sobrinho que trabalha com cannabis para uso medicinal, tendo trocado o trabalho formal pela dedicação ao cultivo e à produção do óleo. Ressaltou que o rapaz faz tudo, do cultivo à produção do óleo, e vende seus produtos a usuários medicinais, tudo de maneira legal. Disse que podia me passar o contato se eu quisesse, que ele atendia pelo telefone e aceitava encomendas. Fiquei muito curiosa com a história, não sabia que era possível trabalhar assim em Santiago. Perguntei se ele tinha autorização, o senhor disse que sim, que seu sobrinho lhe explicara que era tudo totalmente legal, que ele havia conseguido os documentos necessários do governo. Parecia orgulhoso de me contar essas coisas, dizia que seu sobrinho estava tendo sucesso e o negócio estava crescendo.

Quando retornei à minha casa fiz uma busca na internet para saber se havia licenças para produção e venda de óleo em Santiago. Eu sabia que não, mas a conversa me fez duvidar, eu poderia não ter me atualizado. Mas não havia qualquer regulamentação para esse tipo de serviço no Chile, a produção da qual o motorista me contara com orgulho, era provavelmente ilegal. Independente do senhor saber ou não sobre a legalidade do cultivo, a história me pareceu um pouco anedótica e um exemplo das confusões comuns acerca da legislação sobre usos de maconha no país.

⁴ Digo dessa maneira porque enquanto escrevo, em meados de 2020, a ascensão de políticas conservadoras e de extrema direita na América Latina tem ocasionado mudanças culturais e políticas relevantes em diversos países, incluindo o Chile. Desde o início desse ano Ana María Gazmuri, presidente da Fundação Daya, tem declarado que a Fundação tem sido perseguida pelo governo. Não entrarei aqui nesta discussão, apenas demarco que o país passa por transformações políticas que podem alterar as relações com a maconha aqui descritas.

A segunda situação consiste em um trecho do caderno de campo que escrevi enquanto observava a cena descrita, na entrada da Biblioteca Nacional do Chile, já no meu último bimestre em Santiago.

Cheguei na biblioteca Nacional para estudar logo após a hora do almoço e parei na escadaria da entrada para fumar um cigarro e tomar um pouco de sol antes de entrar. Como havia duas pessoas sentadas nos primeiros degraus, fui para os últimos, na parte mais alta, para que a fumaça do meu cigarro não incomodasse ninguém. Senti um cheiro forte de maconha. Olhei a minha volta e vi que a moça sentada à sombra, no terceiro degrau da escada, fumava um baseado enquanto fazia uma chamada de vídeo no celular. O senhor do sexto degrau, sentado atrás dela, um homem mais velho por volta dos 50 anos, parecia entretido com seu celular. Não parecia incomodar-se. Aguardava outro homem que chegou poucos minutos depois. Se cumprimentaram com sorrisos e entraram na biblioteca. Outras pessoas vieram fumar seus cigarros. A moça, branca, de vinte e poucos anos, seguiu com seu baseado nada discreto, tossindo, fumando e fazendo sua chamada de vídeo. A moça não parecia preocupada em disfarçar o que fazia, tossia alto, não olhava para os lados (como é comum observarmos no Brasil) e até o momento que resolvi entrar na biblioteca, após ter escrito essas linhas, tudo parecia normal para os chilenos (Trecho do Diário de Campo, 03/04/2019).

Esse episódio chamou minha atenção pelo horário, por ser uma região central da cidade com fluxo intenso de pessoas, porque a mulher não parecia se importar, porque as pessoas à sua volta pareciam tão pouco incomodadas. Pude observar outros episódios semelhantes, embora este tenha sido para mim o mais emblemático. Frequentei a Biblioteca Nacional do Chile por cerca de um mês, durante o período em que morei bem perto. A biblioteca estava sempre cheia (não lotada, mas sempre havia bastante gente), muitas pessoas de terno e roupas formais, algumas delas faziam reuniões aparentemente de trabalho, muitas trabalhavam em seus computadores, outras nos computadores disponíveis no hall central, sempre havia muitos estudantes universitários e colegiais e pessoas que usavam o jardim da biblioteca para fazer suas refeições. A biblioteca era um lugar de intenso fluxo de pessoas e aquela mulher fumando maconha na escadaria foi bastante notório para uma brasileira, ainda que eu já estivesse acostumada com essa característica de Santiago.

No meu primeiro dia de trabalho na Fundação Daya, Ana Maria Gazmuri, presidente da Fundação, me contou um pouco sobre a relação cultural com a maconha no país. Explicou que no Chile há o que chamam de “legalização de fato”, uma relação menos rígida com a legalidade, não havendo uma criminalização do usuário por parte da população, por exemplo. Contou que existem lojas autorizadas que vendem sementes de maconha e tudo necessário para cultivo, e que também é possível encontrar sementes sendo vendidas ilegalmente em feiras de rua (onde se compram frutas e verduras). Depois, ao longo do trabalho de campo, ouvi sobre isso muitas vezes, sempre nos cursos

havia alguém que perguntava sobre a procedência e a qualidade das sementes compradas em feiras de rua.

Ana María ressaltou, entretanto, a “ambiguidade da lei”, que descriminaliza o cultivo para uso pessoal, mas possibilita que um usuário possa ser criminalizado como traficante, não havendo garantia de segurança para o usuário medicinal e sua família. A fala de Ana María ressalta que o fato de os chilenos terem uma outra relação cultural com a maconha não significa que exista um acesso democrático. Não havendo a consolidação do direito ao cultivo pela via da regulamentação, a decisão sobre a finalidade de cada cultivo é tomada individualmente por cada delegado ou juiz, nos casos que vão parar nos tribunais. Além disso, não sendo consolidada em lei, mudanças de governo podem ocasionar grandes mudanças nas interpretações das leis e na maior ou menor incidência do poder discricionário.

Essas experiências não tratam diretamente sobre usos medicinais de maconha, mas compõem o cenário cultural e político no qual os usos medicinais se inserem. Cabe ainda ressaltar dois fatores que considero relevantes para a compreensão do contexto no qual se desenvolvem as discussões acerca dos usos medicinais de maconha no país.

O primeiro deles diz respeito ao clima da região central do Chile, na qual está a capital, Santiago. Essa percepção só foi possível após meses de trabalho de campo na Fundação. Já tendo acompanhado alguns cursos de cultivo no Rio de Janeiro, e participado de grupos de *WhatsApp* de pessoas que tentavam cultivar para produzir seu próprio óleo, era evidente que cultivar maconha não era algo simples, principalmente quando existia uma urgência de uma colheita abundante para tornar o uso medicinal autônomo. Era recorrente casos de infestação de insetos que danificam a planta e as dificuldades relacionadas ao excesso de calor e de umidade no verão carioca. Acompanhando os cursos e oficinas de cultivo na Fundação Daya foi me chamando atenção que esses problemas quase não apareciam.

Conversando com o professor⁵ dos cursos e aprendendo sobre a planta em suas aulas, entendi que o clima de Santiago e parte do país (era frequente a presença de pessoas de outras cidades) é muito propenso ao cultivo de maconha, tendo baixíssima umidade e temperaturas amenas entre a primavera e o outono, ideais para o controle de pragas, que se multiplicam com o aumento da umidade e temperaturas acima dos 33°C, como é frequente no Rio. Além disso, a partir do início da primavera os dias começam a

⁵ Marco era chamado de professor tanto por quem fazia o curso como por colegas da Fundação, por isso o identifiquei dessa forma.

ficar mais longos, chegando a 14 horas de luz solar por dia, favorecendo o crescimento da planta, que precisa de pelo menos 12 horas diárias de luz para crescer e ficar robusta. Com o decorrer do verão, as horas de luz solar vão diminuindo gradativamente, fazendo a planta florir quando as horas de escuridão ultrapassam as horas de luz solar, e as noites começam a se tornar mais longas em direção ao inverno. Como as chuvas são raras nessa região do país, a umidade é bastante baixa e o calor não é excessivo, não há necessidade de muito controle dessas condições, facilitando o cultivo doméstico no Chile.

Em uma conversa com um dos terapeutas da Fundação Daya, perguntei se ele conhecia usuários medicinais que tivessem importado o óleo. O terapeuta fez uma expressão de quem não entendeu a pergunta e precisei lhe explicar que no Brasil há pessoas que importam e empresas que vendem óleos produzidos em outros países. Ele me disse que não, que há muitos cultivos ilegais no Chile, e que o país é, historicamente, um grande produtor de maconha, apesar da proibição. Contou que comidas para passarinho vendidas em lojas de animais contém semente de cânhamo, que a maconha já foi plantada em áreas rurais para alimentar animais e fazer tecido, que o autocultivo é algo presente e, se um paciente não planta, tem algum parente ou amigo que planta ou acaba decidindo por comprar ilegalmente o óleo ou as flores.

De fato, como já foi apontado no capítulo II, o Chile foi o país da América do Sul que mais se adaptou ao cultivo de cânhamo durante o período de exploração colonial, tendo sido o único onde tal indústria prosperou, tendo produzido maconha de qualidade internacionalmente reconhecida para fins têxteis, até finais do século XVIII. E isso nos leva ao segundo ponto que gostaria de ressaltar antes de iniciar a discussão sobre o desenvolvimento dos usos medicinais de maconha na Fundação Daya, que é a relação histórica que o país tem com a planta.

Como destaca Fonseca (2014), após a independência do país, no início do século XIX, a produção de cânhamo voltou a ser incentivada com a finalidade de suprir as necessidades internas do país, que atravessava a pobreza resultante de um longo período de lutas por independência da Espanha, e obter lucro por meio da exportação. Segundo o autor, e de acordo com os documentos que apresenta, a tradição chilena na produção de cânhamo se estendeu até o século XX, sendo incentivada em diversos períodos de crise econômica, inclusive por meio de decretos governamentais.

Mesmo após 1937, quando a maconha foi proibida nos Estados Unidos e houve uma intensa construção da imagem de seus usuários como pessoas perigosas, insanas e

doentes, a indústria do cânhamo permaneceu no Chile, florescendo principalmente nos momentos de crise, como durante a 2ª Grande Guerra, quando foi fundada a “Sociedad de Productores de Cañamo” (PRODECA), tendo seu último *boom* nos anos 1950 (FONSECA, 2014).

Fosenca (2014) e Ibañez (2018) atribuem a chegada da cultura *hippie* estadunidense no Chile, durante a década de 1960, à proibição da maconha e estigmatização de seus usuários. Segundo os argumentos desses autores, a expansão da cultura *hippie* no país provocou um fluxo crescente de usuários e pequenos comerciantes de cannabis que iam para as regiões agrícolas do país comprar por baixos custos as flores da planta (oriundas dos cultivos legais, uma vez que apenas as fibras eram usadas para a indústria têxtil), para revendê-las ou compartilhá-las na capital, dando início ao tráfico dessa planta no país e a expansão do consumo por jovens urbanos. Dentre as consequências dessa expansão, o autor aponta o início da repressão ao cultivo e posse de maconha, intensificada com a instauração da ditadura militar chilena, a partir de 1973.

Apenas a partir da década de 1980 foi consolidada no país a construção social do “problema-drogas” sob um enfoque de alarmista que busca amplo consenso político e social (SEPÚLVEDA, 2015). Portanto, a concepção da maconha enquanto droga e a estigmatização de seus usuários ocorreu no Chile a partir das décadas de 1970-80, na esteira das políticas internacionais sobre drogas, lideradas pelos Estados Unidos.

Desde o que observei no trabalho de campo e a partir das minhas conversas com usuários medicinais e membros da equipe da Fundação Daya, às literaturas que tive acesso, me parece que não houve no Chile uma associação entre o hábito de fumar maconha e o encontro com outros povos, estrangeiros e estigmatizados, tal como ocorre no Brasil (onde foi associada aos hábitos de africanos) e nos Estados Unidos (onde o consumo de maconha é associado a imigrantes africanos e latino-americanos). Além disso, é possível apontar uma memória histórica sobre cultivos da planta, que não apenas já foram legais, como foram por quatro séculos incentivados por distintos governos, e motivo de orgulho para o país. Considero essas duas características relevantes para a compreensão da cultura chilena sobre a maconha.

4.2 O cotidiano do trabalho na Fundação Daya

De acordo com o livro produzido pela instituição, a Fundação Daya foi inaugurada em 2014 com duas principais linhas de ação: trabalho direto com a comunidade e o desenvolvimento de linhas de pesquisa. A segunda linha tem se desenvolvido por meio de parcerias com universidades, laboratórios, institutos de pesquisa e governos municipais ao longo dos 5 anos de existência.

Figura 8 Mapa do Chile com demarcações de todas as comunas parceiras da Fundação Daya em 2018



Fonte: Elaborado pela autora

A fundação estabelece parceria com municípios e entidades civis ou instituições de pesquisa locais, a fim de viabilizar o desenvolvimento de pesquisas assim como a instalação de outras sedes em outras *comunas* além de Santiago. Atualmente a instituição tem convênios com 19 municípios ao longo do país⁶, ilustrados no mapa da figura 8.

Dentre as parcerias com universidades e institutos de pesquisa, mapeadas por meio de um levantamento realizado no site da Fundação, é possível citar: *Universidad de Valparaíso* (parceria com o curso de farmácia pra pesquisa sobre usos medicinais de quatro variedades de cannabis); *Universidad de Santiago* (colaboração para pesquisa e formação acadêmica); a *Universidad Federico Santa María* (pesquisa sobre o perfil dos canabinoides da maconha); *Universidad Austral* (pesquisa agrícola); *Universidad Mayor* (pesquisas sobre uso veterinário); *Universidad de Antofagasta* (investigação pré-clínica); *Universidad Católica de Temuco* e *Universidad de la Frontera*, com teses de doutorado; Com a *Universidad de Chile* foi desenvolvida uma parceria com o objetivo de desenvolver pesquisas em torno das propriedades e aplicações medicinais da cannabis na saúde humana e produzir conhecimento por meio de seminários e outros eventos acadêmicos.

⁶ Arica, Calama, Antofagasta, Copiapó, Quilpué, Calera de Tango, Peñalolén, Quilicura, Chillán, Natales, La Florida, Pozo Almonte, Rengo, San Esteban, Valparaíso, Taltal, Tocopilla, Graneros y Diego de Almagro. Disponível em: <http://www.fundaciondaya.org/fundacion-daya-establece-convenio-de-colaboracion-con-universidades-municipios-y-agrupaciones-de-pacientes/>

Em relação a outras entidades civis e associações de pacientes, a Fundação Daya estabelece ou já estabeleceu convênios de “apoio, orientação e capacitação” com *Fundación Mieloma Múltiple Chile*, *Corporación de Pacientes Esclerosis Múltiple VII Región*, *Corporación Amar*, *Fibromialgia en acción*, *Fundación Abracitos de Algodón*, *Fundación Diversa*, *Fundación RETT*, *FUCHEN*, *Fundación SER*, *Fundación Chron* y *Colitis Ulcerosa*, *Centro Médico InKatari*, *Centro de Terápias Chaysa* e a *Asociación Fibromialgia V Región*.

Com o laboratório chileno de medicina homeopática e fitoterápica, Knop Laboratorios, a Fundação Daya desenvolveu o convênio e parceria que resultou no primeiro medicamento latino-americano à base de maconha registrado no país. Como explicou Ana María Gazmuri, a Fundação Daya foi a única instituição chilena com autorização para cultivo de maconha, porém não tem autorização para fornecer flores ou óleos aos pacientes, pois segundo a lei chilena, apenas um laboratório pode produzir e vender em farmácias um medicamento. Em 2016 o Knop Laboratórios recebeu uma autorização provisória para desenvolver produtos farmacêuticos à base de maconha, outorgado pelo Instituto de Saúde Pública do Chile⁷. Dessa forma, foi a parceria com o laboratório, além das autorizações, que permitiram à Fundação se tornar responsável legal pela maior plantação de maconha para fins medicinais da América Latina em 2017.

Tal parceria entre as instituições permitiu o desenvolvimento de pesquisas clínicas acerca dos benefícios medicinais da administração do medicamento principalmente em pacientes com dor crônica e diversos tipos de câncer, tendo aprovado seus protocolos de estudos clínicos em 2017 junto ao Instituto de Saúde Pública do Chile.

Em relação aos números da Fundação em todo o país - e não apenas em Santiago - em 2019, quando esses dados me foram informados, a Fundação Daya contava com 42 médicos prescritores, 70 terapeutas canábicos e cerca de 100 voluntários trabalhando. Em relação aos pacientes, foram contabilizados mais de 20 mil desde a inauguração da primeira sede, em 2013. Desses, a instituição aponta que 70% alcançaram auto-suficiência em suas produções domésticas. Outros 600 pacientes são usuários do *canabinol*⁸. Do total de pacientes, 63% realizam tratamentos com cannabis de forma complementar; 37% como único tratamento. Dentre as principais patologias tratadas na

⁷ A autorização do laboratório foi suspensa em setembro de 2020, retirando o medicamento das farmácias e interrompendo os cultivos de maconha da Fundação Daya.

⁸ Não mais atualmente, pois, segundo disse Ana María Gazmuri em entrevista para o canal virtual da APEPI, em 2020 o governo chileno suspendeu a autorização do laboratório Knop.

Fundação, estão as doenças de origem reumatológicas/traumatológicas (35%), neurológicas (31%), oncológicas (17%) e de saúde mental (6%).

Logo que cheguei à Santiago fui à sede da Fundação, uma casa na Providência, bairro residencial de classe média alta da região metropolitana de Santiago. A casa era muito arborizada, com árvores e flores de muitos tipos⁹ espalhadas em um quintal em forma de “L”, por onde se atravessava um caminho acessível, pavimentado, dentro de um corredor feito de plantas que levava até a entrada da casa. Na recepção, um pequeno balcão de atendimento e uma sala de espera com sofás, poltronas largas, alguns quadros com pinturas de símbolos hindus, mandalas e peças de decoração, uma mesinha com café, água e chá para que as pessoas se servissem e uma música baixa ao fundo. O ambiente e a decoração estão associados à atmosfera que se pretende criar nesse espaço, pois, como é descrito no site da Fundação, “Daya” significa “amor compassivo” em sânscrito, o que resume “precisamente o espírito que queremos encarnar tornando próprias as urgências e necessidades da comunidade”¹⁰.

Da sala de espera, que ficava em frente à recepção, era possível retornar ao quintal por uma larga porta de vidro. Nessa parte da área externa, circundada pelas plantas, ficava uma mesa cumprida de alvenaria para 6 pessoas, e algumas cadeiras espalhadas. Era nessa área externa que ocorriam as oficinas de resina e de cultivo durante o verão, quando cheguei. Na passagem de uma parte a outra da casa foram instaladas rampas de madeira, tornando a casa acessível a pessoas com dificuldade de mobilidade. Ao lado da recepção uma sala de trabalho onde ocorrem algumas reuniões, atrás uma cozinha e uma sala de atendimento, de um total de 4, nas quais se revezavam médicos e terapeutas. Seguindo um pequeno corredor após a recepção, um banheiro e a escada para o segundo andar, onde funcionava a parte administrativa da fundação.

Todos que chegavam e passavam pela recepção ouviam ao final da conversa “fique à vontade, sinta-se em casa, tome um chá se quiser, um café”. O mesmo me foi dito pela recepcionista quando me apresentei e disse que tinha uma reunião marcada com Antonio Reiter (coordenador executivo e meu contato na fundação), Soledad Gazmuri (coordenadora executiva), já tendo conversado com ambos por e-mail e por

⁹ Não custa deixar dito que não há cultivo de maconha na sede da Fundação Daya, apenas alguns poucos pés utilizados nos cursos e oficinas (em torno de quatro), e as flores levadas por pacientes para a elaboração da resina, como será tratado adiante.

¹⁰ Descrição da aba “quem somos”, que pode ser acessada em: <http://www.fundaciondaya.org/quienes-somos/>

Skype um ano antes, e Ana María Gazmuri, diretora executiva e fundadora da Fundação Daya.

Enquanto aguardava Antonio descer, olhei o quadro de avisos fixado na varanda da casa, onde estavam pendurados alguns cartazes. Um dizia “Mais de 5 anos de trabalho, mais de 20 mil pacientes atendidos”. Outro cartaz recrutava pacientes que já são membros da fundação, e fazem uso do óleo em tratamentos contra o câncer, para participarem de uma pesquisa sobre câncer e qualidade de vida dos pacientes em *La Florida*, outra comuna chilena (comunidades são semelhantes a ideia de município no Brasil).

Antonio chegou, me deu as boas-vindas e me convidou para sentar-me à mesa grande no quintal com Soledad. Em seguida, após os cumprimentos, me pediram que falasse um pouco sobre minha pesquisa e quais meus objetivos. Ana María chegou depois e se sentou conosco, enquanto eu explicava que meu interesse era principalmente no que se refere à produção de conhecimento sobre os tratamentos realizados com uma planta que ainda é criminalizada na maior parte do mundo. Conteí um pouco sobre minhas observações no Brasil e que me parecia que essa produção de conhecimento se apresentava como contraponto às ciências biomédicas, uma vez que é um conhecimento relacionado a um tratamento de saúde que não foi pensado primeiro pela medicina e depois transformado em política pública, e que parece “inverter” a lógica como doenças, tratamentos e saúde são pensadas. Por isso meu interesse em como os usos medicinais de maconha tem sido fomentado sem o protagonismo da ciência biomédica.

Ana Maria disse achar interessante esse ponto de vista, e que ele explica o que tem ocorrido na fundação. Contou que a principal resistência aos usos medicinais de maconha parte dos médicos e que esse posicionamento envolve a indústria farmacêutica que, de seu ponto de vista, cria barreiras contra a autonomia das pessoas sobre sua saúde, no intuito de manter nas mãos dos médicos e do mercado o saber sobre o que é saudável, danoso, benéfico etc.

Ana María e Antonio contaram sobre a Lei 20.000, de 2015. Disseram que a lei, a princípio, descriminalizou o porte e o cultivo de maconha tanto para fins medicinais como para uso pessoal. Mas que, na prática, “por ser ambígua”, não determina parâmetros para distinção entre o que é ou não tráfico, ficando isso a cargo dos policiais, delegados e juízes. Me contaram que havia um *paciente* da fundação que estava preso por conta de seu cultivo, e que estavam dando o apoio jurídico necessário a ele. Também entregaram uma carta ao governo, pedindo urgência para a

regulamentação do cultivo medicinal e a soltura desse senhor, uma pessoa idosa, com câncer em estado avançado. Essa era a questão política mais urgente para a Fundação naquele momento: regulamentar o uso medicinal, considerado legal à luz da lei, e estabelecer mecanismos que limitem o poder policial.

Um dos problemas, sobre o qual ouvi muitas vezes depois - tanto nos discursos de Ana María como nas aulas de Marco, cultivador professor das oficinas e cursos - é que quando a polícia decide entrar na casa de alguém que cultiva por suposição de tráfico, podem apreender as plantas mesmo mediante apresentação de prescrição médica (porque podem entender que a prescrição é usada pra disfarçar o tráfico). O processo de investigação segue então com as plantas apreendidas e, ao final, se o cultivo for considerado para fins medicinais, absolve-se os acusados, mas as plantas já estão mortas porque não receberam qualquer cuidado durante esse período. Então, de qualquer forma, independente do resultado da investigação, se a polícia entra na casa de um cultivador ou cultivadora sob suspeita de tráfico, a pessoa perderá suas plantas e, conseqüentemente, poderá ter o tratamento interrompido.

A Fundação, por meio da campanha “Cultivo seguro”, propõe ao governo chileno que modifique o Código Sanitário a fim de permitir que a prescrição médica seja prova suficiente para a comprovação da finalidade medicinal de um cultivo, impedindo que este seja interrompido por investigações policiais. A proposta de modificação da lei é também para que as plantas só sejam apreendidas após a condenação por tráfico, e não antes.

Quando conversávamos sobre a história da Fundação, Antonio me disse que publicaram dois livros: *Fundación Daya y la verde revolución del Cannabis medicinal en Chile* e *Relatos de Pacientes de Cannabis Medicinal*. Ambos foram publicados em 2017 pela própria Fundação (não possuem ficha catalográfica) e estão com a tiragem esgotada. Ainda não sabem quando haverá recurso para uma nova edição, mas tem planos de fazê-la com uma versão atualizada, com os dados após 2017. Consegui comprar o último livro de depoimentos que tinham disponível e Antonio me emprestou um exemplar do outro.

Ao encerrarmos a reunião, todos me disseram para me sentir à vontade na Fundação e Antonio me disse para usar o espaço para estudar também, se assim desejasse. Optei então por ir à Daya entre duas e três vezes na semana e me sentar à mesa do quintal com os livros que me emprestaram. Essa foi minha rotina principalmente durante meu primeiro mês, enquanto conhecia a equipe e eles me

conheciam, e foi uma estratégia para começar a conversar com as pessoas que frequentavam a fundação. Acabou se tornando uma rotina que mantive durante toda minha estadia em Santiago. Ao menos uma vez na semana ia à fundação em dias que não havia nenhum compromisso específico (cursos, palestras, oficinas etc.) e passava a tarde estudando no quintal, conversando com algumas pessoas.

No meu segundo dia durante toda a manhã apenas li um pouco do livro sobre a Fundação e fui me apresentando para os membros que ainda não havia conhecido. O fluxo de pessoas nesse dia foi muito intenso. Como um número estimado, diria que passaram com certeza mais de 50 pessoas pela fundação, entre pacientes e seus familiares, entre as 9h30 e 17h30, período no qual fiquei lá. Com o tempo ficou claro que o grande fluxo de pessoas fazia parte do cotidiano, embora variasse sazonalmente e de acordo com as especialidades médicas disponíveis para atendimento em cada dia (nos dias de atendimento do neurologista ou do psiquiatra havia mais gente, por exemplo). Estávamos às vésperas do verão, período ideal para o cultivo da planta, o que acarretava cursos lotados; quando chegou abril, período de colheita, as oficinas de elaboração de resina é que aumentaram muito em número de participantes.

Como aprendi ao longo dos diversos cursos e oficinas de cultivo que realizei em Santiago, a maconha é uma planta anual, ou seja, cumpre seu ciclo de germinação, crescimento vegetativo e floração em um ano, dando lugar a novas sementes que germinarão no ano seguinte, após o inverno. No caso de Santiago, se plantadas em ambiente externos, expostas ao clima e ao tempo, as sementes germinam na primavera e crescem enquanto os dias são mais longos que as noites, florescendo no final do verão, quando os dias começam a se tornar mais curtos, ocasionando colheitas no mês de abril. Há até um dito popular no país que diz “abril, cogollos mil”, sendo *cogollo*¹¹ um conhecido termo utilizado para se referir às flores da planta, que são sua parte mais valiosa.

Eu estava na mesa do quintal quando uma família (mãe, pai, uma criança de colo e um menino de mais ou menos 7 anos, que era o usuário/paciente) perguntou se podiam sentar comigo. Respondi que sim. Perguntei se haveria uma reunião (o que implicaria que eu mudasse de lugar como havia acontecido pela manhã). Disseram que não, que estavam apenas aguardando atendimento do neurologista.

¹¹ Cogollo é o termo utilizado também para se referir ao que no Brasil chamamos de “botões” de flores, ao miolo da alface ou brotos de outras plantas. É um termo popular, mas utilizado também na botânica, não sendo, portanto, uma gíria.

Após uma conversa inicial na qual, perguntada sobre de onde eu era, expliquei também sobre minha pesquisa e o que fazia ali, a família me contou um pouco sobre o tratamento do filho na Fundação Daya. Moravam a cerca de 1h30 de distância de Santiago e era a primeira vez que iam juntos à fundação. O pai havia ido anteriormente apenas com o filho. Já tinham receita médica e as indicações de planta para “testar”. O menino, filho deles, tinha o diagnóstico de um tipo de autismo que afeta seu comportamento, mas não de forma grave como me explicou a mãe. O que fez os pais procurarem o tratamento com cannabis foi a percepção de que ele apresentava dificuldades para conversar e comunicar-se. A expectativa com o novo tratamento era possibilitar uma melhor qualidade de vida para o menino e deixá-lo menos agitado e irritado.

Enquanto conversávamos os pais me mostraram os papéis que receberam da fundação na consulta anterior. Eram quatro ao todo: (1) uma prescrição médica que indicava o cultivo de duas variedades de maconha, uma rica em CBD, outra em THC. Me explicaram que o objetivo nesse início de tratamento é descobrir as cepas (variedades) e as concentrações que melhor funcionam para seu filho, pois trata-se de um tratamento individual e personalizado, “cada corpo é diferente”, me explicou a mãe. Outro papel (2) resumia as necessidades de cuidado com as plantas, como horas de luz, tamanho do vaso e momento da colheita, e todo o material necessário para o cultivo indoor¹² (feito em ambientes internos) e outdoor (feito em ambientes externos durante a primavera e o verão). Disseram que para comprar tudo teriam um gasto de cerca de 150.000 pesos (em torno de 900 reais). Tudo seria explicado de forma mais detalhada nos cursos de cultivo. Um documento (3) explicava a Lei 20.000 e um último (4) apresentava uma lista de lojas credenciadas para vender sementes. Como me disseram, todo o processo é realizado pelo paciente e sua família, acompanhado pelos membros da fundação.

Quando o médico lhes chamou para a consulta e nos despedimos, chegou Marco, cultivador e responsável pelos cursos e oficinas de cultivo e elaboração de resina, o professor da fundação, como muitos lhe chamavam. Com ele estava um senhor de mais ou menos 65 anos, que chamarei de Carlos¹³, que estava com horário agendado para fazer a resina sob a supervisão de Marco.

¹² Nesse tipo de cultivo há um esforço em reproduzir o ambiente ideal para a planta em ambientes fechados (como caixas ou armários) e controlados com iluminação e ventilação artificiais.

¹³ A fim de proteger a privacidade do usuário da Fundação, não utilizo aqui seu nome verdadeiro.

Eu já havia perguntado à Ana, recepcionista da fundação que me ajudou muitas vezes a me encontrar na rotina da instituição, sobre as atividades do dia e foi a própria Ana quem me apresentou ao Marco e ao Carlos. Fiquei ali com eles e pude acompanhar a elaboração do medicamento e conversar com ambos. Uso o termo “medicamento” porque era sempre assim que Marco se referia à resina resultante do processo de extração, à pomada e ao *macerado*, que ensinava as pessoas a fazer nas oficinas.

Carlos estava com flores colhidas do cultivo que mantém para sua esposa, que faz tratamento contra o câncer de mama. Era a segunda vez que levava sua colheita para a fundação, para fazer a resina. Disse que se sentia mais seguro com a supervisão de Marco e, como precisava fazer a resina apenas uma vez ao ano, era mais conveniente usar os utensílios da fundação do que comprá-los para fazer em casa. Na Fundação Daya a resina é feita em uma panela elétrica e demora em torno de duas horas. Por motivos de segurança, é recomendado que a evaporação alcóolica da qual resulta a resina seja feita sempre com fonte de calor elétrica e nunca em um fogão convencional.

Inicialmente houve bastante silêncio e o Carlos falava apenas com Marco. Com o passar do tempo (ficamos juntos por duas horas) começou a falar olhando para mim e fomos ficando à vontade para conversar. Perguntei-lhe se as plantas foram cultivadas por ele. Disse que sim, mas que cultivava com medo e ansiedade. Que o medo da polícia invadir sua casa era constante e que isso acabava lhe fazendo mal, tendo efeito oposto ao terapêutico. Marco nos explicou que a Lei 20.000 é ambígua, porque permite o autocultivo para fins medicinais comprovados por prescrição médica (e para uso pessoal não medicinal), mas, na prática, por não especificar o que distingue tráfico e autocultivo, permite que os funcionários do estado decidam de forma pouco explícita quem é ou não traficante. Marco deu o exemplo de uma senhora que tinha muitos pés e teve seu cultivo considerado medicinal, e um jovem que tinha apenas 4 pés de maconha e foi enquadrado como pequeno traficante. Esse foi um exemplo recorrentemente acionado por Marco para explicar a ambiguidade da lei.

Carlos e sua “senhora”, como dizia, buscaram a fundação por já terem ouvido falar sobre os benefícios do uso da cannabis no tratamento contra o câncer. Carlos aprendeu a cultivar nos cursos da fundação e a colheita, realizada uma vez ao ano no mês de abril, é suficiente para manter o tratamento de sua esposa até a colheita do ano seguinte. Carlos contou que sua esposa fez tratamento contra o câncer de mama há dois anos, e que foi nesse período que começou a tomar o óleo. Contou que ela é uma mulher “muito forte, muito ativa”, que nunca “se entregou” para a doença, que não sentiu dores

e que o óleo lhe fez muito bem. Mas que acredita que parte dos problemas está na cabeça (apontando para sua própria cabeça) e que acha que o óleo também ajuda nesse sentido, fazendo a pessoa se sentir melhor e mais otimista. Disse, por fim, que não gosta de comentar o quanto sua esposa melhorou, porque “dá até medo de voltar”, mas que ela não teve metástase, estava ótima e continua tomando o óleo como manutenção.

Uma das coisas que logo me chamou atenção nos meus primeiros dias na Daya foi a idade das pessoas que faziam os cursos e oficinas. Muitas, como o senhor Carlos, tinham mais de 50 anos. De forma geral, dentre os mais de 20 cursos e oficinas que acompanhei na Fundação¹⁴, ao menos a metade dos presentes estavam nessa faixa etária. Também a maior presença de mulheres foi evidente, havendo cursos que tinham apenas mulheres e outros com apenas dois ou três homens. Um dia, após uma oficina de medicamento, já tendo percebido essa disparidade, perguntei ao Marco se era comum ter mais mulheres que homens nos cursos e oficinas. Ele me respondeu que sim, que algumas vezes é equiparado, mas em geral as mulheres participam mais. Perguntei-lhe o que pensava sobre isso, ele me respondeu que imaginava ser porque as mulheres são mais responsáveis pelos cuidados na família que homens e me deu o exemplo dele mesmo, explicando que achava que prestava mais atenção em algumas coisas por ter sido criado pela avó, com quem aprendeu a cuidar da casa, de si e dos outros.

No campo dos usos medicinais de maconha, a presença das mulheres pode ser percebida em todas as esferas, tanto como usuárias, como cuidadoras e responsáveis pela gestão de associações. Na Fundação Daya a presença de mulheres também não se restringia à presença nos cursos e ao cuidado da família, tendo muitas mulheres compondo a equipe de trabalho da Fundação, sendo também maioria nos setores administrativos e entre os terapeutas. Ao que pude perceber, apenas entre os médicos os homens eram a maioria.

Esses dados foram construídos ao longo do trabalho de campo realizado cotidianamente na Fundação e reforçaram algumas impressões que eu tinha sobre as especificidades das relações com a maconha no Chile, já descritas no início do capítulo. Diferentemente do Brasil, onde escutei muitas histórias de mães que passaram por longos períodos de debate familiar no qual tentavam convencer outros familiares de que

¹⁴ Considerando aqui apenas as atividades voltadas para o ensino das práticas de cultivo e elaboração da resina que foram detalhadas nos cadernos de campo. Sendo 14 oficinas de resina (*talleres de medicina*), 8 oficinas de cultivo (*talleres de cultivo*) e 2 cursos de cultivo.

era seguro experimentar o tratamento com maconha em seus filhos e filhas, durante meu período na Fundação Daya, não ouvi nenhuma vez algo semelhante.

De maneira geral, essas relações entre familiares eram descritas de forma que me pareciam menos rígidas em relação aos valores morais que as envolviam do que o observado no Brasil. Como exemplo, exponho um trecho do caderno de campo referente a um pequeno acontecimento durante meu primeiro mês na Fundação:

Estou sentada na mesa do quintal, enquanto ocorre um curso de cultivo na sala com portas de vidro em frente à onde estou. Uma mulher, que aparenta ter em torno de 40 anos, vem aqui fora, tira uma foto do quintal arborizado com o celular, sorri e fala como quem fala sozinha, olhando para a tela, enquanto digita alguma coisa, com longas pausas entre as frases. Mas ao final das frases olha para mim, indicando que não está falando sozinha. Sou a única pessoa no quintal:

- Meus filhos não sabem que estou aqui [risos]. Eu disse que viria, eles disseram “mãe, mas você não é tolerante à maconha!”. Porque minha pressão abaixa muito e eu fico assim [faz careta de confusa].

Eu sinto muitas dores [apontando para o ombro, fazendo careta de dor], creio que com o óleo posso melhorar e não ficar assim.

Meu filho me perguntou se vou almoçar em casa. Eu disse “não, adivinha onde estou”, e mandei a foto [risos]. (Diário de campo, 27 de novembro de 2018).

Escutei o que a mulher me dizia com atenção, uma vez que não era muito comum que um diálogo começasse sem que eu mesma o iniciasse. Mas não sabia muito o que dizer ao final de suas palavras, então lhe disse que existem muitas variedades da planta, que esperava que alguma fizesse bem para ela e que encontrasse melhoras no tratamento.

O rápido acontecimento apontava para outras problematizações acerca dos usos de maconha que não estavam associadas às questões morais, mas a uma preocupação com a reação já conhecida aos usos da planta. Toda a cena me pareceu invertida se colocada em contraste com a experiência comum entre pais e filhos e maconha no Brasil (e que constitui parte do meu próprio imaginário sobre o tema): a preocupação dos filhos, o conhecimento sobre a reação da mãe ao efeito da planta e a preocupação baseada no uso e não em valores morais.

Em outro momento, pude conversar com algumas mulheres no intervalo de um curso de cultivo que eu acompanhava (mulheres eram sempre maioria, mas nessa turma compunham a totalidade das pessoas inscritas). Uma delas contou que já havia cuidado de um cultivo anteriormente, quando seu filho foi estudar em outra cidade e lhe pediu que cuidasse de suas plantas. Dessa forma, já tinha algum conhecimento para começar o cultivo, agora medicinal. Todas as presentes riram quando a mulher disse que cuidou das plantas para o filho, o que me sugeriu não ser algo comum. Porém, em seguida outra

mulher que fazia o curso disse que também teve os primeiros contatos com as plantas por conta do filho, que cultivou algumas vezes em seu quarto.

Chama atenção a grande presença de cultivos domésticos: essas mulheres não falavam sobre filhos que fumavam maconha, mas que plantavam maconha. Conversando com as pessoas que frequentavam os cursos da Fundação Daya e com Marco, soube que desde a descriminalização da venda de sementes, em 2005, o autocultivo cresceu no país. Como me disseram, mesmo o tráfico ilegal atualmente é abastecido por maconha cultivada no Chile, não sendo mais comum a venda da maconha produzida em países vizinhos, de má qualidade, traficada ilegalmente, conhecida no Brasil como “prensado”, e no Chile como “paragua” (IBÁÑEZ, 2018).

No final de dezembro, após o natal, a Fundação mudou-se de casa e de bairro, indo para a área residencial de *Nuñoa*, bairro de classe média, instalando-se agora em frente à estação de metrô da *Plaza Ramón Cruz*, um lugar arborizado e de fácil acesso, devido à proximidade da estação de metrô e de pontos de ônibus. A mudança significou uma expansão na capacidade de atendimento e organização de eventos para a Fundação. A nova casa, uma mansão antiga com uma grande área externa, passou a atender mais pessoas por dia, com o aumento do número de salas de atendimento terapêutico de 4 para 9, e a capacidade de oferecer palestras e cursos de cultivo, uma vez que agora havia espaço para mais de um evento ao mesmo tempo.

Os cursos permaneceram durante o verão, ocorrendo em uma área verde com muitas plantas e a céu aberto, tal como na casa anterior, tendo também um espaço que imaginei ter sido construído como um jardim de inverno com uma saída para o quintal. Nesse lugar passaram a ocorrer as oficinas de confecção da resina, já que a outra área oferecia o risco de cair pequenas folhas e flores de plantas diversas dentro da panela elétrica. Nesse lugar também passaram a ocorrer os demais cursos durante o inverno.

A ampla cozinha se tornou um lugar de encontro para a equipe e para mim, que passei a frequentá-la, almoçando com parte da equipe e tomando alguns cafés da tarde, principalmente com o fim do verão e a diminuição das temperaturas. Após a cozinha, uma porta dava para um curto lance de escadas que levava à pequena área externa, com uma mesa coberta com um guarda sol, que passou a funcionar como área de fumante para os funcionários, e, dessa forma, mais um espaço de sociabilidade.

No espaço que um dia fora a garagem da casa passou a funcionar um café, outro espaço de encontro e de espera para pacientes e funcionários, e para mim. Além de uma variedade de cafés, também eram vendidos vaporizadores, vasos, sementes, terra e

fertilizantes naturais. No primeiro dia com sementes à venda houve muito movimento. Muitas pessoas saíam da consulta e iam na lojinha se informar sobre as sementes. O preço oferecido estava bem abaixo do mercado, pelo que eu já havia pesquisado, saindo um pacote com 5 sementes por menos da metade do preço das sementes mais baratas dos *growshops*, porém apenas pacientes e pessoas associadas à Fundação podiam comprar os produtos ali oferecidos.

Durante o verão sentei-me muitos dias em uma das mesas do café para estudar, conversar com algum paciente ou membro da equipe. Sendo uma mesa de 6 lugares e muito confortável, era comum que outras pessoas a compartilhassem comigo.

Logo nos primeiros dias do funcionamento do café, Antônio chegou acompanhado de duas mulheres e, pedindo licença, disse que usaria a mesa para conversar com elas. Sentou-se então ao meu lado e as mulheres em sua frente. Uma delas iniciou a conversa, que já se demonstrava séria pelo tom que Antônio usou para sentar-se à mesa. Fiquei imediatamente desconfortável pela situação, sem saber se deveria permanecer ou não à mesa. Antes que eu tivesse certeza, Antonio começou uma explanação sobre o trabalho da Fundação Daya e as questões legais relacionadas à maconha.

No dia seguinte eu teria acesso a outras narrativas sobre o ocorrido, que me permitem explicá-lo agora com mais detalhes. As mulheres trabalhavam na casa vizinha à nova sede da Fundação Daya, onde funcionava uma clínica de reabilitação para usuários de drogas. Nos dias em que fizeram a mudança para a casa nova, uma delas se apresentou à Cláudia, uma das coordenadoras da Fundação, a fim de descobrir do que se tratava o novo “negócio” que instalava na casa. O diálogo foi narrado no dia seguinte, em tom de brincadeira, por uma pessoa que o presenciou:

- Oi, tudo bem? Somos vizinhas.
- Ah olá, tudo bem.
- O que vai ser aqui?
- Nós somos uma fundação.
- Ah nós também somos.
- Ah é? [demonstrando animação] Que legal! Uma fundação de que?
- De reabilitação.
- Hmm [fazendo cara de preocupada]. Reabilitação de drogas?
- Sim, de tudo.
- Ahhh tá. A gente se vê depois, tchau.

A mesma mulher estava agora à mesa com Antonio e outra funcionária da clínica. Quando Antonio terminou de explicar às mulheres sobre os usos medicinais de maconha, na mesa na qual estávamos, elas lhe falaram que compartilhavam da ideia do cuidado em relação à saúde, que também preocupavam-se com a saúde de seus

pacientes, mas que “tem dias que vocês fumam muita maconha! O cheiro chega lá e mexe com as pessoas que estão se distanciando das substâncias!”. E esse era o motivo que as levava ali. Segundo declaravam o cheiro da maconha que supunham ser oriundo de um consumo excessivo, desviava seus clientes de seu objetivo, que era manterem-se sóbrios e “longe das drogas”.

Antônio explicou que não havia consumo de maconha na fundação e que o cheiro que sentiam não era de pessoas fumando, mas da evaporação alcóolica que ocorre durante a fabricação dos medicamentos.

Se quer há plantas aqui. Somos uma fundação de uso medicinal, ensinamos os pacientes a fazerem suas medicinas, por isso o cheiro alguns dias, porque as oficinas precisam ser feitas a céu aberto para a evaporação do álcool.

Compreendendo o equívoco que cometeram, mas não aparentando muita satisfação com a possibilidade de terem que conviver com tal cheiro, as mulheres ainda insistiram no argumento de que todos ali estavam preocupados com a saúde de seus pacientes. Antonio lhes perguntou se sabiam sobre a eficiência do uso do óleo de cannabis para tratar abstinência, contou um pouco sobre as experiências nessa área e convidou as mulheres a acompanharem um curso de elaboração da resina na Fundação quando quisessem.

Depois Cláudia, que conhecera uma das mulheres durante a mudança, me contou que um policial também foi à nova sede da Fundação se informar: chegou na Daya, disse que sabia que trabalhavam com maconha e queria conhecer mais. Também nessa ocasião chamaram Antônio, que “deu uma aula” (fala de Cláudia) sobre a lei 20.000, explicando ao policial que cultivar maconha para uso pessoal e/ou medicinal não é crime, e que ali ensinavam as pessoas a fazer sua própria medicação. “Mas vocês não têm maconha aqui, né?”. “Não”.

Trago esses trechos a fim de explicitar que, apesar da “regulamentação de fato”, citada por Ana María Gazmuri, o trabalho da Fundação Daya não ocorre sem conflitos e embates. Como não há uma regulamentação que explicita as possibilidades e os limites para o trabalho que a Fundação desenvolve, certas vezes esse trabalho precisa ser explicitado, descrito e justificado a fim de convencer terceiros da licitude de suas ações.

Dentre outros obstáculos, a Fundação tem como uma das principais instituições opositoras aos usos medicinais de maconha o Colégio Médico do Chile. Em junho desse mesmo ano de 2019, quando a Fundação seguia com a campanha “Ley Cultivo Seguro Já!”, iniciada quando eu ainda estava no país, o Colégio Médico produziu um

documento de 32 páginas no qual rechaçou tanto a regulamentação de usos medicinais de maconha como a campanha citada.

O texto está intitulado no site da instituição como *Documento de posición del colegio médico de Chile sobre el proyecto de ley que “modifica el código sanitario para incorporar y regular el uso medicinal de productos derivados de cannabis”*¹⁵. O texto declara que não existem comprovações científicas que justifiquem uma modificação na lei permitindo que uma prescrição médica seja suficiente para comprovar a finalidade medicinal de um cultivo. Por outro lado, apresenta argumentos sobre supostos malefícios pouco embasados cientificamente. Os argumentos sobre efeitos danosos da maconha são antecipados por palavras como “apesar de não serem conclusivos, estudos apontam que...”, ou simplesmente não tem qualquer referência. Dentre os supostos “danos causados por maconha” identificados pelo documento estão dependência química, danos cerebrais nos casos de uso durante a gravidez ou por adolescentes, riscos de desenvolver transtornos mentais, câncer testicular, infarto do miocárdio, reações alérgicas e ainda “efeitos paradoxais” como esclerose múltipla, convulsões, epilepsia e dores de cabeça.

Por fim, o documento conclui:

A planta da maconha para uso medicinal não é aprovada por nenhuma agência de controle de drogas do mundo (ou seja, não passou por regulações que qualquer fármaco precisa passar antes de chegar ao mercado). Da mesma forma, as evidências disponíveis até o momento não mostram nenhuma utilidade clínica convincente da planta da maconha para qualquer condição conhecida.

[...]

Visto que as concentrações dos componentes dentro da planta produzida artesanalmente não são exatamente conhecidas, seria impossível para um médico prescrever responsabilmente a planta da maconha para fins medicinais por meio do autocultivo. Isso porque os preparos caseiros não permitem que um tratamento seja dosado adequadamente. Em termos práticos, seria como prescrever uma certa quantidade de folhas de papoula em vez de uma dose conhecida de morfina (p.24, tradução minha).

É interessante notar o caráter autoritário do posicionamento do colégio médico ao afirmar não existirem evidências disponíveis que comprovem qualquer utilidade clínica da maconha, apesar da prescrição médica e a apresentação de artigos científicos que indiquem os benefícios do uso da planta serem documentos regularmente utilizados para comprovar a finalidade medicinal dos cultivos.

Mauricio Becerra (2020), assinala que a discussão que ocorre acerca da cannabis para fins medicinais no Chile não é apenas um debate em torno de evidências científicas

15

Disponível em:
http://www.colegiomedico.cl/wpcontent/uploads/2019/06/documento_cultivo_seguro.pdf

em:

sobre um fármaco, mas também uma disputa sobre os sentidos atribuídos à maconha, tensionando as práticas biomédicas e sua sustentação epistemológica. Para Becerra (2020), o surgimento do movimento de pacientes tem provocado nos círculos médicos um esforço em delinear os limites de seu campo de conhecimento, buscando instalar uma “autoridade epistêmica” no que diz respeito ao conhecimento sobre “o objeto cannabis”, no intuito de garantir o monopólio sobre o conhecimento terapêutico e fortalecer o papel tutelar do médico.

Dentre as estratégias utilizadas pelo colegiado médico para manter seu poder hegemônico, ameaçado pelas organizações pró cannabis, sobre a saúde e sobre os corpos, Becerra destaca “um esforço ideológico e um estilo retórico” em estabelecer limites e distinguir suas atividades daquelas “não científicas”. Para o autor, “tal abordagem implica uma forma de injustiça epistêmica e a negação dos pacientes [e pessoas próximas] como atores legítimos no campo dos saberes e práticas biomédicas” (2020, p.89).

Becerra aponta que a proibição da maconha e o desinteresse médico em trabalhar com medicamentos que utilizam dosificações distintas das convencionais, ocasionou que os próprios pacientes e pessoas próximas a eles tenham passado a produzir um saber sobre o uso terapêutico dessa espécie vegetal a partir de suas experiências e das redes que constroem. Segundo o autor:

A irrupção dos pacientes como atores legitimados que exigem maior poder nas decisões sanitárias coloca em discussão os procedimentos de produção de saber, os modelos de enfermidade e as relações terapêuticas estabelecidas pelo modelo médico hegemônico (BECERRA, 2020, p.88, tradução minha).

Tal como foi observado durante a elaboração dessa tese, Becerra também identifica a importância do papel dos familiares de pacientes “y sus cercanos”, em referência a pessoas próximas que passam indiretamente pela experiência do adoecimento e do tratamento com cannabis, destacando a grande presença de mulheres nas organizações ativistas em torno da maconha para fins medicinais, associando-a a uma “tradição cultural de feminização do cuidado de enfermos” (p.100). Para o autor, esses atores (que determina por *pacientes e pessoas próximas*) passam coletivamente por processos próprios de alfabetização científica, fora dos círculos biomédicos, o que lhes permite desenvolver narrativas próprias sobre a doença, possibilitando um intercâmbio de experiências - fomentado principalmente em associações - entre o saber biomédico e o saber construído por familiares.

As narrativas construídas a partir desses encontros de saberes e conhecimento também alcançam outros atores relacionados à questão das drogas, como no caso do policial e das mulheres que trabalhavam na clínica de reabilitação, narrados anteriormente. Essas pessoas tiveram acesso, por meio do trabalho da Fundação Daya, a uma outra narrativa sobre a maconha, distinta da hegemônica.

Becerra (2020) identifica ainda que o fato dos pacientes e pessoas próximas produzirem seu próprio medicamento constitui um fator chave na concepção dessas pessoas como atores ativos dentro do processo terapêutico. Longe de negarem a importância do papel do médico, o que ocorre, para esse autor, é a apropriação do processo terapêutico por esses grupos, e uma delimitação do espaço de atuação dos profissionais à esfera consultiva e como recurso em eventos específicos.

Acrescento que esse fator chave é também um fato que distingue as associações em prol do acesso e da regulamentação da maconha para fins medicinais de outras associações de pacientes, uma vez que isso possibilita que elas deem conta de todo o processo em torno de determinados tratamentos, incluindo a elaboração e fornecimento do medicamento, que pode ser feito inclusive pelo próprio paciente.

Em relação ao processo de alfabetização científica, compreendo-o como uma característica da Fundação Daya e de seus cursos de cultivo e elaboração da resina, como será mostrado mais adiante. E entendo que tal conceito dá conta de explicar um dos grandes movimentos realizado pela rede canábica, que é a apropriação do conhecimento formal e de termos biomédicos a fim de produzir narrativas dentro de uma lógica e uma linguagem credibilizadas. Delimito, porém, que esse é um dos movimentos realizados pela rede canábica, construída pelo encontro do conhecimento profano dos usuários/pacientes, mães e outros familiares, cultivadores e de médicos e outros profissionais da saúde. Tal como ocorre uma alfabetização científica de pacientes e seus familiares, há também uma alfabetização de médicos acerca de todo o conhecimento sobre a planta e seus efeitos, ao qual não tiveram acesso nas universidades. No caso das doenças raras, como já foi indicado no capítulo anterior, médicos também não são sempre detentores de um amplo conhecimento sobre elas, sendo muitas vezes os familiares as pessoas responsáveis por avaliar os efeitos dos tratamentos.

Nesse sentido, compreendo a alfabetização científica como um dos processos de aprendizado e compartilhamento de conhecimento produzidos por essa rede, mas não o principal nem o único.

Lembrando, por fim, Maria da Gloria Gohn, já citada anteriormente, ocorre ainda, coletivamente, uma educação política dos membros dessa rede, que muitas vezes aprendem nela a se organizar, passam a colaborar na construção de atos públicos, aprendem sobre a política proibicionista e se tornam atores politizados dessa rede. Incluo aqui médicos que se tornam ativistas, como foi o caso dos médicos da Fundação Daya entrevistados, que identificam o ativismo ao trabalho realizado na Fundação e disseram não participar de qualquer coletivo político anteriormente.

4.3 A construção da Fundação Daya e o desenvolvimento do plano terapêutico

Durante o período do doutorado sanduíche tive a oportunidade de conhecer a história da Fundação Daya pelo livro publicado pela associação, pela entrevista que realizei com Fernanda¹⁶, uma terapeuta que participou desde o início da história da Daya, por meio da palestra de Camila Telléz¹⁷, coordenadora clínica da Fundação, e pelas conversas com os membros da equipe ao longo do trabalho de campo. O livro “La Fundación Daya y la verde revolución del cannabis en Chile”¹⁸, não tem ficha catalográfica e foi escrito em colaboração com pesquisadores e profissionais que participaram do processo de construção e crescimento da fundação. O livro será considerado documento oriundo do trabalho de campo, representando o posicionamento político da Fundação Daya e sua própria narrativa sobre sua história. Por não ter ficha catalográfica, não está referenciado na bibliografia da tese.

Como me contou Fernanda, antes de ser formalizada como Fundação, havia um grupo de pessoas, algumas da família de Ana María Gazmuri, outros amigos e amigas da família, que, já sendo usuárias e usuários de maconha, ao depararem-se com as possibilidades medicinais da planta passaram a produzir e utilizar a resina feita com as flores da maconha e investigar seus efeitos por meio da observação e da busca por informações. Era o ano de 2013 e a família de Ana María, como muitas pessoas que participaram da pesquisa, havia tomado conhecimento do caso da menina Charlotte.

No caso de Fernanda, o primeiro contato com a resina extraída da planta ocorreu quando um amigo cultivador lhe deu de presente uma seringa com resina lhe

¹⁶ Em decorrência das transformações e conflitos políticos ocorridos no Chile a partir do final de meados de 2019, optei por utilizar nomes fictícios para me referir às pessoas que entrevistei.

¹⁷ Palestra “Cannabis y Dolor Crónico”, ocorrida em março de 2019, na qual Camila tratou sobre o modelo de atenção terapêutica da Fundação Daya e o médico Diego Cruz ministrou a palestra sobre os usos da cannabis para o tratamento da dor crônica. A palestra pode ser acessada pela página da Daya, no link <http://www.fundaciondaya.org/fundacion-daya-realizo-taller-sobre-cannabis-y-dolor-chronico/>

¹⁸ Registrado no ISBN 978-956-260-960-9 na Agencia Chilena ISBN.

dizendo ser algo muito especial, concentrado e com efeitos medicinais. Fernanda guardou o presente até que um tio seu contou à família ter encontrado melhoras para problemas estomacais crônicos utilizando um extrato de maconha durante sua estadia na Espanha. Quando retornou ao Chile, não tendo mais acesso ao extrato, o problema retornou. Fernanda lhe deu a resina que havia ganhado de presente do amigo para que experimentasse e visse se encontrava melhoras semelhantes às que lhe ocorrera em sua estadia na Espanha. O experimento deu certo, levando outras pessoas da família e amigos próximos usuários de cannabis a experimentarem.

Na casa de Ana María passaram a ocorrer os encontros dessas pessoas, que trocavam informações sobre os usos medicinais da planta e aprendiam a fazer a resina. Fazia parte dessas reuniões informais primeiro pessoas próximas à família, em seguida amigos trazidos por amigos, e assim as informações foram se espalhando. A nível internacional, começavam a circular outras informações sobre usos medicinais de maconha, na esteira do caso da menina Charlotte.

Segundo o livro da Fundação, ainda em 2013 Ana María teve a primeira experiência com uso de maconha para tratar epilepsia: uma médica, mãe de uma menina de dois anos que sofria com epilepsia refratária, lhe procurou para perguntar se ela não teria um pouco da resina para que pudesse experimentar em sua filha. Ana María lhe deu o que tinha e contou-lhe o que sabia sobre o caso da menina Charlotte, que virou uma referência internacional sobre tais usos. Como narra o livro, no dia seguinte a médica lhe escreveu contando que, pela primeira vez em muito tempo, ela, seu marido e sua filha tiveram uma “bela noite de sono e sonhos”¹⁹. Segundo Ana María, foi após essa experiência que ela passou a fornecer pequenas doses do óleo ilegalmente, e, em seguida, percebendo que era insuficiente, passou a organizar oficinas de elaboração da resina e autocultivo, para que as pessoas pudessem fazer seus próprios medicamentos.

Tal como ocorreu no Brasil, os anos de 2013 e 2014 foram marcados pela difusão dos usos medicinais de maconha e pelo aumento no contingente de pessoas interessadas na planta e no debate político. A marcha da maconha de Santiago, chamada “Cultiva tus derechos”, organizada desde 2005, registrou um grande número de participantes em 2013, somando novos usuários medicinais aos demais usuários já organizados. Dentre os participantes estava Ana María Gazmuri, cultivadora e atriz, conhecida nacionalmente por seus trabalhos na televisão, apesar de ter se distanciado do trabalho

¹⁹ Página 44 do livro “La Fundación Daya y la verde revolución del cannabis en Chile”.

como atriz já há alguns anos. Além de sua participação na marcha, Ana María ganhou notoriedade no debate após falar sobre o tema em alguns programas de televisão, declarando publicamente seus usos medicinais.

Fernanda trabalhou junto à Ana María desde o início, e contou que começaram a cozinhar a resina para outras pessoas e a atendê-las em um espaço emprestado por outro membro do grupo. Nas palavras de Fernanda: “vinha gente precisando ser escutada, gente muito desesperada, não queriam apenas buscar o medicamento, mas contar o que haviam passado e estavam passando, toda sua tragédia, até que finalmente pegavam sua resina” (trecho da entrevista que fiz com Fernanda, em maio de 2019, traduzido).

A resina era elaborada com as flores que as pessoas levavam para cozinhar junto com o grupo, oriundas de doação de amigos que cultivavam ou compradas no mercado ilegal. Com a experimentação da resina por outras pessoas, o grupo foi percebendo que ela era muito concentrada e, por isso “muito forte”, o que significa aqui ter efeitos psicoativos que podem ser desagradáveis principalmente para usuários inexperientes. Isso fazia com que precisassem dosá-la em quantidade muito pequenas, contadas como grãos de arroz, por exemplo: “você deve tomar o equivalente a ¼ de um grão de arroz”. Também poderia ser ½ grão de arroz ou um grão inteiro. Como a resina é muito espessa e é armazenada em uma pequena seringa de 1 ml, a contagem em grãos de arroz significa apertar a seringa até que saia uma “minhoquinha” do tamanho recomendado²⁰.

E começamos a cuidar das crianças, sem autorização dos médicos, de neurologistas, apenas com as informações dos pacientes. E, afinal, é cada um compartilhando as informações que tem, diminuindo o preconceito, informando com verdade, com informações verídicas e deixando que as pessoas façam seu exercício (trecho da entrevista com Fernanda, em maio de 2019. Traduzido).

Nesse sentido, Fernanda argumentou sobre a importância da “primeira atenção terapêutica” e da necessidade de ter tempo para conversar com o paciente. “Tudo começa a partir da primeira atenção terapêutica. Eles chegavam como uma folha em branco”:

“Isso não é maconha, certo?” E dizíamos “sim, é maconha”. Pensavam que era uma coisa diferente, “é medicinal”. “Mas, não estamos falando da maconha que se fuma, certo?”, “Sim, é a mesma”, dizíamos (Trecho de entrevista com Fernanda, maio de 2019, tradução minha).

Em seguida Fernanda ressaltou que atualmente, após 5 anos, os pacientes chegam à Daya com mais informação que naquele período, “porque as coisas mudaram”. Mas,

²⁰ Essa forma de dosar foi comum também no Brasil nesse mesmo período (entre 2014 e 2015), como está explicitado no capítulo III.

no início os atendimentos eram longos e realizados de maneira voluntária, contando com o trabalho e a experiência que desenvolviam.

Nesse primeiro atendimento, chamado de acolhimento²¹, o grupo explicava desde como manipular e dosar a resina ao lugar onde comprar terra, vasos, como germinar a semente, como funciona o sistema endocanabinoide e tudo que lhes parecia ser necessário para apoiar a pessoa que chegava.

Não havia médicos, não havia atenção médica. Então tudo o que fazíamos era ajudar, assessorar... anotávamos tudo em uma folha. Depois mandávamos por e-mail uma ficha para eles preencherem. Isso era tudo que podíamos oferecer aos pacientes. Passar informação, assessoria, a lei 20.000, que já havíamos pesquisado que se pode cultivar com receita e documentação. Depois entrou o Leandro para trabalhar e começamos a fazer os protocolos, entrou o primeiro médico, que começou a passar as primeiras receitas. (Trecho de entrevista com Fernanda, maio de 2019, tradução minha).

Com a prática, o grupo percebeu que levavam muito tempo explicando a cada nova pessoa as informações necessárias. Começaram então a agendar os atendimentos em grupos, para que pudessem explicar para mais pessoas de cada vez, otimizando o trabalho, agendando também a elaboração das resinas.

Começamos a fazer oficinas de cultivo e oficina de resina, e aí eram 20, 30 pessoas que começavam a chegar com matéria vegetal. Conseguíamos dessa maneira, a princípio, não podíamos cultivar. Traziam o que se conseguia por aí. Tinha alguém que dava de presente, alguém que vendia, alguém com dor, alguém sofrendo, cozinávamos lá mesmo com o que as pessoas traziam. Todo dia, muitas panelas cozinhando, às vezes até caía a luz (risos). E começamos a atender cada vez mais pacientes. Nos mandavam mensagem e respondíamos se podíamos, depois começamos a marcar horário por e-mail. A primeira contratação foi de uma pessoa para responder os e-mails e fazer algum tipo de agendamento, porque chegavam 4 ao mesmo tempo, dois três... Atendíamos grupos de pessoas que nem esperávamos (Trecho de entrevista com Fernanda, maio de 2019, tradução minha).

Com o aumento da procura, a percepção da importância do trabalho que estavam realizando, e no intuito de profissionalizar o atendimento à demanda crescente, o grupo decidiu formalizar o que faziam, reorganizar o trabalho, “normalizá-lo e legalizá-lo” (Livro Daya, p.45). Como narra o livro, a Fundação define tais encontros como espaços de educação não formal, informação e “uma comunidade de experiência compartilhada, fundada na empatia e na compaixão”.

Compreendendo que a Lei 20.000 permite o cultivo de maconha para fins medicinais, ainda que não haja protocolos para caracterização de tais tipos de cultivo em distinção aos demais, e mesmo com as instituições médicas chilenas se posicionando contrárias a tais usos, o pequeno grupo decidiu oficializar a Fundação Daya, alugar a

²¹ O termo “acolhimento” é utilizado pela Fundação Daya e pelas associações brasileiras para se referir ao primeiro atendimento, no qual a pessoa é ouvida, conta sua história, e é informada.

primeira casa que serviu de sede, iniciando uma agenda de cursos de cultivo e de atendimentos terapêuticos, em 2013.

Fernanda contou que os primeiros médicos que incorporaram a equipe tinham receio quanto à prescrição da cannabis, preocupados com o que os efeitos psicoativos poderiam causar nos pacientes e argumentou que, por isso, foi igualmente importante o papel do terapeuta canábico, profissional experiente e treinado pela Fundação, que acompanha os pacientes em todo o processo terapêutico até que alcancem sua autonomia. Esse cargo, também chamado de conselheiro canábico (em espanhol, *asesor*), é uma criação da Fundação, resultado das experiências que associam o conhecimento sobre cultivo, sobre as doenças e sobre os tratamentos desenvolvidos com a planta, abrangendo tanto o conhecimento formal (técnico científico) como o conhecimento experiencial e não credenciado. O terapeuta canábico não é um especialista em doenças, não é um médico (podendo ter formações diversas), é um conhecedor do tratamento com maconha, responsável por acompanhar o desenvolvimento da *carreira* dos pacientes até que se tornem autônomos.

Fernanda me disse que nunca sentiu nenhum medo do uso medicinal da planta, que tem muita segurança em usá-la, e que agora contam também com o respaldo dos médicos da instituição:

Sabemos como cuidar de quem chega e dos potenciais do tratamento. Sabemos que não acontece nada de grave e o que pode acontecer sabemos como cuidar. Atendemos tanta, tanta gente, gente mal, gente morrendo, gente em todos os estados, infinitas patologias, infinitas. Atendi muita gente. E sempre nessa linha de empoderá-las, de não capturar pacientes em algo como se as informações fossem nossas, o trabalho fosse nosso. Tem que dar-lhes o saber, entregá-los para que as pessoas sejam autônomas (Trecho de entrevista com Fernanda, maio de 2019, tradução minha).

De tais experiências foram construídos os cursos e oficinas que a Fundação oferece atualmente, assim como o modelo de atenção terapêutica utilizado na instituição. Quando perguntei a Fernanda como os cursos e oficinas foram construídos, ela me disse que tudo foi e é feito “pensando no paciente e em sua autonomia”. Com a experiência, iam percebendo o que funcionava e o que não funcionava tão bem. Primeiro faziam muitos manuais digitalizados, “altos PDFs [risos]”, que percebiam não serem tão eficientes quanto esperavam. Perceberam também, a partir desses encontros, que as pessoas entendiam melhor o que lhes era dito primeiro, em detrimento das informações que iam se acumulando ao longo do dia, tornando-se maçantes. Passaram então a realizar o primeiro atendimento como um momento acolhedor, a fim de compreender “de onde os pacientes falam” e “conhecer a situação de cada um”.

Alguns vem buscando assistência, outros vem pensando em comprar, mas não sabem que não se compra. Alguns vem comprar, outros vem buscar não sei o que... Então primeiro se tem que ter esse entendimento, as informações que vão servir para você entender como é e para decidir sobre o tratamento. Que não é magia, que funciona assim (Trecho de entrevista com Fernanda, maio de 2019, tradução minha).

Nesse processo, as informações dos “PDFs” se transformaram em uma única folha impressa, que atualmente é entregue aos novos usuários em seu primeiro atendimento, e na qual encontram-se resumidas as informações passadas pelo terapeuta canábico. Como descreveu Fernanda,

Fazemos isso com palavras bem simples, explicamos o sistema endocanabinoide, o cultivo, a lei... se a pessoa não quiser voltar mais, desse ponto já consegue começar um cultivo. Então tudo partiu do que fazíamos e depois simplificávamos (Trecho de entrevista com Fernanda, maio de 2019).

O grupo começou com cursos de cultivo “muito cumpridos”, com a duração de 3 dias. Depois organizaram tudo o que falavam no primeiro atendimento e começaram a fazer uma oficina de cultivo apenas com essas informações. Com a chegada de Marco, o professor cultivador, desenvolveram uma oficina de cultivo de 3 horas e meia, com o intuito de que as pessoas percebessem o cultivo como algo simples e já conseguissem, a partir disso, obter um cultivo para seus usos medicinais. “Assim, conseguimos explicar as coisas para alguns pacientes de uma vez. Se alguém não entedia alguma coisa, aí sim, vinha conversar com a gente, tirar as dúvidas, mas já não precisava explicar tudo a um de cada vez. Tentávamos, assim, simplificar ao máximo aquilo que fazíamos”.

Além da produção de óleo para uso medicinal, os terapeutas da Fundação compreendem que o cultivo da planta e a elaboração do medicamento também tem um efeito terapêutico no tratamento. Tanto Fernanda como Juan²², outro terapeuta da Fundação que entrevistei, associaram o trabalho realizado na Fundação Daya a um modelo de atendimento à saúde paradigmaticamente distinto do atendimento médico convencional. Para Fernanda, a medicina convencional desenvolve uma relação de dependência do paciente em relação ao médico, ocasionada pela detenção do saber por apenas uma das partes envolvidas, o que impede também que os pacientes vejam como uma escolha a opção de fazer ou não determinado tratamento. Esse posicionamento é contraposto pela terapeuta ao “empoderamento” e “autonomia” incentivados pela Fundação Daya, ao “respeitarem as decisões do paciente e sua liberdade”, explicando que, em alguns casos, o acompanhamento do médico da Fundação passa a ser muito

²² Optei por utilizar nomes fictícios para todos que entrevistei, e no ato da realização da entrevista entreguei-lhes um documento de garantia de anonimato, ainda que os entrevistados não tenham feito qualquer exigência em relação a isso.

esporádicos, o que é, de seu ponto de vista, um êxito em relação a autonomia do paciente sobre seu cultivo e sua saúde.

Tal ponto de vista busca deslocar do médico para o paciente ou seu familiar o protagonismo em relação às escolhas relacionadas ao tratamento e seu percurso, como argumentou Juan:

Com a terapia canábica efetivamente se pode tirar o foco do sistema de saúde, do doutor, do especialista naquilo que estou passando, e levá-lo para o próprio paciente. Emponderá-lo. Isso eu creio que é fundamental. E me parece que os médicos têm aprendido muito, porque veem no dia a dia que o que mais funciona é pessoal, é a solução própria do paciente, que não é a mesma para o paciente do lado (Trecho da entrevista com Juan, em março de 2019, tradução minha).

Em relação à disputa epistemológica, apontamos que, além da medicina institucionalizada - que se esforça em manter seu monopólio e seu poder epistemológico sobre as drogas -, há também uma alternativa à medicina convencional sendo construída nesses espaços por meio de uma educação científica e política. Uma produção de conhecimento experiencial que, embora não seja credenciado, é refinado e direcionado às dúvidas mais frequentes, uma vez que é produzido coletivamente e por pessoas implicadas no processo.

Fernanda apontou como terapêutica a mudança comumente observada na rotina da família que se envolve em torno do tratamento de um ente querido:

Chegam aqui pacientes que no primeiro dia nos dizem “eu não posso cultivar, não tenho nenhuma possibilidade”. Passam os meses e ele fala “cultivar é o melhor que já fiz na vida”. Primeiro porque está cuidando das plantas. Quando a pessoa está cuidando das plantas, alguma coisa acontece nesse exercício também, você entende? Você está cuidando de um ser vivo, que depende de você, que vai te trazer benefícios, então tem todo um círculo virtuoso que começa nesse processo e que te acompanha por todo o caminho. Se junta a família, organizam os turnos, é como um trabalho em equipe, é como se mudam as coisas. Algo muda na família, entende? É como um trabalho em equipe. Isso acontece com o cultivo (Trecho de entrevista com Fernanda, maio de 2019).

A partir da prática, do exercício de “simplificar o que faziam”, e do objetivo de desenvolver um modelo terapêutico holístico, distinto do atendimento médico convencional, a equipe da Fundação construiu um plano terapêutico próprio, que foi apresentado por Camila Tellez, terapeuta canábica e coordenadora clínica da Fundação, no evento “Cannabis e Dor Crônica”²³, que pude assistir e, após o evento, conversar com Camila.

²³Ocorrida em março de 2019. A apresentação pode ser assistida online, na página da Fundação Daya, disponível em: <http://www.fundaciondaya.org/fundacion-daya-realizo-taller-sobre-cannabis-y-dolor-cronico/>

O plano terapêutico consiste em um percurso oferecido pela instituição à pessoa que busca tratar uma determinada patologia, curá-la ou melhorar sua qualidade de vida ou de um familiar. Esse percurso, como ressaltou Fernanda, é construído a partir do acúmulo das experiências anteriores, o que significa que é frequentemente atualizado, adaptado e pensado a partir das experiências apresentadas pelos pacientes. Embora o plano terapêutico seja personalizado, como me explicaram os terapeutas, ele tem como base os aprendizados coletivos e os estudos que resultam na atualização do conhecimento da equipe, e no modelo sequencial de ações, que será descrito a seguir.

4.3.1 O modelo de atenção terapêutica

Para começar a realizar um acompanhamento terapêutico na Fundação Daya, o primeiro contato do paciente/usuário ou seu familiar é realizado por redes sociais, pela página da Fundação na internet ou pelo telefone, por onde a pessoa interessada pode marcar um horário. Tanto as consultas como os cursos regulares oferecidos pela Daya eram pagos. Na época em que realizei a pesquisa de campo, as consultas com terapeutas e médicos custavam em torno de R\$ 60 e R\$ 120 reais, respectivamente.

A primeira atenção, como é chamado o primeiro atendimento, é realizada pelo terapeuta canábico, e dura cerca de 60 minutos. O intuito desse atendimento foi resumido por Camila nas palavras *informar, educar, empoderar*: informar o paciente sobre as questões legais (possibilidades de prescrição e uso no Chile), políticas (por que é criminalizada) e biomédicas (o que são canabinoides, sistema endocanabinoide e como a maconha atua no corpo humano); educar o paciente com informações sobre o cultivo, formas de uso e dosagem; e fornecer ao paciente as informações necessárias para que seja capaz de escolher realizar ou não o tratamento e como ele será feito.

Além de observar o cotidiano da Fundação e conversar com alguns membros da equipe, acompanhei o primeiro atendimento terapêutico de uma senhora com Juan, terapeuta da Daya há pouco mais de um ano, que pude entrevistar posteriormente. Na ocasião da entrevista, o terapeuta descreveu a primeira consulta:

Vamos supor que o paciente chega para a primeira entrevista com o terapeuta. Como te disse, o que o terapeuta vai fazer nessa primeira consulta é orientar. Vai explicar ao paciente os princípios biológicos por trás do sistema endocanabinoide e a terapia canábica. Tem que explicar também a parte legal daquilo que significa fazer terapia canábica no Chile, o que se pode e o que não se pode fazer. Como fazer aquilo que se pode de maneira legal.

O papel do terapeuta aqui é orientação e acompanhamento. Nosso papel é apontar, não dar as indicações perfeitas. Quem faz isso é o paciente, que

encontra suas melhores soluções. O verdadeiro terapeuta é o próprio paciente. O verdadeiro curador é o sistema endocanabinoide desse paciente. O que nós queremos é simplesmente potencializá-lo, reforçá-lo e acompanhá-lo para seu melhor proveito (Trechos da entrevista com Juan, realizada em março de 2019, tradução minha).

As possibilidades de acesso ao tratamento indicadas ao paciente são as possibilidades consideradas legais: o autocultivo ou o uso do *canabiol*, medicamento produzido a partir da parceria entre o laboratório chileno *Knop* e a Fundação Daya, sendo o laboratório o responsável pela confecção do medicamento e a Fundação pelo cultivo²⁴. Apesar de parecer mais fácil comprar um medicamento pronto a fazê-lo, tanto terapeutas como os médicos da Daya são unânimes em ressaltar que apenas o autocultivo oferece a possibilidade de um tratamento personalizado, no qual é possível experimentar diferentes variedades - alcançadas por meio dos bancos de sementes oferecidos nos *growshops* da cidade -, até encontrar a mais adequada para si. Juan enumerou algumas das razões que o fazem eleger o autocultivo como melhor caminho para o tratamento com cannabis:

O autocultivo é muito bonito: primeiro, economicamente é imbatível, pode ser grátis; segundo, pode eleger as sementes que vai cultivar, pode fazer um tratamento realmente muito específico; e, terceiro, rompemos esse paradigma de que vou à farmácia, pago, e me passam comprimidos que não sei de onde vem, quem os fez, nem bem o que eles contêm, e também pouco me explica meu médico quais efeitos secundários que terá no meu corpo. Esse tipo de relação na medicina é muito diferente. Dar meu carinho, meu cuidado e minha atenção a uma planta, durante 4 meses, que depois me dará alívio a minhas dores ou melhorará meu apetite. A cura começa no momento em que estou regando minhas sementes (Trecho de entrevista com Juan em março de 2019).

A definição da *medicina canábica* (ou *endomedicina*) como uma medicina personalizada não tem a ver apenas com o aspecto holístico adotado pela Daya, mas diz respeito à ideia de que cada ser humano reage de maneira diferente à ingestão da maconha. Ouvi algumas vezes, tanto nos cursos e oficinas como nas palestras que “o mesmo óleo, dado na mesma dosagem, indicado para a mesma patologia em pessoas diferentes, pode ter efeitos muito distintos”. Isso também foi constatado por Mechoulam²⁵, no episódio do bolo de chocolate com maconha, já descrito no capítulo dois, quando, ao compartilharem o mesmo bolo feito com THC isolado em laboratório, seus colegas de trabalho (cobaias nesse experimento doméstico) descreveram e expressam efeitos bastante diversos.

²⁴ Essa parceria foi interrompida em 2020, quando o laboratório não conseguiu renovar a licença para a produção.

²⁵ O cientista já descreveu esse experimento diversas vezes. É possível assisti-lo no documentário “The Scientist”, disponível gratuitamente em:
https://www.youtube.com/watch?v=SI1k5LPTBA&ab_channel=FundacionCANNA

Nesse sentido, havendo uma diversidade imensa de variedades de cannabis com diferentes concentrações de canabinoides e todas as demais substâncias produzidas pela planta, a opção pelo tratamento com óleos prontos é indicada na Fundação Daya apenas quando o paciente não tem condições de cultivar a planta ou como uso inicial até que o usuário tenha condições de produzir seu medicamento.

Ainda durante o primeiro encontro com o/a terapeuta, é apresentado ao novo usuário medicinal as formas de uso terapêutico possíveis para a maconha, ainda que nem todas sejam recomendadas pela Fundação. São elas:

- Vaporização: trata-se de inalar o vapor resultante do aquecimento das flores secas da planta realizado em um aparelho eletrônico chamado vaporizador. Esse uso difere-se do uso fumado porque não prescinde de combustão, uma vez que a matéria vegetal é aquecida em uma peça de cerâmica, à temperatura escolhida pelo usuário. Como me explicou um terapeuta, a escolha da temperatura permite ao usuário manipular os efeitos desejados, sendo que as temperaturas mais baixas provocam menos psicoatividade, por exemplo. Esse uso provoca efeito imediato, podendo ser recomendado para o tratamento de crises de dor intensa, por exemplo. Quando recomendada a vaporização, pacientes novatos, que não se sentem seguros em relação aos efeitos psicoativos para realizá-la em casa, podem fazê-lo na Fundação, com o acompanhamento de um terapeuta.
- Macerado: óleo vegetal resultado do cozimento de flores frescas em azeite extravirgem por algumas horas, em “banho maria” (cozimento realizado por meio da imersão de um vidro dentro de uma panela de água, de modo que o cozimento ocorre lentamente e não queima). É, algumas vezes, a primeira forma de uso recomendada por médicos da Fundação, por ser menos concentrado que os óleos preparados com resina, tendo também menos efeito psicoativo, uma vez que as flores frescas têm compostos distintos das flores secas. Como aprendi nos cursos da Daya, as flores frescas “têm THC de forma ácida, ou seja, THCA”. O THC, composto psicoativo, é produzido em maior abundância com o processo de secagem das flores.
- Resina: Produzida a partir da extração alcóolica dos canabinoides. A resina é o material que resulta após toda a evaporação alcóolica: um líquido muito espesso, de coloração escura que, quando frio, se torna pegajoso e de difícil manuseio, é comumente armazenada em seringas de 1ml. Para facilitar seu uso ela é prescrita, em geral, diluída em azeite ou outro óleo vegetal, o que é chamado de

“óleo de maconha/cannabis” no Brasil, ou “aceite de cannabis”, no Chile. A resina é recomendada de forma pura apenas para pacientes experientes e que necessitam de altas doses, pois sua alta concentração e o difícil manuseio podem ocasionar overdoses, levando a experiências desagradáveis.

- Pomada: confeccionada com a resina pronta, mel de abelha e manteiga vegetal e utilizada para picadas de inseto, lesões, queimaduras, dores musculares, acne entre outros, não havendo possibilidades de efeitos psicoativos, nem contraindicações no uso tópico.
- Alimentos: apesar de reconhecerem as possibilidades terapêuticas de alimentos feitos com maconha, essa forma de uso não é indicada pelos profissionais da Daya por conta da dificuldade de dosagem, o que pode ocasionar overdoses. Como sempre era reificado nos cursos e palestras, se um paciente experiente e autônomo decide ingerir cannabis na forma de alimentos, isso não é um problema para a equipe, mas não é uma forma de uso prescrita.

Essas informações são entregues de forma resumida ao paciente durante a primeira atenção terapêutica, resumidas em duas folhas A4. Dentre as formas de uso reconhecidas acima, o macerado, a resina e a pomada são ensinadas a serem confeccionadas na oficina de medicamentos da Fundação.

Ao final do primeiro atendimento, com a decisão do paciente pelo tratamento, é feita sua ficha cadastral e o terapeuta que lhe atendeu será responsável por acompanhá-lo até que ele se torne autônomo, o que significa aqui ter capacidade para cultivar, produzir o medicamento e manipular as dosagens. Esse processo tem duração distinta entre os pacientes e o acompanhamento do terapeuta é realizado tanto na Fundação como por telefone, pelo aplicativo de conversas *WhatsApp*. Há também os pacientes que não serão autônomos, e seguirão tendo o apoio da Fundação em seu processo terapêutico, como era o caso do senhor Carlos, narrado no início do capítulo, que preferia ir uma vez ao ano com sua colheita à Daya fazer o óleo para sua esposa e não o confeccionar em casa sem supervisão.

Após a primeira atenção e a opção por realizar o tratamento, o paciente é encaminhado para uma consulta médica que pode ser realizada por clínicos gerais, neurologistas ou pelo psiquiatra que atende na Fundação, sendo 7 médicos ao todo compondo a equipe no período da realização da pesquisa. A consulta médica tem duração média de 40 minutos e, como foi exposto por Camila em sua palestra sobre o

modelo de atenção da Fundação Daya, tal como o atendimento realizado pelo terapeuta, o objetivo da consulta médica é “olhar o paciente integralmente, escutar sua história e encontrarem juntos o melhor caminho, o melhor tratamento”. Após o atendimento, o médico prescreve ao paciente não um medicamento, mas uma ou mais variedades de maconha, que serão cultivadas pelo paciente, e a forma de uso que realizará (macerado, resina, óleo). Os pacientes podem aprender as técnicas de cultivo e como produzir seus medicamentos nas oficinas e cursos da Fundação.

Dessa consulta terapêutica há variações: a maioria dos pacientes vai fazer um processo de autocultivo, vai fazer sua própria medicina, portanto vem aos cursos de auto cultivo e dos preparados medicinais, que são em dias diferentes; Por outro lado, muitos desses pacientes necessitam de supervisão clínica, necessitam de um médico que possa se meter em ambos os mundos, no mundo canábico e também no mundo alopata, para poder fazer as compatibilidades com o tratamento, baixar doses de outros medicamentos quando os pacientes se dão bem com cannabis, ou também ter uma opinião clínica acerca de um exame que o paciente trouxe. Então, necessidade de um acompanhamento e uma supervisão clínica. Nesse sentido o terapeuta atua como um ajudante técnico. O supervisor clínico é o médico. Essa é a figura do terapeuta: acompanhante, amigo, ajudante. Os pacientes, alguns precisam da supervisão técnica do médico e outros não. Alguns pacientes andam buscando outro tipo de acompanhamento e a parte médicas já tem em outros serviços (Trecho da entrevista com Juan em março de 2019).

Como explicou Camila (após a palestra), depois do primeiro atendimento médico os retornos dos pacientes podem ocorrer a cada dois, três meses, outras vezes a cada 6 meses, de acordo com o desenvolvimento do tratamento, chegando a ocorrer uma vez por ano, “quando o resultado é muito bom”.

Quando o paciente deixa de ir à Fundação, o terapeuta entra em contato para saber se ele segue, autonomamente, o tratamento. Quando isso ocorre o paciente retorna apenas semestralmente ou anualmente, de acordo com cada um, a fim de manter os documentos atualizados e o acompanhamento da Fundação. Para Camila Tellez, isso significa um grande êxito do trabalho coletivo ali realizado. Segundo os dados disponibilizados pela Daya, 70% dos pacientes são autossuficientes em seu cultivo.

4.3.2 Protocolo de dosagem e manipulação dos efeitos

A forma de uso recomendada, de maneira geral, por médicos e terapeutas da Fundação é a maneira por eles considerada mais segura para o desenvolvimento do tratamento, compreendendo como “mais segura” o menor risco possível do paciente ter uma experiência ruim em decorrência dos efeitos psicoativos ou não desejados de maneira geral. Em relação aos efeitos psicoativos, uma experiência ruim pode ser sentir-se eufórico, com medo ou sentir-se perseguido, por exemplo. Em relação a outros

efeitos não desejados, esses variam de acordo com o objetivo do uso: sono e fome, por exemplo, efeitos comuns dos usos de maconha, podem tanto ser definidos como efeitos desejados como indesejados, não apenas de acordo com o objetivo do uso, como de acordo com o a hora do dia (à noite o sono pode ser desejado, enquanto durante o dia não). Também os efeitos psicoativos podem ser considerados agradáveis ou não, sendo definido por muitas variáveis. Todos esses aspectos podem ser potencializados ou amenizados pelos usuários medicinais com o aprendizado sobre o manejo das doses e das variedades utilizadas.

Como apontou Diego Cruz, médico da Fundação, em sua fala na palestra “Cannabis y dolor crônico”, é possível combinar usos de variedades diferentes durante o dia e durante à noite, assim como combinações de diferentes cepas que se equilibrem, a fim de diminuir os efeitos indesejados e ampliar os desejados. Por exemplo, utilizar variedades da plantas mais *sativas* durante o dia e plantas de variedades *índicas* à noite, uma vez que as primeiras, em geral, ocasionam mais disposição, e as últimas sono e fome. Por outro lado, as variedades *índicas* podem ser mais eficientes no tratamento da dor. Por tudo isso, e devido à tantas variáveis, diz-se que apenas o usuário pode dizer com precisão qual tratamento lhe faz melhor, e por meio do uso e da observação, ou seja, pela experiência (pessoal e coletiva).

Sendo a resina diluída no azeite e o macerado as formas de uso mais comumente prescritas na Fundação, o protocolo de dosagem serve para ambos e consiste em começar com uma gota à noite, antes de dormir. Quatro dias após ter começado a tomar a primeira gota à noite, deve ser introduzida uma gota pela manhã, dobrando a dose para uma gota pela manhã e outra à noite. Com o usuário se sentindo bem, sem efeitos indesejados, após quatro dias acrescenta-se mais uma gota à noite. Quatro dias depois, acrescenta-se mais uma gota durante o dia, chegando a duas gotas pela manhã e duas à noite, e assim sucessivamente, acrescentando gota por gota, sempre a cada quatro dias, podendo variar o horário (acrescentando uma gota à tarde, por exemplo).

Camila explicou que o tratamento é iniciado dessa forma porque, não conhecendo a sensibilidade do paciente para a cannabis, essa é a maneira de conhecê-la e do usuário desenvolver, aos poucos, certa tolerância à substância. Explicou em sua palestra que,

Se o paciente toma 3 gotas, as dores continuam, e aí ele toma 7 gotas de uma vez e se sente mal, é porque teve uma sobredose. E não sabemos se a dose que fez mal foi a quarta, a quinta, a sexta ou a sétima gota. “Não sei em que ponto me perdi e foi muito pra mim”. E uma má experiência pode traumatizar o paciente. De uma em uma gota ninguém terá uma experiência ruim e se

encontrará um bom resultado (Camila Telléz, coordenadora clínica da Fundação, durante a palestra “Cannabis y dolor crônico”, em março de 2019).

Assim, aumentando gradativamente a dosagem, quando sentir que teve efeitos não desejados desagradáveis, o usuário retoma à dosagem imediatamente anterior, e essa será sua dose ideal. Com o tempo, há uma compreensão de que o usuário desenvolve maior tolerância aos efeitos psicoativos e melhora sua habilidade em percebê-los, podendo voltar a aumentar a dose se desejar, sempre dentro de um equilíbrio entre os efeitos desejados e colaterais.

Além desse “equilíbrio” relacionado à dosagem, a diversidade de variedades de sementes de maconha vendidas no Chile permite aos usuários medicinais combinarem diferentes concentrações de óleos feitos com plantas de características distintas, tornando imensurável o número de possibilidades. Compreendo que a isso também se refere a ideia de “tratamento personalizado” associado ao tratamento realizado na Daya pela equipe.

Juan ressaltou o protagonismo do paciente nas escolhas realizadas durante o tratamento:

A orientação não é “para sua enfermidade você deve tomar essa variedade”. Não é. Nós nos baseamos na estatística, claro, por exemplo, que o THC vai bem com a questão da dor. Portanto, para o cultivo de um paciente que tem dor, seria recomendável uma variedade que tenha alta concentração de THC. Mas também temos visto que, para equilibrar, THC e CBD andam muito bem juntos. Então também incluímos dentro do seu cultivo estas outras variedades. E, talvez, o terpeno melhore algumas condições e alguns tipos estão mais carregados em algumas variedades que em outras. Então, dentro dessas possibilidades, o próprio paciente vai compreender qual dessas plantas andou melhor consigo. E, a partir daí, podemos ajudar o paciente a ser mais específico. Então fazemos esse acompanhamento, não é direção. É orientação. Quem realmente determina é o organismo do próprio paciente, não a gente.

Chamo atenção aqui para o fato de que tal protagonismo não tem a ver apenas com os efeitos compreendidos como medicinais, referentes aos casos nos quais uma patologia específica tem seus sintomas amenizados ou curados pelo tratamento com cannabis, mas que pode acionar também outros aspectos referentes ao bem-estar do usuário, e isso está relacionado ao aprendizado que este desenvolve sobre os efeitos da planta. Nesse sentido, de forma semelhante como qualquer usuário de maconha passa por um processo de aprendizagem por meio do qual aprende a gostar dos efeitos da substância que consome (BECKER, 2008), o usuário medicinal pode significar como agradáveis determinados efeitos que anteriormente identificava como não desejado.

Becker (2008), ao examinar os processos pelos quais as pessoas se tornam usuárias de maconha, associa as etapas relacionadas a “aprender a identificar os efeitos” e “aprender a gostar dos efeitos” como importantes para a manutenção do uso. Ainda que o autor restrinja suas análises ao uso por prazer, podemos estendê-la aos usuários medicinais, pois são processos associados a tomada de consciência sobre os efeitos da maconha e, dessa forma, mecanismos que permitem uma manipulação mais complexa de seus usos.

Em todos os casos nos quais o uso prosseguiu, o usuário havia adquirido os conceitos necessários com que expressar para si mesmo o fato de que experimentava novas sensações causadas pela droga. Isto é, para que o uso continue, é necessário não apenas usar a droga de modo que produza efeitos, mas também aprender a perceber esses efeitos quando eles ocorrem. Dessa maneira, a maconha adquire sentido para o usuário como um objeto de que se pode lançar mão por prazer (BECKER, 2008, p.60)

Em relação a “aprender a gostar dos efeitos”, Becker sinaliza que a percepção sobre os efeitos do consumo de maconha sobre o corpo não é necessariamente agradável, compreendendo que o prazer por essa experiência é socialmente adquirido, tal como o gosto por tomar uma determinada bebida, por exemplo. “O usuário sente-se tonto, sedento; seu corpo cabeludo formiga; ele avalia mal o tempo e as distâncias. Essas coisas são agradáveis? Ele não tem certeza” (2008, p.62).

No caso dos usos medicinais, aprender a gostar dos efeitos pode não ser necessariamente um fator determinante, como nos casos dos usos por prazer acionados por Becker, mas o contrário pode ocorrer: é possível que o uso seja interrompido caso o paciente compreenda as sensações provocadas pelo consumo como ruins ou danosas, ou compreenda que sentir-se sob o efeito de maconha seja moralmente reprovável.

É a partir da interação com usuários mais experientes que o usuário vai aprender a significar as sensações, a regular a quantidade com cuidado a fim de evitar sensações desagradáveis e potencializar as que lhe agradam (Becker, 2008, p.64). Nesse sentido, é a partir desses aprendizados que o usuário medicinal adquire a capacidade de manipular os efeitos da planta, uma vez que poderá decidir qual dosagem, e de quais variedades de plantas, lhe faz melhor em determinado momento do dia, por exemplo, aumentando as possibilidades de bem-estar.

4.4 Conhecimento compartilhado: cursos e oficinas

Quando cheguei na Fundação Daya eu já havia assistido cursos de cultivo no Brasil. Trazia, portanto, uma bagagem de conhecimento oriundo do meu trabalho de campo realizado até ali. Escolhi, porém, não me deter na descrição dos cursos que acompanhei no Brasil. Essa escolha se justifica justamente pelo fato do meu pouco conhecimento sobre todo o processo dos usos medicinais à época, o que me fazia ter uma atenção desfocada, na tentativa de dar conta do todo dessas experiências. Ao mesmo tempo que me interessava observar as pessoas que faziam o curso, a forma como o conteúdo era compartilhado, como esse conhecimento era produzido, eu era também uma aluna no primeiro curso que participei, que durou dois dias e foi promovido pela ABRACannabis, no Rio de Janeiro, quando eu cumpria ainda a etapa exploratória da pesquisa e sabia muito pouco tanto sobre os usos medicinais de maconha como sobre os movimentos em seu entorno.

Os cursos oferecidos pelas associações no Rio, em geral, eram esporádicos, em parte pela falta na época de um espaço físico²⁶ seguro para sua realização. No segundo semestre de 2018 a APEPI começou a realizar cursos com maior frequência, mas não assisti a nenhum deles exclusivamente como ouvinte ou observadora, pois colaborei com a construção da parte do curso que se referia à história da maconha para fins medicinais e do proibicionismo. Portanto, quando participei dos cursos de cultivo da APEPI (quatro no total), foi como membra da equipe que ministrava o curso, o que não significa que essas experiências não tenham feito parte do trabalho de campo, ao contrário, durante os cursos da APEPI foi quando tive mais oportunidades de conversar com a equipe, pois passávamos o dia inteiro juntos. Porém, as observações feitas nesse período estão mais relacionadas às conversas com membros da associação (equipe e usuários) do que ao curso em si.

Cabe ainda explicitar que para realizar o trabalho etnográfico que apresento neste capítulo, foi necessária mais que uma experiência pontual, mas a oportunidade de acompanhar muitas vezes os cursos, e um conhecimento acumulado que só foi possível devido ao trabalho de campo que já havia feito anteriormente, no Brasil. Nos cursos da Fundação Daya, pude dar mais atenção à forma como os conteúdos eram transmitidos

²⁶ A APEPI tem sede atualmente, no centro do Rio de Janeiro. Mas foi inaugurada em junho de 2019, quando eu já havia terminado a pesquisa de campo da tese. Além disso, com a pandemia de COVID-19, não houve tempo para que os cursos presenciais fossem estabelecidos regulamente, portanto a associação tem feito cursos online.

do que aos conteúdos em si, pois não estava ali como aluna, mas como observadora embora sempre aprendesse algo. A possibilidade de assistir aos cursos e oficinas várias vezes me ajudou a construir um trabalho etnográfico mais detalhado, com atenção principalmente às formas como os conhecimentos eram produzidos e partilhados.

Os cursos oferecidos pela Fundação Daya eram:

a) Oficina de cultivo: oferecida semanalmente, com duração em torno de 3 horas e meia e voltada para práticas iniciais de cultivo. Para realizar a oficina os participantes recebiam um pequeno bloco de seis páginas com o resumo do conteúdo apresentado e também tinha direito a fazer a oficina de medicamentos junto a um acompanhante.

b) Curso de cultivo: curso oferecido em duas turmas por mês, mais longo, com duração de dois dias. Voltado para pessoas que já passaram pelas oficinas, esse curso é mais detalhado e prático, pois em cada etapa ensinada os participantes são convidados a experimentar na prática o que foi ensinado. Ao se inscreverem no curso os participantes ganham uma apostila sobre cultivo com todos os slides apresentados ao longo das explicações e as explicações correspondentes. Quando o curso termina os participantes ganham um kit de cultivo, com vasos, terra, adubos químicos orgânicos e alguns brindes da Fundação Daya. Os participantes também ganham um certificado de realização do curso, emitido pela Fundação. Tal como na oficina de cultivo, está incluso no curso a participação em uma oficina de medicamento, a ser agendada pelo paciente ou seu familiar.

c) Oficina de medicamentos (resina, macerado e pomada): a partir das flores secas de maconha, trazidas pelos participantes, ensina-se a fazer a resina, e, com ela, o azeite e a pomada. O “macerado”, como foi dito anteriormente, é feito em banho maria com azeite e flores frescas, e era ensinada apenas de maneira oral. A oficina era oferecida semanalmente, às vezes duas vezes na semana, de acordo com a demanda, e tinha a duração do tempo de preparo da resina, em torno de 2 horas e meia.

d) Curso para profissionais da saúde: ocorre de maneira menos regular que os demais cursos e tem a duração de um dia inteiro.

Todos esses cursos são pagos, variando entre 30 reais (oficinas de medicamento e curso de cultivo) a algo em torno de 120 reais (curso para médicos). Apesar de serem pagos, como os cursos ocorriam em áreas abertas da Fundação, era comum que pacientes e seus familiares acompanhassem parte dos cursos enquanto aguardavam uma consulta.

Compreendo os cursos da Fundação Daya como espaços de compartilhamento de conhecimento e experiências construídos para o aprendizado coletivo de pessoas leigas, com pouca experiência, ou que estão aprimorando suas técnicas, portanto, pessoas que estão em diferentes etapas da carreira de usuários medicinais e que agregam conhecimentos distintos. Os cursos eram ministrados por Marco (com exceção do curso para profissionais da saúde), professor cultivador da Fundação naquele período, e fazia parte de sua prática deixar que os alunos tentassem responder as perguntas que surgiam ao longo das aulas, e, só após ouvir as respostas dos demais ou suas tentativas de alcançar uma resposta, dizia o que compreendia sobre o tema. “O que sua intuição te diz?”, era uma pergunta frequente que o professor fazia antes de compartilhar seu conhecimento, que era tanto um conhecimento prático e experiencial, vindo de sua trajetória como cultivador e das experiências que faziam na Daya, como um conhecimento científico e não credenciado, oriundo de seus estudos e pesquisas pessoais, o que incluía livros, artigos científicos, conversas com profissionais de áreas distintas, como um amigo químico de quem falou certas vezes e outros colegas e amigos cultivadores.

Por muito tempo o tema da cannabis foi malvisto, então se tinha que desenvolver as técnicas e o conhecimento de maneira clandestina e informal. Como era, até pouco tempo, ilegal, não se permitiam pesquisas. Então se tem aprendido com fontes anteriores, feitas pelos antigos, que já cultivavam e nos deixaram informações sobre o cultivo da planta, como se pode cultivar, como se pode elaborar os preparados medicinais e como usá-los. Então muitas informações vêm daí, de uma formação informal. Mas ultimamente, com os últimos avanços e investigações científicas, se tem podido começar a ser mais específico. Estamos nesse momento no qual se está explicando como funcionam algumas coisas desse conhecimento informal, mas também estamos melhorando as extrações, como podemos extrair melhor esses princípios ativos da planta. Esse é o lugar onde estamos agora: estamos aprendendo novas coisas quase diariamente ou semanalmente, como extrair melhor, qual planta serve mais para qual coisa. Então agora, com conhecimento antigo e novo, estamos transmitindo da melhor forma possível (Trecho da entrevista com Marco, realizada em março de 2018).

Algumas vezes Marco chamava atenção nos cursos para os termos utilizados pelos participantes, argumentando que era importante “usar as palavras certas”, referindo-se a termos padronizados pela ciência para referir-se a partes da planta, ou a processos referentes ao cultivo, por exemplo. Dizia aos alunos “vou ensinar-lhes as palavras certas e vocês vão poder compartilhar isso com outras pessoas que conhecem. Assim construímos uma cultura canábica onde a gente se entende e se comunica, sabendo que estamos falando da mesma coisa”. Além disso, o uso dos “termos corretos”

era associado às possibilidades de desenvolver pesquisas pessoais e de incluir nelas artigos científicos.

Durante a entrevista, Marco me disse ser comum entre cultivadores para uso pessoal o uso de gírias ou termos de conhecimento restrito a esse grupo, muitas vezes na intenção de não compartilhar suas técnicas em razão das competições canábicas, onde disputam as melhores plantas. Nesse sentido, os nomes inventados ajudam a manter certos segredos. No caso do conhecimento em torno dos usos medicinais, o objetivo é o contrário, é compartilhar com as pessoas interessadas as melhores técnicas, a fim de difundir tanto o conhecimento como a própria experiência do cultivo doméstico.

Para Becerra (2020), associações como a Fundação Daya e a Mama Cultiva possibilitam espaços de diálogo entre médicos, pesquisadores de áreas variadas e pacientes e seus familiares como um caminho para produzir conhecimentos em um modelo capaz de superar a controvérsia sobre usos medicinais, produzindo novos saberes. Identifico que a aproximação de médicos, usuários medicinais experientes que se tornaram terapeutas, e o cultivador professor pesquisador informal, como acompanhei na Daya tem, de fato, possibilitado novos modos de produção de conhecimento sobre saúde não centrados no saber médico hegemônico, ao contrário, centradas na experiência de usuários medicinais - que também podem se reconhecer como pacientes enquanto categoria política - e seus familiares, tendo suas próprias narrativas como precedentes a qualquer outro saber. Nesse sentido, é possível compreender os cursos e palestras como de capacitação para o cuidado.

A seguir, serão apresentados as oficinas e cursos de cultivo e as oficinas de elaboração da resina (tendo participado de 12 no total). Em termos de dados gerais, vale ressaltar que a grande maioria de mulheres tanto nos cursos como nas oficinas de cultivo, chegando a ter eventos com nenhum homem participando com exceção do professor. Em relação ao número de participantes, os cursos variavam entre 10 e 30 participantes, enquanto as oficinas tinham entre 10 e 20 participantes em média.

Como recurso textual e metodológico, optei por apresentar os dados das 6 oficinas e 3 cursos que acompanhei integralmente como se fossem um único evento, a fim de deixar a leitura mais fluida, e como forma de organizar os dados a serem compartilhados. O mesmo foi realizado acerca das doze oficinas de medicamento que acompanhei ao longo do período de trabalho de campo.

4.4.1 Cursos e oficinas de cultivo

Figura 9 Imagens dos cursos e oficinas de cultivo ministrados na Fundação Daya



Fonte: acervo da autora

Sempre no começo das oficinas de cultivo Marco explicava o que ensinaria a seguir não era o único jeito de cultivar maconha e obter bons resultados, mas a maneira mais simples que encontrou de alcançar sucesso no cultivo sem precisar ser um cultivador ou cultivadora experiente, e que tornasse o primeiro cultivo já proveitoso. Explicava que os cursos e oficinas eram resultado dos quatro anos de experiência da Fundação ensinando pessoas a cultivar, e nos quais juntos (ele e outros membros da equipe) chegaram aos métodos atuais, que estão sempre sendo aprimorados. Argumentava que todos podiam desenvolver suas próprias técnicas e, em caso de sucesso, que lhe contassem depois o que fizeram. Mas que, durante a oficina, se deteria em seu método: o mais simples possível e com menor chance de erro, a fim de alcançar sucesso na colheita desde os primeiros cultivos.

Em seguida, o professor perguntava se todos que estavam fazendo o curso já tinham visto uma flor de maconha. Sempre havia alguém que não conhecia e, independente de quem respondesse, Marco entregava um pequeno galho com flores, que era passado de mão em mão entre os presentes. Às vezes passava um galho com flores frescas e outro com flores secas para que os participantes vissem a diferença, tal como está ilustrado na figura 10. Esse era um momento sempre interessante e divertido do curso e vinha sempre acompanhado de uma piada-ressalva: “eu preciso ir acompanhando o galhinho passando de mão em mão, se não ele volta pra mim no final sem nada, totalmente pelado”.

Figura 10 Flor seca (em cima) e fresca (embaixo) que circularam entre os participantes de um dos cursos de cultivo que acompanhei



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Os cursos eram compostos por turmas muito diversas em relação à idade e ao grau de conhecimento sobre a planta. Certa vez estavam presentes quatro membros de uma família que foram juntos ao curso: um casal composto por um homem e uma mulher jovens, sua filha pequena, que não passava dos dois anos de idade, e a avó da criança, uma senhora de cabelos brancos com cerca de 70 anos. A criança tinha um diagnóstico de doença rara que causava epilepsia e se tornaria usuária medicinal. A avó ainda estava em dúvida sobre tentar usar os óleos da planta para uma patologia que sofria e que não foi descrita. O rapaz e a moça que compunham o casal assistiram o curso atentos, fazendo diversas perguntas, e ao final, se juntaram a um grupo com outras mães e pais mais experientes para conversar.

Quando as flores passaram de mão em mão, a senhora estava com a neta em seu colo e se deteve por alguns minutos mirando o pequeno galho com flores em suas mãos. A cena parecia simbolizar a relação familiar e a pluralidade dos tratamentos realizados com a planta, chamando atenção de algumas pessoas, que ficaram-na admirando em silêncio. A senhora disse que era a primeira vez que via uma flor de maconha.

Além das flores que circulavam, tanto os cursos como as oficinas de cultivo eram ministradas na presença de um ou dois pés de maconha que ficavam sobre a mesa de Marco e serviam para demonstrar algumas etapas. Após todos verem o que eram as flores, o professor começava as instruções para o cultivo, iniciando pela germinação. Perguntava então se todos já tinham visto uma semente de maconha e, em seguida, um vidrinho com sementes seguiam o ritual de circular pelas mãos de todos os presentes. Em seguida ocorria o mesmo com um pote de terra ideal para o cultivo, bem preta e solta, sendo impossível compactá-la apertando nas mãos. O pote de terra passava nas

mãos dos participantes, que cheiravam, tocavam e faziam o teste de tentar, sem sucesso, transformá-la em um bolinho único.

Enquanto os objetos circulavam entre os ouvintes, o cultivador explicava informações gerais sobre a planta, primeiro utilizando o termo técnico científico, em seguida explicando seu significado. Portanto explicava a todos que a cannabis é uma planta: anual (cumpre seu ciclo de vida em um ano); que tal ciclo de vida se divide em dois períodos (germinação e floração); dioica (dividida biologicamente em dois sexos), sendo que apenas a planta fêmea dá flores e, por isso, apenas ela serve para usos medicinais, pois é nas flores que a planta concentra a maior quantidade de canabinoides.

Marco chamava atenção de todos para o fato de que não era possível fazer distinções entre as variedades da planta apenas olhando suas sementes, portanto o único jeito de obter tais informações prévias era comprando-as de bancos de sementes confiáveis, que forneciam as especificações no rótulo. A partir disso, explicava as variedades iniciais de maconha, sativa e índica, ressaltando que a grande maioria que se tem acesso atualmente é híbrida, fruto de diversos cruzamentos ao longo da história, combinando características distintas e em diferentes proporções, o que deve ser verificado no rótulo. A cannabis do tipo sativa era associada a efeitos mais “cerebrais”, mantendo a pessoa ativa e, por isso, é mais recomendada para usos diurnos, enquanto as do tipo índica são indicadas para uso noturno, em decorrência de seu efeito sedativo, relaxante, que ocasiona sono.

Além desses detalhes, as sementes também podem ser de três tipos: regulares (que podem ser macho ou fêmeas), feminizadas (que necessariamente serão plantas fêmeas) e sementes chamadas de “automáticas”, que tem capacidade de florir em qualquer condição de luz e em temperaturas adversas, e em menos tempo do que uma planta dos outros tipos.

A Fundação recomendava, por meio dos cursos, que fossem utilizadas apenas sementes feminizadas para uso medicinal, e justificavam tal opção com dados construídos pela própria Fundação:

No primeiro cultivo a Fundação Daya plantou 350 plantas. 30% eram automáticas. A proporção da resina nas plantas feminizadas foi em média de 1 ml pra cada 10g de flor. Nas automáticas a média foi de 1ml pra cada 30g de flor. Como é uma diferença grande, a fundação preferiu plantar apenas feminizadas depois disso. Por isso recomendamos o mesmo para pacientes. Recomendo sementes automáticas apenas para quem for plantar em outra época que não seja ideal. No inverno, por exemplo, pode ser melhor investir nas automáticas. Porém, sendo menos oleosa e, logo, contendo menor concentração de canabinoides, as automáticas não são as mais recomendáveis

para uso medicinal (Trecho registrado no caderno de campo durante uma oficina de cultivo).

A partir dessas informações, o cultivador professor indicava a importância da escolha das sementes para o êxito no tratamento, ressaltando que, apesar das características apresentadas em relação aos efeitos de cada variedade, o tratamento com cannabis é sempre personalizado e pessoal, tal como ocorre com o uso de outras substâncias, dando o exemplo de que dois cafezinhos iguais oferecidos a duas pessoas diferentes pode ter efeitos distintos, deixando uma pessoa muito desperta ou agitada e para a outra não fazer nenhuma diferença perceptível. Por isso, nos casos dos pacientes da Fundação Daya, a escolha das sementes é feita em conjunto com o médico e o terapeuta de referência do paciente.

Para um cultivo mais barato e aproveitando a luz das estações do ano, era recomendado aos pacientes que germinarem as sementes no início da primavera para colherem em abril, suprimindo todas as necessidades da planta sem grandes investimentos. No curso mais longo é ensinado sobre o investimento e manutenção necessários também para o cultivo feito em ambientes fechados e controlados, chamados de cultivo *indoor*.

Tanto no curso como na oficina, a cada passo ensinado, o professor mostrava como fazer, começando com a germinação da semente em um pequeno copo descartável de café. Nos cursos, porém, além de demonstrar, os participantes repetiam cada passo sob a supervisão do professor. No caso da germinação, além de colocarem a semente no copinho com terra, eram indicados a escreverem em cada copo, e posteriormente em cada vaso, o nome do paciente usuário e o número do seu registro civil, o que fazia parte do protocolo para cultivos medicinais.

Em razão das abordagens policiais às quais os usuários medicinais podem ser submetidos em casos nos quais a polícia determina haver suspeita de tráfico, a Fundação Daya desenvolveu um protocolo como modelo de caracterização dos usos medicinais. Esse modelo é compartilhado nos cursos e oficinas de cultivo e consiste em:

- Ter uma prescrição médica atualizada, a fim de comprovar que uma das pessoas da casa na qual está o cultivo é usuária medicinal.
- Ter em casa, impresso, pelo menos um artigo científico que indique os benefícios do tratamento para a patologia ou condição indicadas na prescrição médica;
- Escrever em cada vaso com pés de maconha o nome do usuário ou usuária medicinal, a patologia tratada com a planta e o número do RUT (registro civil chileno).

- Ter os certificados dos cursos realizados na Fundação Daya.

Como o que define a legalidade ou não do cultivo é sua finalidade, e não havendo parâmetros legais que balizem o que é uso pessoal, medicinal e tráfico, esse protocolo tem sido uma ferramenta de orientação tanto para pacientes como para decisões judiciais, nas quais esses documentos são utilizados como provas dos usos medicinais.

Marco costumeiramente dava o exemplo da senhora e do rapaz que tiveram suas casas fiscalizadas pela polícia sob a suspeita de tráfico. Segundo contava o professor, a senhora tinha mais de 10 pés de maconha, mas seguia o protocolo, enquanto o rapaz tinha apenas duas mudas, mas nenhum documento que comprovasse uso medicinal. A senhora foi liberada e o rapaz foi indiciado por tráfico. Com isso o professor nos dizia sobre a importância de tais documentos.

Em uma conversa com Ana María Gazmuri em um dia de trabalho de campo, a presidente da associação me contou que estava chegando de uma delegacia à qual fora com outro membro da equipe conversar com o delegado sobre a apreensão das plantas de uma paciente da Daya. Segundo me contou, o delegado sugerira que o cultivo não era medicinal, pois os vasos não estavam etiquetados e identificados para tais fins. “Mas isso não está na lei! A lei não manda etiquetar nada, nós sugerimos fazer assim, mas não é obrigatório”. Ana María aparentava estar indignada com a cobrança (pois a usuária tinha os demais papéis), embora satisfeita com o reconhecimento sobre o protocolo da instituição. Ao final, a acusada foi considerada usuária medicinal e liberada. Perguntei se isso era frequente, Ana María me disse que sim, que com alguma frequência precisavam ir às delegacias por casos como esse, mas que haviam conquistado respeito e respaldo político que legitimam seus documentos, ainda que não tenham valor legal, e seus depoimentos sobre o paciente²⁷.

Retornando ao curso, Marco explicava que o conhecimento sobre o cultivo de maconha, assim como acerca dos usos medicinais, não poderia ser passado “em formato de receita de bolo”. O tempo de duração do cultivo, o momento ideal para colheita, e o volume final de flores dependem dos equipamentos, da variedade da planta, da quantidade de luz que recebeu, com o clima do período etc. Por isso os pacientes que decidem cultivar precisam aprender a observar as plantas, identificar o que está acontecendo com elas e não apenas repetir os passos ensinados no curso. Trata-se de um conhecimento sensível, que para ser apreendido necessita que os futuros cultivadores

²⁷ Importante ressaltar que esse “respaldo político” pode variar de acordo com a região do país, com o momento político e com o posicionamento dos distintos governos.

toquem as plantas, sintam o cheiro, observem as cores das folhas, toquem a terra, e observem a planta todos os dias a fim de “desenvolverem uma relação com ela e aprimorarem sua intuição”. Essas eram recomendações sempre feitas pelo cultivador. Nesse sentido, o corpo não era visto apenas um receptor de um produto que lhe provocará efeitos medicinais, mas também instrumento para o aprendizado das técnicas de cultivo, por meio das quais se alcançará o produto final.

Quando chegava-se no tema da rega da planta, Marco propunha um exercício que poderia ser feito de tempos em tempos, com o crescimento da planta, a fim de descobrir com qual frequência ela deve ser regada. O exercício consistia em molhar bem a planta no primeiro dia do experimento e não molhar mais nos dias seguintes, observando-a todos os dias, de preferência no mesmo horário. Quando a planta começava a demonstrar que precisa de água, estando um pouco murcha, é sinal que passou um pouco o momento da rega e esse deverá ser o parâmetro dali em diante. “Por exemplo, se a planta começou a murchar no quarto dia, então se deve regá-la de 3 em 3 dias. Sempre se deve observar a planta porque isso pode mudar conforme ela for crescendo”, explicava Marco.

Em seguida mostrou outra forma de saber se a planta estava ou não com pouca água, pedindo a todos que pegassem cada um dos dois vasos expostos. Primeiro levava os vasos a algumas pessoas sentadas, depois convidava os demais a se aproximarem da mesa onde estavam as plantas a fim de fazer o exercício proposto. Um dos vasos havia sido regado antes de começar o curso e o outro não. Todas as pessoas conseguiam definir qual vaso havia sido regado e qual precisava de água devido ao peso de cada um. Muitos ficavam surpresos e comentavam que o vaso a ser regado era mais leve do que aparentava.

A parte final das aulas eram direcionadas à colheita da planta, dividida em três etapas: saber o momento de colher, fazer a colheita e secar as flores. Para compreender qual o melhor momento para encerrar seu cultivo com a colheita (lembrando que a planta é anual, portanto, floresce apenas uma vez), Marco convidava cada participante a se aproximar da mesa, dois de cada vez, e lhes dava um pequeno monóculo por meio do qual deveriam observar as flores. Antes disso explicava que, com o amadurecimento da planta, os tricomas, que víamos como pequenos fios brancos saindo da planta, alteram sua cor de branco transparente para branco leitoso e, por fim, para cor de café. Quando esses aparecem, significa que a planta já pode ser colhida. Mas Marco explicava também que, quanto maior os tricomas marrons, maior a concentração de THC. Por isso

o momento ideal também vai depender das necessidades do paciente, que pode desejar uma planta com maior ou menor concentração desse canabinoide.

Com a lente do pequeno monóculo encostada em uma das flores, iluminada por uma luz interna ao equipamento, os participantes viam as flores de maneira ampliada, o que permitia perceber nitidamente a diferença entre os tons dos tricomas, além dos minúsculos cristais oleosos, onde as plantas concentram os canabinoides. Esse era um momento empolgante para os participantes, que exclamavam suas surpresas com a visão tão de perto das flores e seus “cristais”. Dependendo da variedade exposta, era possível perceber uma variedade de cores.

Após aprender a reconhecer o momento da colheita, os participantes eram convidados a pegar uma tesoura de poda e cortar um galho da planta para, em seguida, repetir o procedimento indicado pelo professor, que retirava as folhas grandes e médias, deixando apenas as pequenas que ficavam em torno das flores.

Por fim, o professor ensinava que as flores deveriam secar distribuídas de cabeça pra baixo, em cordas presas dentro de caixas de papelão, até perderem toda a água que continham. Para saber se elas já estavam prontas para serem utilizadas nos medicamentos, era indicado dobrar um pedaço dos galhos. Se quebrassem, é porque estavam prontos, se envergasse e dobrassem, é porque ainda tinham água e era necessário esperar um pouco mais.

No caso dos cursos, ao final dos dois dias de aula (sempre realizados em duas semanas e não em dias seguidos) as pessoas eram chamadas pelos nomes para receber o certificado, o kit de cultivo e os brindes da Fundação. Cada nome chamado era motivo de palmas e muitos tiravam uma foto com o professor quando pegavam os certificados de suas mãos. Do meu ponto de vista, essa celebração, após dois dias inteiros de curso e de compartilhamento de experiências entre familiares e usuários transmitia não apenas uma atmosfera de comemoração por terem realizado o curso e aprendido a cultivar, mas também de esperança e ânimos compartilhados entre pessoas que se encontraram por conta de uma situação frequentemente associada ao sofrimento.

Ao final das oficinas e dos cursos, Marco compartilhava com todos seu telefone, se dispondo a tirar dúvidas ao longo das experiências de cultivo de cada um. Outras pessoas trocavam telefone entre si, a fim de também compartilharem suas experiências e se ajudarem mutuamente.

4.4.2 Produzindo remédio: oficinas e elaborações supervisionadas

Durante o tempo que acompanhei os cursos da Fundação Daya, as oficinas de resina ocorriam de maneira fixa todas às terças à tarde, e em outros dias da semana, quando havia demanda, ocorriam elaborações de resina supervisionadas por Marco, agendadas por pacientes que já haviam colhido e secado suas flores e desejavam fazer a resina com o apoio da Fundação.

Com a chegada do mês de março as oficinas estiveram cada vez mais cheias, passando a ocorrer duas vezes na semana. A elaboração supervisionada passou a ser agendada para seis pacientes por semana, com três horários fixos, chegando, em dias atípicos, a ter quatro agendamentos na mesma tarde. Cada período destinado à confecção conjunta da resina era feito em duas panelas elétricas, cada uma ocupada por um paciente ou seus responsáveis. Também ocorria da pessoa levar sua colheita para um dia de oficina e acompanhar a elaboração junto aos demais.

Cada pessoa que ia às oficinas ou agendava um dia para cozinhar o medicamento tinha o direito de levar consigo um acompanhante. Desse modo, nos horários agendados eu conseguia conversar mais com os usuários, pois passávamos cerca de 2 horas e meia juntos e em um número pequeno de participantes. Nas oficinas o número era mais variado, tendo eu presenciado oficinas com 4 pessoas e oficinas com mais de vinte participantes. Como já sinalizei anteriormente, nessa atividade também predominavam as mulheres, que correspondias frequentemente a pelo menos 2/3 dos presentes.

Tanto os horários agendados, como nas oficinas, o percurso explicativo acionado por Marco era o mesmo. Primeiro apresentava os materiais necessários e informava que, ao final, daria o endereço de onde comprar as coisas mais difíceis de achar. Enquanto mostrava os materiais, explicava para que serviria cada um e o que poderiam usar para substituí-los no caso de não encontrarem no mercado (como a panela elétrica e os filtros de café). Marco dispunha todo o material na mesa, como apresentado na figura 11, e ia nomeando e apontando cada um: balança, espátula de silicone, álcool de cereais, colher de pau, 3 frascos de vidro, filtro de café de papel, coador de café de pano, óleo de coco, seringas de 1 ml com agulha removível (agulhas para insulina) para armazenar a resina, panela elétrica, tesoura ou moedor e elásticos.

Figura 11 - Foto dos materiais dispostos na mesa antes do início de uma elaboração supervisionada da resina, feita por duas famílias. Na foto, duas panelas elétricas, um recipiente com as flores de maconha secas, balança com um copo de papelão vermelho em cima e os demais materiais necessários.



Fonte: Acervo da autora

A primeira etapa para confecção da resina consistia em moer ou picar as flores em pedaços bem pequenos, a fim de facilitar a extração alcóolica, o que era feito colocando as flores em um pote largo, cortando-as uma a uma com a ajuda de uma tesoura: “pode cortar sem medo”, dizia o professor quando percebia que a pessoa tinha medo de danificar a planta.

Enquanto moíam as flores, Marco explicava questões de segurança sobre a confecção da resina, que sempre deve ser feita a partir de uma fonte elétrica de calor e em lugar aberto por conta da evaporação alcóolica, evitando assim acidentes. Pelos mesmos motivos, lembrava a todos os presentes que era totalmente contraindicado fumar dentro da casa onde se faz a resina, devido aos riscos do álcool, que evapora da panela, entrar em combustão.

Ao terminar de picar as flores, estas eram pesadas a fim de facilitar a estimativa de álcool, óleo de coco e seringas necessárias. Marco explicava que “a experiência nos diz que pra cada dez gramas de flores secas, produzimos uma média de 1ml de resina”, ou seja, se uma pessoa leva 30 gramas de flores para a oficina, sairá de lá com uma média de três seringas de resina, cada uma com 1ml.

Ainda picando as flores, Marco perguntava se alguém não conhecia as flores de maconha, assim como faz durante os cursos de cultivo, convidado a quem não conhece para se aproximar ou dando-lhe um exemplar para examinar de perto. Diferente dos cursos e oficinas de cultivo, quando primeiro vinham as explicações e depois as perguntas, durante as oficinas de medicamento as perguntas eram feitas pelos

participantes a todo o tempo. Como nem todas as pessoas que faziam essa oficina tinham necessariamente passado pelos demais cursos, e outras já haviam feito todos os cursos da Fundação Daya mais de uma vez, os níveis de conhecimento eram muito distintos, o que promovia conversas nas quais uns tiravam as dúvidas dos outros, e constantes trocas de experiência. O professor ouvia e comentava quando julgava necessário como, por exemplo, quando entendia que alguém dava uma explicação errada.

Certa vez um rapaz disse que havia lido em um artigo que óleos com maior concentração de CBD eram mais indicados para o tratamento da dor, e não aqueles com mais THC, como foi dito por outra pessoa que fazia o curso. Marco perguntou ao participante qual era a fonte do artigo. O rapaz explicou que não lembrava, mas que era um texto de um estadunidense. O professor explicou a importância das fontes dos materiais utilizados para adquirir informação e conhecimento, falou brevemente sobre a maior confiabilidade de artigos científicos publicados em revistas onde os textos são avaliados por pares. Explicou que nos Estados Unidos há regulações distintas para a produção de produtos de cannabis que não tenham THC e que podem ser vendidos como suplemento alimentar. A partir disso, argumentou que ocorre com frequência a associação do uso medicinal da maconha exclusivamente ao CBD, o que pode ter gerado o equívoco da informação. Por fim explicou que as plantas com maiores concentrações de THC são mais indicadas para a dor e que essa conclusão resulta da experiência não apenas na Fundação Daya, indicando que era possível achar artigos científicos sobre o assunto em sites de divulgação científica.

Algumas perguntas se repetiam sempre logo no início da oficina: “Que tipo de plantas devemos usar?”, “Como sabemos qual flor serve?”, “Como saber quanto de THC e de CBD tem em cada planta?”. A essas perguntas, Marco respondia que todas as plantas de cannabis são terapêuticas porque tem canabinoides. Então, a princípio, serviria qualquer planta. O que ocorre é que para diferentes patologias, diferentes plantas terão efeitos melhores, com mais THC, mais CBD etc. Além disso, a cannabis tem mais de 100 canabinoides “e apenas dois deles estudamos em profundidade”. Então há outras variações entre as sementes, além da concentração dessas duas substâncias. Marco explicava ainda que existem procedimentos laboratoriais para inferir a concentração de canabinoides, mas não estavam disponíveis ainda no Chile à época. Assim, apenas pelas informações sobre a genética das sementes é possível saber a concentração dos canabinoides, por isso a importância dos bancos de sementes.

Se você ganha uma semente, olhando pra ela você não sabe dizer nada sobre ela. Se a pessoa tem o interesse apenas de fumar e ficar chapado, ok, qualquer planta serve. Mas se você vai fazer um medicamento, é importante escolher uma semente que será melhor para você” (trecho do caderno de campo, abril de 2019).

Com as flores já picadas, o passo seguinte consistia em realizar a extração alcoólica e as filtrações do líquido que resultava desse processo, a fim de retirar impurezas como pelos e poeira. A extração e a filtração eram feitas em duas etapas: primeiro colocava-se as flores já trituradas em um dos vidros e cobria-se toda a matéria vegetal com álcool de cereais, deixando-o de molho por cinco minutos, mexendo com uma colher de pau de vez em quando. Sobre esse processo, era comum que os participantes perguntassem se a extração ficaria mais concentrada com mais tempo de molho. Marco explicava que, “apesar da intuição nos dizer isso”, a Fundação havia testado a alteração do rendimento em relação a tempos diferentes de duração do molho, e perceberam que isso praticamente não fazia diferença no volume do óleo produzido e, em contrapartida, aumentava a concentração de clorofila, dando um gosto ao óleo que muitos pacientes não gostavam. Portanto, por meio de experimentos realizados, chegaram à conclusão de que cinco minutos de molho, em duas etapas, era tempo suficiente para a extração dos canabinoides.

Enquanto demonstrava a primeira filtração e aguardava os cinco minutos necessários, Marco dava algumas explicações sobre o processo de produção do medicamento e do seu contexto legal, que inclui o cultivo. Explicava que, “para estar dentro da lei é preciso plantar”, pois compartilhar a planta com outras pessoas, mesmo que não envolva lucro, pode ser considerado crime de tráfico pela lei chilena.

Após o primeiro molho, todo o conteúdo do pote de vidro era coado por um filtro de café de pano, passando todo o líquido para outro vidro e retornando a matéria vegetal (um bagaço verde) para o primeiro vidro, que foi novamente preenchido com álcool, deixado mais cinco minutos de molho, e coado, juntando tudo no segundo vidro, que tinha agora um líquido que variava de cor entre um verde muito claro a um marrom escuro, de acordo com as características da planta usada e do tempo de secagem. O bagaço era então descartado e, em seguida coava-se novamente o líquido, desta vez em filtro de papel, a fim de retirar impurezas menores. O processo está ilustrado na imagem 12.

Figura 12 A primeira imagem mostra o recipiente de vidro com as flores secas, matéria prima da resina; ao lado direito as flores trituradas de molho e, em seguida, já coado.



Fonte: Acervo pessoal da autora

Terminada essa parte do processo, todo o líquido era despejado em uma panela elétrica onde ficava por algumas horas até que todo o álcool evaporasse. Nesse momento, Marco convidava todos a terem atenção ao que ocorria:

Fiquem à vontade para vir olhar como está o processo. É preciso que vocês se aproximem para ver. Não é uma receita de bolo, é preciso que vocês se familiarizem, se acostumem, para aprender como se faz. O tempo vai depender da quantidade de resina da planta, da panela usada e da quantidade, então é a partir da observação que vocês vão aprender a reconhecer o ponto, pela cor, pela textura (fala de Marco em uma das oficinas, registrada no caderno de campo).

Após as palavras do professor, todos chegavam perto para ver. Nos primeiros minutos a evaporação alcóolica era mais forte, o cheiro irritava um pouco os narizes e sempre havia piadas sobre as possibilidades de ficar “chapado”. Algumas pessoas perguntavam como uma piada, outras se mostravam preocupadas por não serem experientes. Marco explicava que não era possível ficarem chapados, mas talvez bêbados e com os olhos irritados. Por isso não recomendava que se aproximassem muito das panelas logo no início do processo de evaporação, quando o cheiro era mais forte e a evaporação mais intensa.

Figura 13 A primeira imagem mostra o processo de coagem e, ao lado, as panelas elétricas: a primeira bem no início da evaporação e a segunda com a resina quase pronta: um líquido escuro e espesso.



Fonte: Acervo pessoal da autora

A partir desse momento, passávamos duas horas em volta de uma ou duas panelas elétricas. Sempre havia pessoas idosas e/ou com dificuldade de mobilidade nas oficinas de resina, então nem todos conseguiam olhar dentro das panelas, mas as pessoas se ajudavam filmando e compartilhando com os outros participantes.

Enquanto a evaporação ocorria, e após algumas observações, eram ensinadas então as receitas do macerado, feito em banho maria, e a pomada, feita com a resina já pronta. Esses produtos não eram feitos durante a oficina, apenas explicava-se as receitas e os processos de produção, visto que eram mais simples.

Ao final do processo, Marco explicava que era a presença de pequenas bolhas que evidenciavam que a resina ainda não estava pronta, pois, se haviam bolhas, era sinal de que ainda havia álcool evaporando. Também mexia a resina com a espátula apontando as mudanças em sua cor: fora do verde para um marrom quase dourado e, por fim, ficava muito escura, lisa e espessa como graxa.

Após acrescentar algumas gotas de óleo de coco, que servia para facilitar o manuseio, impedindo que a resina ficasse muito colada na seringa após esfriar, e com a colher de silicone, o professor raspava todo o conteúdo para um dos cantos da panela e enchia as seringas com a resina, como exemplificado na figura 14.

Figura 14 Seringas de 1ml cheias com a resina medicinal de cannabis, feita nas oficinas da Daya. As nove seringas foram resultado do primeiro cultivo de uma mulher de 28 anos, que usava o óleo para tratar epilepsia refratária.



Fonte: Acervo pessoal da autora

Em uma das oficinas que acompanhei, as flores utilizadas como matéria base da resina era de uma família na qual a mãe, usuária medicinal, e o filho, usuário não medicinal fora cultivador. O rapaz tinha 20 anos e ficou sentado na primeira fileira de cadeiras do curso, folheando um livro sobre cultivo de maconha enquanto os demais conversavam. A mãe, com cerca de 40 anos, disse ter ido à Fundação naquele dia com muito medo, pois carregava 50 gramas de maconha em sua mochila. Quando tirou os vidros com as flores e botou em cima da mesa, os demais participantes (éramos 20 nesse dia) soltaram exclamações de surpresa com o volume da colheita, que rendeu seis seringas (6ml). Quando souberam que o rapaz é quem havia cultivado para sua mãe, todos lhe deram parabéns.

A participação de mãe e filho nessa oficina, e a colheita que pareceu muito significativa aos presentes visivelmente entusiasmou os participantes. Com a resina já pronta, o jovem cultivador perguntou ao professor quanto tempo de tratamento ele achava que ela duraria. A perguntas como essa, Marco sempre respondia que ele não era capacitado para prescrever modos de uso para a resina, e que a indicação é feita pelo médico e pelo terapeuta junto ao paciente. Explicava que, em geral, a resina é consumida diluída em óleos vegetais como o azeite, mas que a concentração, a dosagem e as variedades mais recomendadas para cada caso são informações que fugiam de suas atribuições na Fundação. Porém, como o rapaz já sabia a forma de uso e a dosagem que sua mãe tomava, com essa informação Marco inferiu que a resina deveria durar pouco menos de um ano, o que também entusiasmou os participantes, que perceberam que não era necessário cultivar o ano inteiro.

Nessa mesma oficina havia dentre os ouvintes uma senhora que, assim como a mãe do rapaz, também sofria de dores crônicas. Estava começando a compreender como funcionavam os usos medicinais de maconha, sendo aquela sua primeira oficina. Seu cultivo estava ainda no início. Ao final do evento, a mulher que fizera o medicamento compartilhou com a senhora sua produção, dando-lhe uma seringa de resina para que usasse enquanto seu cultivo se desenvolvia. Isso ocorreu discretamente, enquanto as pessoas se despediam. A senhora ficou perceptivelmente emocionada, com os olhos molhados, e agradeceu mãe e filho pelo presente.

Posteriormente comentei com Marco sobre o compartilhamento da resina e perguntei se isso ocorria com frequência. Ele me disse que sim que a Fundação não compartilha nem doa resinas ou óleos para os pacientes, mas que algumas vezes eles mesmos se ajudam mutuamente com doações como aquela.

Me deparei em outro momento com usos medicinais realizado por meio de doação durante uma elaboração supervisionada, na qual conheci Natália, que também levou uma colheita vista como extraordinária (em termos de volume) para um primeiro cultivo: 45g de flores secas, que lhe renderam 6,5ml de resina, que provavelmente também lhe abasteceria por um ano inteiro. Até aquele momento a moça mantinha seu uso medicinal, que começara a um ano, com óleos que recebia como doação.

Natalia tinha 28 anos e foi à oficina com uma amiga, que lhe acompanhara para anotar o passo a passo da receita enquanto Natalia fazia a parte prática. A moça explicou que ela mesma cultivara as plantas, mas que tinha “problemas de memória” e não se sentia segura em ter que lembrar de tudo o que foi dito depois.

As duas amigas não moravam em Santiago e pareciam animadas tanto com a oficina, como com o “passeio”. Expliquei a elas o que eu fazia ali, as moças me perguntaram coisas sobre o Brasil e passamos a tarde juntas. Primeiro as três horas de elaboração da resina e depois mais algum tempo que passamos conversando na praça em frente à Fundação. Ao longo da tarde conversamos sobre diversas coisas. Tanto Natália como sua amiga eram muito divertidas e dispostas para conversar. Narro aqui um pouco do que me contou como um texto corrido, mas foram diversos os assuntos dessa tarde.

Natália me contou que tinha um tipo de epilepsia que provoca crises chamadas de “ausência”, que faz com que a pessoa fique parada ou tenha reações involuntárias, “como se não estivesse ali”, o que fazia com que se machucasse às vezes. Uma vez jogou café quente em si mesma, em outra colocou a mão em uma bandeja recém-saída do

forno. As crises ocorriam desde a infância e muitas vezes sua família preferia que ficasse em casa, a fim de não correr riscos: “por isso não saía muito e vivia ‘escondida’”. Associou ainda às consequências da epilepsia não poder trabalhar formalmente, e ter dificuldades de ter relacionamentos amorosos, explicando que, quando namorava alguém, precisava que a pessoa compreendesse sua condição e soubesse lidar com ela.

Para conseguir ganhar dinheiro ela fazia artesanatos e, com sua amiga que lhe acompanhava, faziam eventualmente cachorro-quente para vender em festas. Segundo me contaram, nem Natália nem sua amiga eram usuárias de maconha. Natália começou por conta do uso medicinal, que ocasionou a diminuição de 4 a 5 crises por semana, para apenas uma, o que era um ótimo resultado de seu ponto de vista, e não alcançado pelo tratamento exclusivamente alopático.

Com os bons resultados encontrados, e tendo começado a cultivar e a colher, começou também a fumar maconha em um *bong*, objeto utilizado para consumir a planta sem necessidade de fazer cigarros e que utiliza um mecanismo por meio do qual a fumaça passa pela água antes de ser tragada. A moça não sabia o nome do objeto e precisou descrevê-lo para me explicar. Disse que uma ou duas tragadas eram suficientes para sentir-se bem, apontando que essa forma de uso melhorou seu humor e seu sono. Ressalvou que se fumasse muito se sentia mal, por isso as duas tragadas eram sua “dose”, mas que, se pudesse, ficava “chapada” o dia todo. Perguntei por que não podia, ao que ela me justificou que sua família estava de acordo com seu cultivo para a elaboração do óleo, mas seu pai ainda lhe questionava sobre outros usos: “você não vai começar a fumar maconha, heim?”, então ela fumava escondida.

Perguntei se os médicos que lhe acompanhavam fora da fundação sabiam sobre o tratamento com maconha (a moça fazia tratamento também em um hospital estatal que lhe atendia gratuitamente), ao que me respondeu que as consultas não passavam de 15 minutos e, no máximo, lhe pediam um encefalograma a cada 6 meses. Como não conversavam muito, e pelo desconforto que a conversa poderia gerar, não se sentia à vontade para contar, mas disse que agora que cultivava sentia-se mais segura e com maior ímpeto para tornar os médicos cientes de seu consumo medicinal.

Na mesma oficina que conheci Natália, uma família ocupava a outra panela com a colheita que fora também a primeira realizada por eles. Como a produção foi pequena, decidiram que fariam a resina não apenas as flores, mas também com as folhas, no intuito de aproveitar o que tinham ao máximo possível. Perguntaram se podiam fazer

desse jeito, Marco concordou, dando-lhes autonomia para decidir. A filha do casal, que era a quem se destinava o medicamento, tinha 6 anos e acompanhava-os. O objetivo do tratamento era também tratar a epilepsia refratária que a acometia em decorrência a uma síndrome genética, além do intuito de diminuir os efeitos colaterais dos medicamentos alopáticos que tomava, seja contrabalanceando-os, seja substituindo-os por um tratamento exclusivo com o óleo, o que era feito com o acompanhamento de um dos médicos da Daya.

O casal contou que a filha dormia muito sob o efeito das medicações: acordava, comia e dormia novamente. Quando foi diagnosticada, os médicos disseram que crianças com diagnósticos como o dela, na maioria dos casos, não passavam dos 8 anos de idade. Com os usos medicinais de maconha, iniciados há quase um ano com óleos feitos a partir de doações de cultivadores, o casal demonstrou ter esperança de que o prognóstico médico estivesse equivocado.

Enquanto os pais nos contavam a história da filha, a menina corria, subia e descia as escadas do pátio, brincando. Eu até demorei um pouco para ter certeza de que a história que contavam era da mesma criança que os acompanhava na oficina. Segundo o relato dos pais, o uso do azeite feito com a resina diluída estava melhorado a qualidade de vida, havia diminuído o número de crises epiléticas, e estava proporcionando à criança uma vida antes improvável, pois passava os dias deitada.

O casal fez 2,5ml de resina neste dia, com 30g de flores e folhas. Mesmo não tendo sido muito, pareceram animados para uma próxima colheita, sabendo que provavelmente ainda dependeriam das doações por algum tempo.

Enquanto todos faziam as resinas, a família e as duas amigas, todos conversaram sobre o que é ter epilepsia, os desafios em relação aos espaços de sociabilidade nos quais as pessoas não sabiam lidar com a crise e se assustavam ou falavam coisas que os desanimavam de tornar a frequentar tais espaços. Falaram também sobre as melhoras evidentes em relação à qualidade de vida.

Compreendemos que o encontro de experiências e o compartilhamento de conhecimento de origens e naturezas diversas tem sido os principais pilares do trabalho desenvolvido na Fundação Daya. Tanto os cursos, palestras, oficinas, como as consultas e trocas de saberes entre médicos e terapeutas, entre cultivadores e médicos, entre pacientes e membros da equipe, e ainda, entre os próprios pacientes, confluem em uma produção de conhecimento e circulação de saberes intrínsecos à estrutura de trabalho na

sede da Fundação em Santiago. Tais saberes são fruto de conhecimento informal, não credenciado, experiencial, técnico e científico. Muitas vezes são compartilhados por meio de metáforas, como no caso do conhecimento científico compartilhado em cursos, oficinas e palestras, e por meio de um aprendizado sensível, que prescinde que os participantes toquem, sintam o cheiro, observem as cores, as mudanças de aspectos, o peso e a textura dos objetos envolvidos – terra, flores, sementes, vasos.

Nesse sentido, observa-se como uma característica central da Fundação Daya o ativismo científico e terapêutico e uma reivindicação epistemológica em relação aos usos medicinais de maconha. Por meio da educação não formal, a Fundação não apenas ensina cidadãos e cidadãs interessados nos usos medicinais da maconha a cultivar a planta e fazer seus medicamentos, mas também constrói coletivamente uma cultura de cuidado ou autocuidado necessários a todos os pacientes, ou suas pessoas próximas, que tenham interesse em realizar o tratamento com o óleo de maconha. Ao mesmo tempo, são construídos e testados modelos de atendimento terapêutico, protocolos de cultivo, novas técnicas e outros saberes.

CAPÍTULO V

CARREIRAS DE USUÁRIOS/AS MEDICINAIS DE MACONHA

Neste capítulo descreveremos alguns passos importantes trilhados por pessoas ao se tornarem usuárias medicinais de maconha por conta de doenças ou condições para as quais a medicina não apresenta tratamento eficaz. Para fins de análise consideraremos no mesmo grupo usuários medicinais e cuidadoras/es de usuários, compreendendo que ambos passam por etapas em comum. O intuito de traçar as carreiras aqui é uma maneira teórica de organizar e analisar os dados empíricos sem o objetivo de dar conta de todas as nuances, mas construir um modelo que possa ser verificado e aprofundado.

Para tal análise compreendemos os usuários que não consumiam maconha previamente ao uso medicinal. Essa diferenciação é necessária analiticamente por ter sido observado que os atores que faziam uso social da planta antes de tornarem-se usuários medicinais já compartilhavam da cultura da maconha e suas carreiras de usuários passaram outras etapas já demonstradas por Becker (2008), McRae & Simões (2000), Veríssimo (2013) e Policarpo (2013).

Como destacado por Veríssimo (2013), usuários sociais de maconha, mesmo que não se reconheçam como usuários medicinais, podem fazer uso da planta com esse intuito e reconhecerem que ele ocasiona melhoras em determinadas condições de saúde. Esses casos não foram incluídos nas análises aqui descritas. Isso não implica em uma escala moral de usos, mas apenas que essas pessoas não se identificam como usuários medicinais e não necessariamente compartilham um percurso terapêutico relacionado à determinada doença ou condição.

O conceito de carreira como apresentado no capítulo III, toma como referência a definição de Goffman (1974), de modo que se possa apontar os percursos terapêuticos pelos quais pacientes e familiares de pessoas com doenças raras e de difícil controle desenvolvem e aprendem técnicas e práticas de cuidado, e adquirem conhecimento referente às certas patologias e tratamentos - o que denominamos como “carreiras de cuidado”. Aqui seguiremos com as ideias de Goffman (1974), mas agora tendo como foco “os aspectos morais da carreira”, ou seja, “a sequência regular de mudanças que a

carreira provoca no eu da pessoa e em seu esquema de imagens para julgar a si mesma e aos outros” (GOFFMAN, 1974, p. 112).

Becker (2008, p. 35) examinou a carreira dos usuários de maconha à luz de sua sociologia do desvio, compreendendo como carreira “uma sequência de movimentos de uma posição para outra”, considerando que existem fatores dos quais depende essa mobilidade entre as posições. Ciente do desenvolvimento de um conjunto de ideias tradicionais ao longo do século XX que definiram o uso de maconha como “uma violação de imperativos morais, como um ato que leva à perda do autocontrole, à paralisia da vontade e, por fim, à escravidão à droga”, ideias essas que atuam no controle social para a prevenção do uso da maconha, Becker interessou-se em analisar

a gênese do comportamento desviante em termos de eventos que tornam as sanções ineficazes, e de experiências que alteram as concepções, de modo que o comportamento se torna uma possibilidade concebível para a pessoa. Minha questão básica é: qual é a sequência de eventos e experiências pela qual a pessoa se torna capaz de levar adiante o uso de maconha, apesar dos elaborados controles sociais que funcionam para evitar tal comportamento? (BECKER, 2008, p.70).

Aqui intuimos delinear a carreira de usuários medicinais de maconha a partir do trabalho de campo realizado no Brasil e no Chile – como apresentou-se em capítulos anteriores –, compreendendo que, tal como ocorre em relação aos usos sociais, os usos medicinais de maconha também são viabilizados a partir de etapas em comum, apesar das fronteiras geográficas e diferenças culturais. Buscamos compreender as etapas pelas quais as sanções se tornam ineficientes no caso dos usos medicinais e entender o processo por meio do qual tais usos têm sido legitimados e o conhecimento produzido reconhecido como confiável socialmente. Ou seja, o processo por meio do qual tais grupos contornam as sanções morais e legais e ainda produzem conhecimento e reivindicam sua legitimidade.

No caso do uso medicinal, o primeiro passo para que o indivíduo se interesse pelo tema relaciona-se a uma doença ou condição de difícil controle para qual a medicina não oferece tratamentos, ou estes são insatisfatórios, e que podem ser tratados com terapias a base de cannabis. Embora saibamos que os benefícios medicinais da planta não se limitem a essas categorias de doenças, compreendemos que apenas usuários sociais utilizam a planta para sintomas leves, uma vez que para um não usuário pode ser muito mais complicado conseguir um pouco de cannabis e aprender a usá-la do que um medicamento alopático eficiente, comprado na drogaria.

As informações de que o uso de um óleo feito com a maconha pode trazer melhor qualidade de vida para si ou para uma pessoa próxima, leva à realização de pesquisas pessoais pelos interessados. Como já foi assinalado, algumas vezes a informação que inicia a pesquisa pessoal vem de programas de TV ou matérias de jornais que apresentam histórias de pessoas com condições semelhantes, que obtiveram melhoras com o uso do extrato da planta. As pesquisas pessoais são feitas com pessoas conhecidas e informadas e/ou em buscas na internet, podendo levar os possíveis novos usuários ou cuidadoras/es aos atos públicos organizados por ativistas, observados como locais comuns para o primeiro contato presencial entre pessoas interessadas e usuários, mães e outros familiares – especialistas não credenciados.

Ao tratar sobre carreiras desviantes, Becker (2008) observou que é no encontro com outros desviantes semelhantes e mais experientes que os novatos aprendem argumentos que tornam suas ações aceitáveis para si mesmo e para os outros com quem, porventura, precisem se explicar, adquirindo “uma série de racionalizações e justificativas com as quais pode responder a objeções” (2008, p.83).

Nos casos dos usos de maconha, seja por prazer, como foi investigado por Becker, ou para fins medicinais, como na presente pesquisa, é necessário algum tipo de reorganização moral para que o indivíduo percorra a trajetória entre interessar-se em usar determinada droga sobre a qual tem referências negativas socialmente consolidadas (ainda que tenha novas referências recentes que vão de encontro a elas), experimentá-la e permanecer utilizando-a. Para o autor, é o desenvolvimento de “interesses desviantes” (Becker, 2008, p.41) que possibilita um padrão permanente de uso, sendo tais interesses socialmente apreendidos, desenvolvendo-se no curso da interação com os mais experientes. Nos casos dos usos medicinais de maconha, identifico tais interesses relacionados à busca por melhores condições de saúde para situações de sofrimento.

Dentre as técnicas apreendidas na carreira desviante, Becker destaca aquelas utilizadas “para neutralizar a força dos valores de aceitação da ordem” (2008, p.39), e que indicam, por exemplo, que o desvio não é tão grave à luz de determinadas circunstâncias ou que normas mais importantes devem ser priorizadas no evento apresentado.

Uma das estratégias de neutralização da força dos valores morais aqui identificada foi o argumento de que a substância não faz mal se utilizada de determinada maneira (não fumada) e ainda acarreta benefícios para a saúde. Além disso, o argumento de que o cultivo doméstico não provoca danos à sociedade é recorrentemente utilizado para

deslegitimar contextos que relacionam todo e qualquer uso de maconha ao tráfico de drogas, identificando que as sanções e moralidades direcionadas para tal crime não se aplicam a esse caso.

Tais mecanismos não necessariamente alcançam o objetivo de neutralizar os questionamentos em torno de tal desvio, mas ao menos tornam possível que eles não sejam considerados dentro do mesmo escopo que outros desvios semelhantes.

O iniciante partilhou em algum momento a visão convencional. No curso de sua participação num segmento não convencional da sociedade, contudo, é suscetível de adquirir uma visão mais “emancipada” dos padrões morais implícitos na caracterização habitual do usuário de drogas, pelo menos a ponto de não rejeitar sumariamente atividades porque são condenadas por convenção. [...] Essa interação, portanto, tende a fornecer as condições que permitem ao noviço escapar da influência das normas (BECKER, 2008, p.83).

A partir das relações com outros usuários, e do conhecimento ao qual tem acesso por meio dessas relações, assim como à distintas explicações e justificativas para seus usos, Becker indica que o indivíduo, aceitando tais ideias, pode reorganizar suas noções morais de maneira a permiti-lo seguir com suas ações, “sobretudo ao adquirir a concepção de que os valores morais convencionais sobre drogas não se aplicam a esta droga que ele consome” (BECKER, 2008, p.85) ou, no caso dos usos medicinais de maconha, à forma como consome e ao seu intuito. Ou seja, esse processo não implica necessariamente em um questionamento que abranja todos os usos de uma substância, ou grupos diversos de usuários. O novo usuário pode, por meio da observação dos demais, rejeitar os padrões convencionais apenas em relação à cannabis, e não às drogas como um todo. Na presente pesquisa foi observado ao longo do trabalho de campo que os usuários e seus familiares podem desconsiderar ou criticar os padrões convencionais apenas no que diz respeito aos usos medicinais ou, de maneira ainda mais restrita, aos usos medicinais “comprovados” mediante prescrição médica.

Presenciei certa vez um conflito em um grupo de *WhatsApp* de uma associação brasileira com cerca de 250 pessoas, no qual um usuário medicinal recém chegado no grupo se referiu a usuários não medicinais pelo termo “viciados”. Isso suscitou diversas discussões entre os participantes, que se posicionaram em sua imensa maioria contra o termo que distinguia de maneira pejorativa usuários a partir de uma hierarquia relacionada ao intuito do uso. Mas o novato, que terminou por abandonar o grupo, não esteve sozinho na discussão, havendo outras pessoas que, embora discordassem do uso do termo, concordavam com a hierarquia dos usos, compreendendo que apenas o uso médico prescrito poderia ser considerado moralmente correto.

Outro exemplo desse tipo de conflito ocorreu quando uma membra de uma associação (também brasileira) se manifestou (também em um grupo de *WhatsApp*) contra a postagem de fotos e informações de cultivos que não fossem de usuários medicinais, mas de *maconheiros*. Em seu ponto de vista, ela compreendia como “legais” (portanto aceitáveis no grupo) apenas os cultivos que já obtiveram *Habeas Corpus* preventivos, ainda que todo cultivo aos quais ela tratava como “legais” tenham sido tão ilegais como os demais em fase anterior, pois para solicitar um *Habeas Corpus* preventivo é necessário primeiro estar correndo o risco de sofrer sanções legais, como o risco de ser preso/a ou processado/a pelo estado por suspeição de tráfico.

Nesse sentido, é relevante considerar o que o sociólogo americano Anselm Strauss (1999) apresentou sobre o ato de nomear, compreendendo que “o modo como as coisas são classificadas juntas revela, tanto gráfica quanto simbolicamente, as perspectivas do classificador” (1999, p.39). Percebemos, a partir disso, que o ato de nomear expõe alguns traços sobre a carreira dos usuários medicinais. Strauss aponta que a classificação e a avaliação não correspondem a atos privados, mas frequentemente trata-se de questões públicas que se refletem na experiência individual, pois, como membros de grupos, internalizamos as batalhas retóricas (1999, p.47).

Uma vez que a pessoa está limitada a participar de um número relativamente pequeno de grupos, suas concepções de realizações ou valores são igualmente limitadas. Essa possibilidade de alterar o espectro de visão de uma pessoa aumenta com a participação estreita em grupos compostos de pessoas tão diferentes dela mesma quanto possível. Se alguém se associa apenas com seus pares tem menos chance de uma mudança conceitual radical (STRAUSS, 1999, p.47).

De acordo com essa lógica, quanto mais ampliamos o espectro pelo qual compreendemos um objeto, mais informações e experiências variadas temos com ele,

(...) melhor conheceremos o objeto - o que ele pode ser e o que pode ser feito com ele - e do mesmo modo mais extensos se tornarão nossos julgamentos de suas capacidades e qualidades. Parece inclusive que essa classificação, conhecimento e valor, são inseparáveis (STRAUSS, 1999, p.42).

Becker (2008) identificou como um passo final em tal processo o ingresso do indivíduo em um grupo desviante organizado, onde os participantes compartilham sentimentos, problemas e um conjunto de perspectivas em comum, o que possibilita a construção de uma identidade e de sentimentos de pertencimento. Além disso, os grupos tendem, mais que indivíduos, a racionalizar sua posição: “Num extremo, eles desenvolvem uma justificativa histórica, legal e psicológica muito complicada para a atividade desviante” (BECKER, 2008, p.48).

A maior parte dos grupos desviantes tem uma fundamentação auto justificadora (ou “ideologia”) [...]. Ao mesmo tempo que esses argumentos

atuam, como foi mostrado anteriormente, para neutralizar as atitudes convencionais que os desviantes ainda podem encontrar em si mesmos em relação a seu próprio comportamento, desempenham também uma outra função. Fornecem ao indivíduo razões que parecem sólidas para levar adiante a linha de atividade que iniciou. Uma pessoa que aplaca suas próprias dúvidas adotando a racionalização passará a apresentar um tipo de desvio baseado em princípios e coerente do que lhe seria possível antes de adotá-la (BECKER, 2008, p.48).

Diferentemente da análise de Becker, a participação em uma associação canábica não é compreendida aqui como um passo final na carreira de um novo usuário, mas um passo importante, e muitas vezes fundamental, para a consolidação desses usos. Com frequência a participação de um familiar ou usuário em uma associação marca o início de um aprendizado mais sistemático sobre a maconha, seus benefícios medicinais, efeitos, manipulação das doses etc. Também é a partir das associações que muitos usuários e seus familiares aprenderão outras informações e outras versões sobre a proibição da maconha e os aspectos políticos que a envolvem.

Cabe salientar que os grupos desviantes aqui apresentados se conformam enquanto associações civis, tal como definido por Cefai:

Uma organização associativa se consolida reunindo diversos contextos de experiência e de atividade, pontos de perspectiva e estratos de competências que ela coloca em sinergia. Ela se constitui através da troca de conhecimentos e informações, na formulação de denúncias e de reivindicações coletivas; através da co-produção de um projeto coletivo, ao mesmo tempo tecnicamente viável e válido do ponto de vista normativo; e, ainda, através das atividades de circulação das notícias relativas ao andamento dos casos sob deliberação. Em cada uma das situações problemáticas com as quais a associação é confrontada, colocam-se as perguntas: o que seria mais apropriado ao bem público e o que se deveria fazer, estratégica e taticamente, para alcançá-lo? Sob a *mise en scène* da associação como representação una e própria, através de sua identidade jurídica e de sua localização geográfica, através das performances dos seus porta-vozes nas reuniões públicas, do uso do pronome nós e de seu logotipo na redação de cartas e de panfletos, o personagem “associação” se consolida, resultante de uma série de ações conjuntas (CEFAI, 2011, p.25).

São ainda associações que se organizam em torno do direito à saúde e se consolidam como associações de pacientes tal como aquelas descritas por Rabeharisoa (2012; 2013; 2014) e Akrich (2012; 2014), tendo o compartilhamento de experiências e a produção de evidências como características fundamentais. Dentre as características das associações de pacientes estão ainda a organização de reivindicações na esfera pública, ativismo científico e terapêutico; *advocacy*; o fato de serem representadas por pessoas que compartilham as experiências do adoecimento; demanda por pesquisas científicas; desenvolvimento de suas próprias teorias sobre os tratamentos e seus efeitos; demanda pela legitimidade do conhecimento produzido; crítica à medicina.

Rabeharisoa (2013), ao investigar o papel das organizações de pacientes na circulação de dados, conhecimento e experiência sobre doenças e problemas de saúde principalmente na Europa e América do Norte, identificou o compartilhamento de experiências tanto como um princípio de identidade quanto uma reivindicação epistemológica. Ou seja, a experiência é tanto fundadora de um saber coletivo como produz uma identidade em comum.

Cabe demarcar que a identidade nesses grupos é uma consequência e não causa do associativismo. Tanto Epstein (1995) como Rabeharisoa (2013) delimitam que é o compartilhamento de experiências que fundamenta a identidade nesses casos, por meio de um processo reflexivo através do qual se tornam conscientes de seu envolvimento ativo na construção das reivindicações e conhecimentos. Epstein (1995, p.413) argumenta ainda que a identidade desempenha uma função instrumental importante no processo de mobilização, influenciando a disposição das pessoas em “investir emocionalmente” no movimento, assumindo riscos pessoais em seu nome. Apesar de estarem tratando de temas distintos, essa ideia também é compartilhada por Becker (2008), ao compreender que a partilha de sentimentos, problemas e perspectivas é o que possibilita a existência de uma identidade em comum entre membros de grupos desviantes.

As associações descritas são, via de regra, representadas por pacientes (RABEHARISOA, 2013), sendo que nas associações canábicas é igualmente comum que o porta-voz seja a mãe de um usuário ou outro familiar. Há ainda associações canábicas que são representadas ou presididas por cultivadores/as que se tornaram especialistas não credenciados nos usos medicinais após um longo período de experiência com pessoas próximas.

Porém, ainda que não sejam compostas apenas por pacientes, mas por uma diversidade de atores e atrizes, compreendemos as associações canábicas como associações de pacientes por compartilharem características fundamentais já descritas. Além disso, são essas características que embasam a credibilidade alcançada por suas reivindicações e autorizam que tais associações funcionem e sigam se desenvolvendo, oferecendo cursos de cultivo, fornecendo óleos, apesar de não serem regulamentadas, e mesmo antes de qualquer mudança na legislação vigente. No caso dos cultivadores, é a legitimidade e credibilidade social dessas associações e dos atores e atrizes que as compõe que autoriza e oficializa o ofício de cultivador como algo público, tornando-se, inclusive, uma profissão como nos casos da Fundação Daya, da ABRACE e da APEPI,

por exemplo, onde cultivadores ocupam cargos remunerados e socialmente reconhecidos.

5.1 Cuidar de si, cuidar dos outros: disputas em torno das práticas de cuidado em saúde

Rabeharisoa (2013) descreveu o compartilhamento de experiências, a oposição à biomedicina e a coprodução de conhecimento junto a especialistas como reivindicações características de associações de pacientes ao longo da história.

A ênfase está na construção de um indivíduo que, através de sua alteridade, tem autoridade cognitiva e moral para desafiar o conhecimento e as práticas normalizantes da medicina convencional. É por isso que podemos considerar esses grupos como opositores da (bio)medicina e suas intervenções [...]. Isso não é estritamente uma rejeição de qualquer forma de conhecimento institucionalizado, mas uma recusa específica de certas formas de conhecimento supostamente alienantes (RABEHARISOA, 2013, p.6, tradução minha).

Ao investigar o papel das organizações de pacientes na circulação e produção de conhecimento sobre saúde, doenças e seus tratamentos, a autora demarca o surgimento de suas reivindicações no mundo associativo a partir do compartilhamento de experiências realizado no Alcoólicos Anônimos (AA), fundado nos Estados Unidos, em 1937. Em um contexto no qual o alcoolismo era visto como um problema público tratado no âmbito da polícia e da psiquiatria, e sendo a recaída muito frequente, dois alcóoltras, ao perceberem o fracasso do tratamento oferecido pela medicina, compreenderam que só a força de vontade não era suficiente. Ao discutirem essas questões juntos, concluíram que o tratamento oferecido pela psiquiatria ignorava o que significava ser alcóolatra, viver como alcóolatra e todas as suas implicações e que isso impedia que buscassem soluções plausíveis.

Eles acreditavam que o tratamento psiquiátrico não podia e não sabia lidar com o 'caos interno' de um alcóolatra e a ideia de que um pouco de força de vontade era suficiente parecia totalmente irrealista (RABEHARISOA, 2013, p.3, tradução minha).

A solução que propuseram foi se reunir anonimamente com outros alcóoltras para compartilhar suas esperanças, dificuldades e lutas e aproveitar o apoio do grupo para permanecerem sóbrios. Tal prática permitiu que um número considerável de participantes se mantivesse sóbrios por tempo suficiente para ser reconhecida como uma prática terapêutica eficaz por especialistas credenciados (RABEHARISOA, 2013, p.3).

E qual foi a fonte de eficácia? [...] Uma combinação baseada na experiência do alcoolismo e seu compartilhamento entre interessados e as agora difundidas e emergentes teorias sobre a dependência. [...] Essas teorias

afirmavam que não era a pessoa que, pela fraqueza, se dava ao alcoolismo; era o próprio álcool uma substância ativa, que em certos indivíduos criou um fenômeno de alienação através de mecanismos ainda não conhecidos precisamente (RABEHARISOA, 2013, p.3, tradução minha).

No AA os indivíduos aprenderam que compartilhavam uma certa experiência de alcoolismo que dava sentido às suas histórias. Tal modelo de ajuda mútua foi adotado e adaptado por organizações de pacientes criadas nas décadas de 1940 e 1950 na América do Norte e Europa Ocidental em torno de doenças crônicas. Rabeharisoa (2013) aponta que essas organizações se tornaram mais radicais ao longo dos anos 1960 e 1970, após as críticas de parte dos ativistas que argumentavam que tais grupos não se deslocavam para a esfera pública a fim de discutirem as causas estruturais de seus problemas, nem construía um projeto coletivo, aspectos que se tornariam características de tais movimentos nas décadas seguintes. Influenciados pelos movimentos sociais da década de 1960, surgiram nesse período novos grupos formados para “representar e defender categorias da população estigmatizadas ou excluídas por causa de sua condição” com o objetivo de “afirmar a identidade coletiva de seus membros na esfera pública e convocar as autoridades políticas a tomar decisões que garantam seus direitos” (RABEHARISOA, 2013, p.5). Esse tipo de organização é denominado pela autora como ativismo científico e terapêutico, na maioria das vezes associado a doenças letais e/ou sobre as quais o conhecimento médico é incerto, insuficiente ou inexistente.

Em outro artigo, Rabeharisoa *et al* (2014) explicita as transformações nas reivindicações das associações de pacientes ao longo das experiências de mobilizações coletivas:

Entre as transformações mencionadas, o envolvimento das organizações de pacientes na pesquisa biomédica foi apontado como um divisor de águas no ativismo em saúde. Estudos ricos e detalhados documentaram a lógica subjacente a essa dinâmica e suas consequências na configuração e conduta da ação coletiva que associa pacientes e especialista. Argumentamos que "a busca pela cura" não é mais o motivo exclusivo que leva pacientes e ativistas a se envolverem com o conhecimento. As organizações de muitos pacientes, usuários e grupos de ativistas estão se esforçando para levantar questões de saúde pública que considerem relevantes e significativas para as pessoas afetadas da maneira que acharem apropriada. Devido ao entrelaçamento da governança do conhecimento e da organização de assistência à saúde, o conhecimento não é mais um mero recurso para fundamentar reivindicações políticas; é o próprio alvo do ativismo, em um processo através do qual as causas e a identidade política das organizações de pacientes devem ser continuamente re-pensadas e re-trabalhadas (RABEHARISOA, *et al*, 2014, p.6-7, tradução minha).

Assim, as organizações de pacientes dedicam uma grande quantidade de energia à articulação de conhecimento credenciado e conhecimento experiencial e não credenciado e, por meio da publicização desses conhecimentos, tornam as doenças e

seus tratamentos problemas públicos. No caso das associações canábicas, o próprio tratamento proposto é que se torna o centro do debate público, devido ao fato de não ser realizado por profissionais da biomedicina e ter como base uma planta ilegal em torno da qual diversos estigmas são manipulados.

Essas associações produzem conhecimentos como evidências de suas reivindicações, mas essa produção é também em resposta a suas próprias demandas, uma vez que a ciência e a medicina não têm muito a colaborar em relação a dosagens, variedades de plantas e todas as questões relacionadas aos usos medicinais. Os usuários percebem a eficiência dos usos de maconha, mas para otimizar o tratamento e aprenderem a lidar com seus efeitos, precisaram aprender uns com os outros a fim de refinar seus próprios conhecimentos e construir maneiras de se informar e aprofundar seus conhecimentos, o que se dá também na demanda pela produção de conhecimento científico, como foi visto nos capítulos anteriores.

Ao conectar esses dois corpos de conhecimento, as organizações de pacientes estão traduzindo a experiência das pessoas para a linguagem da ciência e da medicina e vice-versa, com o objetivo de tornar suas situações perceptíveis não apenas para especialistas médicos e profissionais de saúde, mas também para si mesmas. Ao fazerem isso, as organizações de pacientes progressivamente constituem uma rede contínua de peças de conhecimento credenciado e "conhecimento experiencial" que molda seu foco de atividade (RABEHARISOA, *et al*, 2014, p.9).

Os autores ressaltam que, em muitos casos, ativistas constroem um conjunto de conhecimentos sobre aspectos que os especialistas não consideram centrais, suficientemente relevantes ou que já foram descartados pela ciência. A politização desses conhecimentos, por meio da construção de problemas públicos, pode levar à reformulação de algumas questões e desestabilizar compreensões já existentes, acarretando à retomada de questões anteriormente excluídas ou ignoradas pela ciência e por especialistas e, ainda, à abertura de novas questões complexas a partir da percepção desses outros fatores publicizados (RABEHARISOA, *et al*, 2014).

Esse processo foi delimitado na tese pelo retorno à cruzada moral em torno da criminalização e regulamentação da maconha a partir do acionamento do debate público pelas associações canábicas e ativistas organizados.

Steven Epstein (1995), em seus estudos sobre os movimentos sociais relacionados à saúde em torno do HIV e a produção de conhecimento confiável por ativistas, destacou a diversidade de atores presentes na construção do conhecimento como um aspecto marcante das pesquisas sobre AIDS nos Estados Unidos. Como aponta o autor, a “arena de produção de fatos” (1995, p.408) abrange profissionais de diversas áreas,

movimentos ativistas, empresas farmacêuticas e de biotecnologia, além da mídia de massa e mídias alternativas, incluindo publicações ativistas. Assim, informações sobre segurança e eficácia de determinados regimes terapêuticos resultam de uma complexa interação entre esses atores.

Meu ponto ao enfatizar a amplitude da participação em reivindicações não é simplesmente dizer que a pesquisa da AIDS é fortemente politizada ou que tem uma face pública. Mais profundamente, este caso demonstra que os movimentos ativistas, através da acumulação de diferentes formas de credibilidade, podem em certas circunstâncias tornar-se participantes genuínos na construção do conhecimento científico - que podem (dentro de limites definidos) efetuar mudanças nas práticas epistêmicas da pesquisa biomédica e nas técnicas terapêuticas do cuidado médico. Este resultado surpreendente está, é claro, em desacordo com a noção popular de ciência como uma arena relativamente autônoma com altas barreiras de entrada. É um resultado que ilustra o perigo de compreender o papel dos leigos em controvérsias científicas apenas em termos passivos - como um recurso disponível para uso, ou um aliado disponível para inscrição, por um cientista empreendedor que é concebido como a verdadeira força motriz no processo de construção do conhecimento (EPSTEIN, 1995, p. 409, tradução minha).

No artigo citado, Epstein buscou compreender como os ativistas da AIDS nos Estados Unidos estabeleceram sua credibilidade em relação às suas falas e posicionamentos em torno dos tratamentos, condução e interpretação de ensaios clínicos¹, concentrando-se especificamente na categoria que denomina de “ativistas do tratamento”. O autor justifica a importância de analisar pesquisas sobre AIDS devido à influência que esse movimento exerceu no ativismo relacionado à saúde.

Para Epstein (1995), quando determinados problemas são tornados problemas públicos e a ciência, ao ser acionada, não tem explicações e soluções consideradas suficientes, sua credibilidade é abalada e abrem-se brechas que podem ser ocupadas por outros grupos, como aqueles formados pelas associações de pacientes e ativistas pelo tratamento. Para esse autor, a credibilidade ocupa lugar central para a manutenção da ordem cognitiva e moral na investigação científica moderna, e emerge particularmente em campos de pesquisa marcados por graus extremos de controvérsias.

Quando vários públicos interessados prestam atenção ao progresso da pesquisa e esperam respostas, uma "lacuna de credibilidade" pode se desenvolver se as soluções não estiverem disponíveis. Na verdade, apesar da suspeita de especialização que se tornou galopante em muitos setores, as pessoas nas sociedades industriais avançadas normalmente esperam que os médicos e cientistas os protejam dos efeitos das doenças epidêmicas. O fracasso dos especialistas em resolver o problema da AIDS rapidamente, como "deveriam" fazer, aumentou o ressentimento popular e diminuiu a

¹ No caso da AIDS nos EUA, Epstein descreve que os ativistas passaram a integrar e votar nos comitês do *National Institute of Health* (NIH) e como representantes em reuniões consultivas do *Food and Drug Administration* (FDA), agências que supervisionam o desenvolvimento de medicamentos e avaliam se podem ser comercializados, respectivamente.

credibilidade do sistema; também abriu mais espaço para vozes dissidentes (EPSTEIN, 1995, p.411).

Isso ocorre no caso das doenças raras e de difícil controle e de algumas doenças crônicas para as quais a medicina convencional não apresenta tratamentos satisfatórios. Pelos mesmos motivos, isso ocorre também amplamente no que diz respeito aos usos medicinais de maconha. Nesse último caso a medicina convencional muitas vezes não tem nem tratamentos eficientes nem um discurso robusto e cientificamente embasado contra o autocultivo de maconha para fins medicinais, o que abre espaço para os especialistas não credenciados que se tornaram conhecedores do tema por meio da experiência e de suas pesquisas pessoais. Ou seja, no caso do debate público em torno dos usos medicinais de maconha, a credibilidade científica e dos discursos médicos oficiais podem ser abaladas tanto em relação às doenças raras e crônicas sobre as quais o conhecimento médico é insuficiente, como em relação ao conhecimento sobre maconha como um todo, uma vez que a ciência biomédica tem pouco a oferecer. Nesse caso, também o conhecimento e as normas jurídicas são postos em xeque, já que, amparados pelo saber biomédico, tem mantido interditos os usos de maconha a partir de bases exclusivamente morais.

Podemos dizer que a demanda pública pelo cultivo de uma planta sobre a qual houve intensas campanhas governamentais que a tratavam como perigosa, danosa à saúde, viciante, que ameaça às famílias e a dignidade do ser humano; agora compreendida como possibilidade de tratamento para diversas enfermidades e que têm sido utilizado inclusive por crianças e pessoas idosas; que reconhecidamente nunca levou à morte (portanto segura em comparação a muitos medicamentos alopáticos) conduz necessariamente a exposição de lacunas na credibilidade dos discursos oficiais sobre maconha. Essas lacunas abrem espaços para outros discursos, que podem ser mais convincentes, uma vez que embasados em evidências produzidas tanto pelo grupo como por artigos científicos por ele reunidos, e muitas vezes corroboradas por vídeos, fotos, anotações, laudos médicos, resultados de exames, entre outros. Compreender tais lacunas nos discursos oficiais como ferramenta política para transformação do debate público e para exercer uma pressão pelo retorno de pesquisas que a medicina abandonou - ou não considerava relevante - pode ser considerado tanto uma estratégia como um ganho dessas associações, que atualmente tem seus pontos de vista representados nos debates públicos por meio da presença de seus porta-vozes.

Nesse sentido, compreendemos que o pouco investimento em pesquisa e produção de conhecimento e tratamentos por parte da biomedicina nas áreas das doenças raras, crônicas (ANGELL, 2007) e nos potenciais terapêuticos da maconha expande a forma como os atores podem atuar. Soma-se a esses fatores a falta de evidências para sustentar o discurso proibicionista corrente, que, de maneira geral, se funda atualmente justamente na não existência de evidências científicas que comprovem a eficiência dos usos medicinais. Esse discurso foi utilizado pelas associações médicas nacionais tanto no Chile² como no Brasil³ e se impõe como uma recusa ao conhecimento e evidências organizadas por pacientes e seus familiares, expostos em audiências públicas para as quais são frequentemente convidados a participar – o que demonstra que há um reconhecimento social dessas pessoas como pessoas que sabem sobre o assunto e detém credibilidade acerca do conhecimento que compartilham, embora não necessariamente por parte das instituições médicas.

No capítulo IV destacamos que a discussão em torno dos usos medicinais de maconha no Chile não ocorre apenas em torno das evidências científicas, mas sobre os sentidos dados à maconha, tal como afirmou Becerra (2020) ao pesquisar a Fundação Daya e Mama Cultiva em seu país. Compreendemos que essa afirmação pode ser estendida ao Brasil. Nessa disputa, tanto pacientes, ativistas e associações se esforçam para construir outras maneiras de lidar com a saúde por meio de um tratamento que argumentam ser pessoal e individualizado - uma vez que deve ser realizado em acordo com as características de cada paciente -, como instituições médicas e representantes dos setores conservadores dos governos, que tem se esforçado em estender a autoridade epistêmica da biomedicina para manterem-se como detentores dos discursos oficiais sobre maconha – ainda que seus conhecimentos sobre o tema sejam irrisórios.

Como já foi apontado, a credibilidade das associações e de seus porta-vozes advém da autoridade moral das mães e da credibilidade dada a seus conhecimentos acerca da doença e percurso terapêutico dos filhos. Somam-se ainda a esse grupo, médicos e pesquisadores de diversas áreas que se tornaram especialistas a partir do trabalho realizado junto às associações (uma vez que as pesquisas no âmbito acadêmico fora das ciências humanas são bastante restritas), advogados antiproibicionistas e uma gama de especialistas credenciados que creditam sua credibilidade às associações e

² Como disponível em

https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/06/documento_cultivo_seguro.pdf

³ Como disponível em https://static.wixstatic.com/ugd/e0f082_a5d3fbf46aaf4c4dae96adb1a4ca1d58.pdf

movimentos sociais. Cabe ressaltar que tais categorias não são excludentes e muitas vezes se acumulam, como nos casos de médicos que são também pais e mães de crianças usuárias medicinais de maconha, outros que são também farmacêuticos, ou advogados filhos de usuários medicinais, médicos cultivadores, entre outros.

Nesse sentido, as associações se tornaram espaços de aprendizado para especialistas credenciados ou não. Tanto no Brasil como no Chile presenciei visitas de médicos interessados em aprender sobre os usos medicinais de maconha nas associações. Em Santiago, um médico do Norte do Chile realizou estágio por uma semana na Fundação Daya, onde acompanhou os atendimentos médicos e passava os dias conversando com eles sobre suas experiências. No Brasil, um grupo de médicos passou a atender membros da APEPI a fim de desenvolver seus conhecimentos por meio do compartilhamento de experiências entre saberes distintos. Além disso, ambas as associações desenvolveram cursos específicos para médicos e profissionais da saúde interessados no tema.

5.2. Os nomes e as coisas: disputas epistemológicas

Todo nome é um recipiente.

(Anselm Strauss, 1999)

No início do movimento organizado em torno da regulamentação da maconha para fins medicinais no Brasil, muitos familiares se referiam exclusivamente ao canabidiol (CBD) como composto terapêutico da planta, distinguindo-o da planta em si, como “tratamento com canabidiol”, “meu filho está tomando canabidiol” ou “benefícios do CBD”, apesar do canabidiol ser exclusivo apenas nos óleos em que o composto foi isolado, o que corresponde a uma pequena parte dos produtos importados, classificados como “*pure*”. Os óleos, em geral, são produzidos com as flores secas *in natura*, contendo diferentes concentrações de todos dos mais de 100 canabinoides presentes na planta. O que diferencia a concentração dos canabinoides nessa forma de elaboração é a variedade da planta utilizada, ou seja: se o objetivo é encontrar um óleo com a concentração de duas moléculas de CBD para cada molécula de THC, é necessário cultivar uma planta com essa característica. Esses óleos são referenciados pelos envolvidos como um óleo 2:1 (lê-se “dois pra um”). Os óleos conhecidos como “equilibrados” são óleos nos quais as proporções de THC e CBD são aproximadamente as mesmas, também chamados de 1:1 (um para um). Por exemplo, a *Harlei Tsu*, uma variedade da maconha popular entre usuários medicinais do Rio de Janeiro, sobre a qual

tomei conhecimento ao longo do trabalho de campo, é resultante de cruzamentos feitos por cultivadores, possuindo uma alta concentração de CBD e pequena de THC, sendo uma variedade muito utilizada por crianças com epilepsia, e de pouco interesse para o consumo por prazer, devido ao seu baixo potencial psicoativo. Dessa forma, referir-se a todos os óleos medicinais de cannabis como “CBD” não está associado à composição do óleo em si.

Dentre as justificativas para a escolha desse termo, podemos apontá-las como estratégias políticas, no intuito de distanciar os usos e os usuários medicinais dos estigmas associados ao uso adulto de maconha, afastando a discussão do contexto das drogas (no qual a maconha esteve inserida durante todo o último século), na busca por alcançar um caráter mais “sensibilizador” da população e dos órgãos públicos, aproximando os objetos em questão (o óleo e a planta) do contexto dos medicamentos, da medicina e da saúde.

A divergência política em torno dos nomes utilizados em referência à planta da maconha e ao óleo feito com suas flores ocasionou, ainda no início do movimento pela regulamentação da maconha para fins medicinais no Brasil (entre os anos 2014 e 2016), conflitos entre familiares e usuários medicinais, cultivadores e membros de movimentos antiproibicionistas. Atores dos dois últimos grupos viam no uso exclusivo do termo “canabidiol” o efeito de uma despolitização dos usuários medicinais e apontavam como incoerente o uso de óleos nacionais, feitos com doação de cultivadores não medicinais, e a elaboração de discursos públicos que pretendiam afastá-los desse mesmo grupo de fornecedores.

De forma semelhante, em muitos debates sobre usos medicinais de maconha que presenciei ao longo do trabalho de campo, tanto no Brasil como no Chile, foi evidente a prevalência do uso do termo “cannabis” e muito pouco do termo “maconha” ou “marijuana”. Nos círculos acadêmicos e científicos essa distinção era ainda mais evidente, mesmo entre cientistas da área de ciências humanas. É interessante notar que o mesmo não ocorre com outras plantas de usos popularmente conhecidos, como hortelã (*menthaspicata*), erva cidreira (*melissa officinalis*) ou erva mate (*ilexparaguariensis*), cujos nomes científicos talvez sejam totalmente desconhecidos mesmo por seus usuários mais frequentes.

O sociólogo norte americano Anselm Strauss (1999) discutiu a importância do ato de nomear as coisas, compreendendo a nomeação como a ação de identificar determinado objeto dentro de categorias mais amplas, a fim de tecer, por meio das

relações com essas categorias, o contexto no qual os objetos estão inseridos, suas fronteiras e, assim, construir os significados sobre ele. Para o autor nomear constitui-se como “um ato central a toda cognição que o ser humano tem do seu mundo” (STRAUSS, 1999, p.38)

De acordo com a compreensão desenvolvida por Strauss, os objetos não têm significados intrínsecos, estando sua natureza atrelada ao modo como são definidos pelo nomeador e aos contextos por ele acionados. Além disso, determinada característica usada para classificar um objeto de certa maneira não inviabiliza que o mesmo objeto, associado a outros propósitos, seja classificado em outras categorias, acionadas por outros contextos, pois está “igualmente em sua natureza ser outras coisas” (1999, p.39).

[...] nomear ou designar é sempre fazê-lo a partir de algum ponto de vista.
[...] A justificativa disso está na perspectiva, e não nas coisas. Quando não concordamos com a classificação de nosso vizinho, isso pode significar apenas que temos uma base totalmente diferente para traçar círculos simbólicos em volta das coisas (STRAUSS, 1999, p.39).

A partir do que nos apresenta Strauss é possível lançar luz sobre as terminologias utilizadas para se referir ao objeto que ocupa centralidade na rede canábica, aqui apresentada, o óleo medicinal feito com as flores da maconha, assim como outros termos em disputa, como o próprio nome da planta, provavelmente uma das poucas cujo nome científico é tão popular quanto seus apelidos. Podemos pensar como a diversidade de nomes utilizados para se referir a um mesmo objeto também influencia na construção do contexto que o nomeador deseja acionar em sua explanação. Se a planta é a mesma, a diferença entre maconha e cannabis medicinal é a intenção do uso e as moralidades que acionam.

Compreendendo que tais nomes são parte de disputas políticas, analisamos que os diferentes termos utilizados para referir-se à planta e ao óleo feito com ela podem estar relacionados a diferentes valores morais: enquanto o termo “canabidiol”, tal como “cannabis”, aciona um contexto científico por meio de nomenclaturas formais, o termo “maconha” se relaciona ao contexto das drogas, construído ao longo dos anos de leis proibicionistas, ou seja, um campo de ideias racistas e bélicas, associados à ideia de “inimigos da nação”, “guerra às drogas”, entre outros. Enquanto o termo canabidiol, por exemplo, não possuindo tal vínculo, pode ser associado a algo que faz bem para crianças com doenças raras, algo “derivado” da maconha, mas que não é a própria planta. E, ainda que seja maconha (quando se usa esse termo), é “maconha medicinal”, articulando à palavra um adjetivo apaziguador.

Os valores atribuídos a algum objeto – como “bom” ou “odioso” – não estão realmente “no” objeto. [...] O valor não é um elemento; implica uma relação entre o objeto e a pessoa que tem experiência com o objeto. Esse é apenas mais um meio de afirmar que a “essência” ou “natureza” do objeto reside não no objeto, mas na relação entre ele e aquele que lhe dá nome. Essa conceituação de valor como relação é vista facilmente em conjunção com um adjetivo como “útil” – útil para quem, em que condições, para quais propósitos? (STRAUSS, 1999, p.42).

Nesse sentido, é relevante ressaltar que o uso dos termos “CBD” ou “Canabidiol” em referência a todo e qualquer uso medicinal de maconha, além de acionar contextos científicos, também afasta do campo simbólico outro canabinoide conhecido da planta, o THC (tetrahydrocannabinol), substância à qual atribui-se os efeitos psicoativos da planta e que, por isso, carrega toda a valoração negativa socialmente destinada aos usos da planta por prazer.

Ainda que os usos medicinais sejam relacionados atualmente tanto à presença de CBD como à de THC, além de outras substâncias menos conhecidas da planta, e que seus benefícios medicinais não se restrinjam a casos de doenças neurológicas em crianças, como apresentado no Quadro 1, o termo “canabidiol” permanece sendo amplamente utilizado pela mídia e por novos usuários medicinais como referência ao óleo de maconha e como composto por meio do qual se realiza o tratamento com a planta. Essa interpretação também tem construído uma ideia de que os óleos de maconha são feitos com derivados da planta, e não com a planta em si.

Quadro 3: principais canabinoides conhecidos e seus usos terapêuticos⁴

Principais propriedades medicinais do Canabidiol (CBD)	Principais propriedades medicinais do Tetrahydrocannabinol (THC)	Exemplos de usos terapêuticos:
Potente analgésico		Plantas/óleos com maior concentração de CBD tem sido utilizadas no tratamento de doenças ou condições neurológicas como Alzheimer, epilepsia, autismo, Mal de Parkinson, entre outras. Plantas/óleos com maior concentração de THC, por sua vez, têm sido utilizadas para o alívio de enjoos, náuseas, dores, insônia, falta de apetite, entre outros, sendo associado ao tratamento de dores crônicas e no alívio dos efeitos colaterais da quimioterapia.
Anti-inflamatório		
Neuroprotetor	Antiespasmódico	
Imunomodulador	Relaxante muscular	
Anticonvulsivante	Estimulante do apetite	
	Propriedades antieméticas	

Fonte: Elaborado pela autora.

⁴ Elaborado a partir dos dados apresentados no curso “Uso médico da cannabis no tratamento da dor crônica”, desenvolvido pela Universidade de Washington, traduzido, adaptado e disponibilizado em português pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) da UNIFESP (disponível em <https://www.cebrid.com.br/curso/>), e de acordo com a literatura consultada (LORENZO, 2000; KALANT, 2001).

Em referência aos usos medicinais de maconha, ao longo do trabalho de campo no Brasil foi recorrente a escuta de narrativas sobre o trabalho de mães em convencer os maridos e outros familiares sobre os possíveis efeitos positivos do uso do óleo em contraponto ao baixo risco, a fim de conseguir iniciar o uso nos filhos. De maneira semelhante, esse processo ocorre também em casos nos quais o usuário medicinal é idoso e a negociação precisa ser feita entre os filhos e cônjuge. Algumas pessoas chegam a decidir começar o tratamento escondidas de outros membros da família, compartilhando a informação apenas quando resultados positivos são visíveis, o que foi identificado no trabalho de campo em ambos os países. Em alguns casos usuários medicinais não contam a seus médicos não prescritores de cannabis que estão fazendo uso do óleo ou, como nas famílias, esperam ter efeitos positivos evidentes para compartilhar essa informação.

Nesse processo o uso de palavras que remetem a nomenclaturas científicas e se distanciam de estigmas sociais podem ser acionadas como estratégias para neutralizar a força dos valores morais que perpassam a questão. Algumas pessoas, por exemplo, usam determinados nomes a fim de distanciar seu ato - que consideram digno - dos que permanecem para ela considerados maus atos, ligados ao léxico das drogas.

Retornando às ideias de Strauss (1999), o autor argumenta que, ao classificar um objeto, acionamos um conjunto de expectativas em relação a ele - expectativas que se relacionam às experiências passadas e a valores a elas atribuídos -, em torno das quais constrói-se a direção da ação que será tomada a partir do contexto despertado.

A nomeação de um objeto fornece uma diretriz para a ação, como se o objeto fosse anunciar francamente: 'Você está dizendo que eu sou isso, então aja comigo de maneira correta'. Inversamente, se o ator sente que não sabe o que o objeto é, então, quando olha pra ele, tem sua ação bloqueada. [...] Para organizar uma linha de ação com um objeto, não é necessário que uma pessoa tenha certeza de que sabe o que esse objeto é - ela simplesmente tem de estar disposta a arriscar seu julgamento (STRAUSS, 1999, p.41).

Nesse sentido, aprender os nomes e reclassificar os objetos é uma etapa importante da carreira dos usuários medicinais de maconha e suas cuidadoras ou cuidadores. Aos poucos, os membros dessa rede podem deslocar a maconha, que estava no contexto das drogas no imaginário do novo usuário medicinal, por exemplo, para o contexto de medicamentos. No caso dos usuários que se tornam ativistas, em geral, toda sua visão sobre a planta pode ser transformada, não apenas em relação ao uso medicinal. Em outros casos, a própria palavra “droga” pode ser ressignificada e deslocada da lógica proibicionista para um contexto antiproibicionista.

Esses aprendizados e deslocamentos são realizados com intensidade nas associações. Como aponta Strauss, “qualquer grupo de pessoas que permanece por algum tempo num lugar desenvolve uma ‘linguagem especial’, um dialeto ou um jargão, que representa sua maneira de identificar aqueles objetos importantes para a ação do grupo” (1999, p.40). O autor assinala como a classificação dos objetos e o aprendizado da linguagem utilizada pelo grupo exerce um importante papel na classificação e direção do grupo:

Essa necessidade que todo grupo tem de desenvolver uma terminologia comum ou partilhada leva a uma importante consideração: a direção da atividade depende das maneiras particulares pelas quais os objetos são classificados. [...] A reclassificação de um objeto equivale, portanto, a uma reavaliação de nossa relação com ele, e *ipso facto* nosso comportamento muda ao longo da linha de nossa reavaliação (STRAUSS, 1999, p.40).

Ressaltamos que nem todos os participantes necessariamente vão neutralizar os efeitos das moralidades já aprendidas sobre a planta, nem se engajarão em um aprendizado a longo prazo, podendo contentar-se com o suficiente para atender suas necessidades (que vão variar entre os casos). O que afirmamos aqui é o processo por meio do qual parte dessas pessoas se tornam ativistas e/ou especialistas não credenciadas e socialmente reconhecidas, detendo certa credibilidade sobre o tema.

O uso das palavras e seus significados pode se dar também de maneira consciente, como foi observado nas oficinas ministradas por Marco, na Fundação Daya. O cultivador professor demonstrava com frequência preocupação em “usar os nomes certos”, que compreendia como os nomes científicos ou formais tanto de partes da planta e técnicas de cultivo, como referentes a processos de elaboração dos medicamentos. Sua justificativa para a solicitação de que os usuários e seus familiares não utilizassem gírias, mas os nomes convencionados pela ciência (em geral pela botânica) era uma preocupação em relação à capacidade dos envolvidos em buscar mais informações inclusive em textos científicos. Por outro lado, utilizando os mesmos nomes se tornaria mais fácil se comunicarem entre si e com outros usuários e cultivadores, além de poderem comunicar com maior facilidade a outros grupos de pessoas leigas suas descobertas e conclusões. Para o cultivador professor, essa é uma estratégia para que o conhecimento sobre maconha não fique restrito a pequenos grupos, cada um com suas terminologias específicas, facilitando sua circulação.

Como aponta Strauss (1999), a identificação e nomeação das coisas é um problema contínuo, uma vez que o mundo está organizado por quadros simbólicos que são transformados e tensionados constantemente. E é desse tensionamento constante

que surgem as necessidades de reavaliação e resignificação das coisas, pois, para esse autor, “da ambiguidade nasce o desafio e a descoberta de valores novos: é nas zonas de ambiguidade que ocorrem as transformações [...] sem essas zonas a transformação seria impossível” (p.44). O autor ressalva ainda que tais reavaliações não ocorrem de processos serenos, ao contrário, tendem a ser processos cansativos para aqueles que às atravessam.

Visto que os valores não estão nos objetos, mas constituem avaliações dos objetos, segue-se que as pessoas, para fazerem sua própria avaliação, devem ter sua própria experiência. Isso não quer dizer que não lhes posso ensinar o sentido de alguma coisa anterior à experiência direta que terão dessa coisa. [...] Todo mundo já se deparou alguma vez com termos novos que representam maneiras novas de encarar objetos. [...] Mas nenhuma descrição dada de antemão, se a mudança de perspectiva exigida for radical, conseguirá nos ensinar como nós mesmos acabamos por nos avaliar. Nós mesmos devemos agir, sofrer e aguentar – para usar os termos de John Dewey. [...] À medida que as pessoas “sofrem”, suas avaliações mudam. Os valores não são eternos. As expectativas nem sempre podem ser satisfeitas. As coisas mudam e nós também mudamos. [...] Enquanto perdurar o aprendizado, persistirá a revisão dos conceitos; e enquanto ocorrer a revisão, ocorrerá a reorganização do comportamento (STRAUSS, 1999, p.43).

Assim, compreendemos que o processo de aprendizado é contínuo como a experiência, que permanece sendo uma importante fonte de conhecimento ao longo de toda a carreira dos usuários e os demais envolvidos. Compreendo que Strauss utiliza o termo “sofrer” no sentido de ser afetado, e não necessariamente no sentido de passar por um sofrimento, embora uma coisa não exclua a outra. Dessa forma, é relevante assinalar que a experiência pessoal foi acionada diversas vezes como o ponto de partida para o interesse em aprofundar-se no conhecimento sobre os usos medicinais de maconha e tornar-se ativista ao longo do trabalho de campo. Essa percepção inclui profissionais que decidem se tornar especialistas no tema. São exemplos os casos de médicos que, após acompanhar um episódio de melhora significativa, detém sua atenção para os efeitos dos óleos de cannabis.

5.3 Redes canábicas no âmbito da saúde: trânsitos possíveis

A partir do exposto, compreendemos que o encontro de *expertises* entre pessoas que sabem cultivar e familiares de pessoas com doenças raras e/ou de difícil controle (que detinham a experiência acerca das doenças e suas próprias redes de troca e organização social), e a mobilização desses atores, teve papel preponderante no processo de alçar o tema dos usos medicinais da maconha ao centro do debate público.

O termo *expertise* se refere à concepção cunhada por Borkman (1976), sendo compreendido como competência ou habilidade em lidar ou resolver um problema por

meio do uso da própria experiência. Embora todas as pessoas com o mesmo problema possam ter conhecimento experiencial, o autor sinaliza que o grau em que cada indivíduo integrou as informações e se tornou competente para aplicá-las a um problema é variável. O desenvolvimento dessa competência é o que consideramos expertise.

Por meio de cursos de cultivo informais, grupos de *WhatsApp*, trocas de e-mails e encontros presenciais, tem sido construídas interseções entre redes canábicas, redes de cuidado de familiares de pessoas com doenças raras e outras redes de troca e mobilização construídas em torno de doenças crônicas e de difícil controle tratáveis com maconha. Das percepções, anotações, organização de exames médicos e documentação do percurso terapêutico dos pacientes, são elaboradas as evidências que sustentam e comprovam seus argumentos em relação aos efeitos medicinais da maconha.

Das redes que se formam a partir de tais encontros, nasceram as associações canábicas: associações civis que se organizam em torno do acesso à maconha e atuam de forma semelhante às associações de pacientes, embora tenham algumas características distintas, como o fato de reivindicarem autonomia para produzir seu próprio medicamento ou obtê-lo por meio do cultivo associativo. Nesse sentido as associações canábicas também se assemelham aos clubes de cultivo para fins medicinais que surgiram na década de 1970, na Califórnia/EUA, descritos por Feldman e Mandel (1998). Como sublinham os autores, o histórico de proibição ocasionou que médicos saibam muito menos sobre os efeitos da maconha que os próprios pacientes. Além disso, os cultivadores dos clubes já conheciam bem os usos da maconha e o cultivo da planta, enquanto farmacêuticos e outros especialistas credenciados ainda estavam especulando sobre como produzi-la e distribuí-la em farmácias. Isso não difere muito da realidade brasileira e chilena atuais, uma vez que profissionais da área da saúde não tem qualquer formação relacionada aos usos medicinais de maconha ou ao que se tem convencionalmente chamar de “medicina canabinoide”. Caracteriza ainda essas redes a potência de sua expansão, ocasionada pela diversidade dos usos da planta e pessoas interessadas.

Nas associações essas pessoas aprendem a cultivar com os cultivadores mais experientes, a fazer os óleos nas oficinas e cursos, e aprenderão sobre o tratamento com outros usuários medicinais e/ou seus familiares. Também terão acesso ao conhecimento formal e credenciado, produzido por médicos prescritores, advogados e pesquisadores,

além de todo o conhecimento informal e não credenciado, vindo da experiência dos usos e do compartilhamento de experiências com outros pacientes e usuários.

Assim, a organização dos usuários medicinais de maconha em associações de pacientes tem sido fundamental não apenas para possibilitar o acesso, e todo o conhecimento necessário para a manutenção do tratamento, como também para a construção de um aparato teórico reflexivo que ampare o uso, possibilite a essas pessoas outras relações com a maconha e o questionamento público das regras que a proíbem.

Chamamos atenção para a relevância da diversidade das associações e da rede canábica de maneira geral que, ao possibilitarem o diálogo entre saberes de naturezas distintas, e incluírem pessoas de grupos sociais diversos, ampliam o espectro de temas, pontos de vistas e argumentos que circulam.

A escolha pelo termo “encontro” (encontro de redes e encontro de expertises) se justifica por explicitar que as redes de mobilização e ativismo já vinham sendo construídas, tanto as relacionadas à cultura da maconha, como as que tem como foco os cuidados em saúde relacionados às doenças ou condições de difícil controle. Evitamos, assim, a concepção limitada de que todos os atores apenas incorporaram a rede canábica já existente, compreendendo que esse movimento é mútuo, permitindo também à cultura canábica adentrar essas redes em torno da saúde, entrando em contato com toda uma gama de conhecimentos derivados de outras experiências.

Esses encontros podem ser compreendidos à luz do que Ilse Scherer-Warren (2006) denomina como “redes de redes”. Para a socióloga a sociedade civil é a representação de diferentes níveis de organização social. No primeiro nível estão as associações civis, as Organizações Não-Governamentais e outros grupos de expressão local ou comunitária, por isso chamado de associativismo local. No segundo nível estão as articulações inter-organizacionais, como fóruns ou *redes de redes*, muitas vezes viabilizados pela internet, ocasionam com frequência parcerias institucionalizadas entre a sociedade civil e o Estado. No terceiro nível estão as mobilizações na esfera pública. Resulta desse processo articulatório o que a autora denomina como *rede de movimento social* (SCHERER-WARREN, 2006, p.111), que “pressupõe a identificação de sujeitos coletivos em torno de valores, objetivos ou projetos em comum, os quais definem os atores ou situações sistêmicas antagônicas que devem ser combatidas e transformadas (p. 113).

Esses encontros não se dão, porém, sem conflitos ou necessariamente de maneira horizontal. Scherer-Warren (2006) denota que a ideia de rede pode sugerir que

tais movimentos não compartilham de estruturas de poder ou que este se dilui e se redistribui construindo relações horizontais. Mas, como argumenta a autora, mesmo em uma rede é possível perceber elos fracos e fortes, capazes de maior influência e maior poder de mobilização, por exemplo.

Como foi demonstrado anteriormente, Veríssimo (2016) e Ribeiro (2016) apontaram em seus trabalhos a presença de hierarquia em grupos de usuários de maconha, na qual maconheiros cultivadores conformam a principal categoria de distinção em relação aos demais. As mães, principalmente as mulheres brancas das classes altas, compartilham de uma autoridade moral pública em relação a decisão sobre o que é melhor para a saúde de seus filhos e sua família. Os médicos, que passaram a compor a rede, e os advogados ativistas, também detém papéis importantes na escala de prestígio social. Do encontro entre os diversos atores que compõem cada rede, e entre as redes, surgem conflitos que vão desde os formatos dos cursos oferecidos, nomenclaturas utilizadas – CBD, Canabidiol, Cannabis Medicinal, Maconha, Cânhamo – às escolhas das estratégias políticas para difundir os usos medicinais, a produção de óleo e/ou o cultivo.

Mas se as redes são permeadas por conflitos, o são também por possibilidades de solidariedade, reciprocidade e de compartilhamento (SCHERER-WARREN, 2006). Nesse sentido, muitos são também os pontos de convergência, que mantêm os elos entre as redes conectados e os atores organizados.

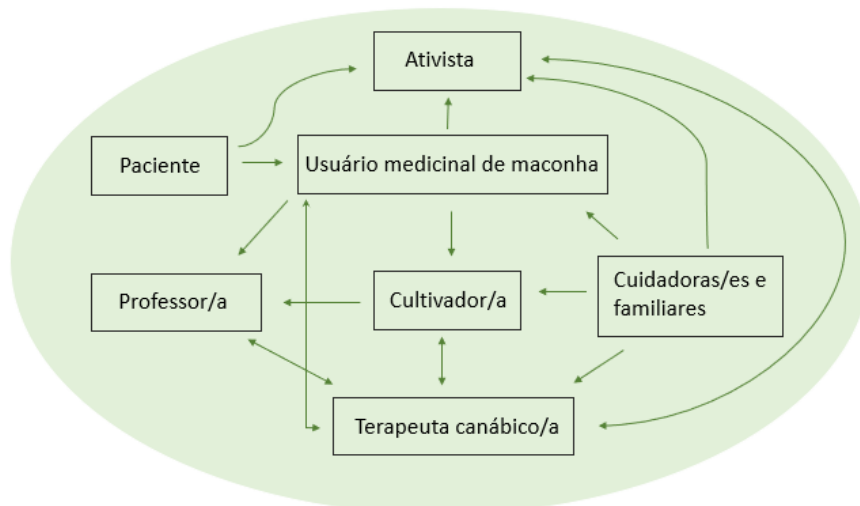
Os novos usuários e seus familiares identificaram possibilidades de melhora nas condições de saúde a partir dos usos medicinais de maconha. Se informaram sobre o tema, fizeram pesquisas pessoais, procuraram especialistas – credenciados ou não, pois uns procuram primeiro médicos, outros procuram primeiro representantes de associações. Ao chegarem às associações, tiveram oportunidade de conhecer as técnicas: técnicas de cultivo por meio do compartilhamento de experiências em grupos de *WhatsApp* ou em cursos e oficinas; técnicas de produção dos medicamentos, principalmente por aqueles que se tornam cultivadores; aprendem a manipular as doses e efeitos, observá-los e anotá-los, a identificar as concentrações ideais para seus usos, a adquirir os óleos para uso medicinal quando não conseguirem produzir o seu próprio. No caso do Brasil, algumas associações têm cultivado e produzido os óleos para seus associados, como a ABRACE (PB), a APEPI (RJ) e a Cultive (SP).

O aprendizado ocorre por meio de processos de educação informal (GOHN, 2011) ao longo de um período indeterminado e não linear, que se desenvolve a partir dos

encontros com outros ativistas e pessoas interessadas. Por meio desses encontros ocorre também uma educação política (GOHN, 2011) e alfabetização científica (BECERRA, 2020) necessários tanto para a compreensão mais aprofundada sobre as problemáticas envolvidas como para fornecer credibilidade a seus discursos como alguém que sabe.

A partir dos processos narrados outras carreiras são possibilitadas: familiares e usuários podem se tornar ativistas, alguns se tornam conselheiros informais sobre o tratamento ou, ainda, consultores e terapeutas canábicos; usuários, cuidadoras e pais podem se tornar cultivadores; e cultivadores, certas vezes, se tornam profissionais e professores. Esses trânsitos entre as possibilidades de carreiras de usuários são exemplificados na figura 15 apresentada abaixo.

Figura 15 - Fluxograma ilustrativo sobre possíveis trânsitos nas carreiras de usuários medicinais e seus familiares



Ao aproximar uma grande variedade de pessoas e, conseqüentemente, de saberes, as associações canábicas promovem uma circulação de informações, conhecimento, experiências e material vegetal (óleo, sementes, flores de maconha), articulando ideias, projetos e demandas. Por meio dos grupos de *WhatsApp*, que se multiplicam e se compartimentam em diversos temas, esses conhecimentos se tornam mais específicos e sua circulação alcança uma velocidade e uma abrangência difícil de inferir: grupos de associações, grupos de cultivo formados a partir dos cursos, grupos referentes à usuários medicinais diagnosticados com doenças específicas, grupos de pesquisadores divididos por área de conhecimento, grupos de mães de pessoas com doenças raras usuárias de maconha, dentre outros.

Das redes e experiências afloram propostas de outras formas de lidar com a saúde e o tratamento, que se distingue do padrão da medicina convencional, como resultado de reflexão e experiências coletivas. A partir das observações realizadas, destacam-se nos modelos de atenção à saúde desenvolvidos por associações: o acolhimento do paciente e sua família como abordagem terapêutica; percepção de que o paciente e seus familiares precisam aprender sobre o tratamento para poder desenvolvê-lo e tomar as decisões necessárias; observação como técnica para personalização do tratamento; tentativas de construção de relações não hierárquicas acerca das tomadas de decisão que envolvem os tratamentos.

Akrich e Rabeharisoa (2012) argumentam que as associações de pacientes têm desenvolvido a democracia em saúde por meio da promoção da participação social. Rabeharisoa (2013) demonstrou essa relação a partir das transformações no estatuto do paciente ao longo dos processos de mobilizações coletivas, e Epstein (1995) aponta a consolidação da credibilidade da experiência dos pacientes, no caso do ativismo em torno do HIV, na participação desses atores em esferas consultivas e deliberativas em âmbitos governamentais.

Dito isto, compreendemos que, no caso dos usos medicinais de maconha, a pesquisa realizada no Chile e no Brasil nos aponta que há uma disputa entre as possibilidades terapêuticas requeridas por ativistas e usuários medicinais e aquelas defendidas por instituições representativas médicas - ao menos a nível nacional -, que se esforçam em condicionar o acesso medicinal à maconha aos mesmos mecanismos das demais drogas lícitas de uso médico, ou seja, mediante prescrições ou proscições, e elaboração via indústria.

Apesar desses debates terem sido encontrados nas associações de ambos os países, foi notável que, no caso da Fundação Daya, a importância da discussão e experimentação de outras formas de cuidado à saúde distintas da medicina convencional ocupa espaço central. Nas associações brasileiras que fizeram parte da pesquisa percebeu-se maior demanda pelo reconhecimento médico dos efeitos medicinais da maconha. Em todas as associações, porém, foi recorrente a busca pela autonomia do paciente em relação à sua saúde por meio da demanda pela regulamentação do autocultivo e do cultivo associativo. Essa reivindicação associa-se às ideias de tratamento personalizado e autonomia, uma vez que a variedade de possibilidades de experimentação do óleo depende diretamente das variedades de plantas acessadas pelos usuários.

Assim, podemos afirmar que as propostas das associações de pacientes buscam transformar não apenas as legislações em torno da maconha, mas também propõem terapêuticas e lógicas de cuidado divergentes em relação à norma médica. Tal disputa é embasada e fomentada pela rede canábica no âmbito da saúde.

Considerações Finais

Ao longo desta tese intuímos compreender como os usos medicinais de maconha tem sido viabilizados, quais conhecimentos embasam tais usos e como esses conhecimentos são produzidos e acessados, uma vez que o acesso à planta é limitado pelo proibicionismo e seus usuários têm sido criminalizados e estigmatizados ao longo do último século, principalmente usuários pretos, pobres, moradores de favelas ou periferias.

Sabíamos de antemão que tais conhecimentos não eram produzidos pela ciência biomédica institucionalizada, realizada em institutos de pesquisa e nos laboratórios das universidades, uma vez que essas instituições não aparentavam muito interesse em tais pesquisas.

Por meio das metodologias descritas, e de um longo trabalho de campo junto às associações civis engajadas no tema, compreendemos que esses conhecimentos têm sido produzidos por usuários medicinais, seus familiares – principalmente mães cuidadoras – e cultivadores/as que, através de redes informais de comunicação, compartilham todo tipo de informação sobre o tratamento. Por meio dessas redes as experiências individuais e coletivas se acumulam, são postas à prova, refinadas por meio de pesquisas pessoais, transformando-se em conhecimentos coletivos.

Howard Becker chamou atenção para o fato de que usuários de drogas ilícitas desenvolvem seus conhecimentos sobre as substâncias que consomem a partir de uma rede informal de comunicação por meio da qual circulam experiências e informações resultantes de suas pesquisas individuais. A presente pesquisa acrescenta que, no caso da maconha, essa rede tem se expandido com o desenvolvimento dos usos medicinais da planta, que ampliaram a circulação das informações, não estando mais circunscrita às redes de usuários, mas também às redes de compartilhamento de experiência em torno das doenças de difícil controle. Essa expansão da rede canábica pode ser simbolizada pelo encontro entre cultivadores/as, usuários/as medicinais e mães de pessoas com doenças raras.

Tal encontro, ao fazer emergir as associações canábicas, transformou o debate sobre a regulamentação da maconha com a entrada de novos atores e atrizes determinados a disputar a cruzada moral em torno da droga. Esses novos integrantes promovem o debate público por meio de demandas organizadas e levam consigo a credibilidade relacionada ao lugar social que ocupam, seja ele relacionado à aspectos

personais como cor da pele, classe social e local de moradia, como relacionados à credibilidade profissional, no caso dos médicos. De qualquer forma, toda a credibilidade, nesses casos, está ancorada em determinações culturais que indicam que certos tipos de pessoas são mais confiáveis que outras. Essas posições são utilizadas por ativistas como tática para pautar questões que não provocam a mesma atenção quando levantadas por outros grupos.

De maneira geral, as associações demandam mudanças nas leis vigentes que descriminalizem e regulamentem o cultivo de maconha para uso pessoal e o cultivo associativo, para que as associações de pacientes possam fornecer os óleos a seus membros que não desejarem ou não puderem cultivar. Essas pautas foram comuns a todas as associações que participaram direta ou indiretamente da pesquisa: APEPI, ABRACannabis, Cultive, AMA+ME, Liga Canábica da Paraíba, ABRACE, Fundación Daya e Mama Cultiva.

Mas o que estes movimentos evidenciaram ao longo desses anos não foi apenas a necessidade de uma regulamentação, mas também a exposição de lacunas na credibilidade de especialistas profissionais que tem acatado, ao longo do último século, imposições morais como se fossem construções científicas. Defendendo a criminalização de uma planta que não se enquadra nas descrições de substâncias perigosas de nenhuma entidade, se forem considerados seus efeitos e desconsideradas as questões morais.

Ressalvamos que as experiências do Brasil e do Chile apontam que apenas a descriminalização do uso pessoal ou do cultivo pessoal de maconha não são suficientes para provocar mudanças nas práticas legais dos agentes públicos de segurança e da justiça. Ainda que o acesso aos usos medicinais da planta tenha sido expandido em ambos os países, a manutenção dos riscos pela falta de regulamentações promove um acesso aos potenciais terapêuticos da maconha tão desigual, que a mesma planta pode aliviar as dores de uma família e levar outras ao cárcere.

A história da proibição da maconha e os impedimentos atuais para o acesso aos seus benefícios medicinais expõe o racismo e a eugenia presente nas leis, na medicina institucionalizada, na maneira de fazer ciência, e provocam situações limites que, cedo ou tarde, precisarão ser superadas a fim de regulamentar seu acesso para fins medicinais, já alcançado pelas classes mais abastadas.

Esperamos que esta tese, além de ser um trabalho sociológico que tratou sobre associativismo no âmbito da saúde, possa elucidar aspectos importantes acerca da

maconha, seus usos e usuários, colaborando para a expansão e divulgação do conhecimento.

Referências Bibliográficas

ABREU, Jean Luiz Neves. *A Colônia enferma e a saúde dos povos: a medicina das 'luzes' e as informações sobre as enfermidades da América portuguesa*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.761-778, jul.-set. 2007.

ADIALA, Júlio Cesar. Uma nova toxicomania, o vício de fumar maconha. MACRAE, Edward; ALVES, Wagner Coutinho. *Fumo de Angola: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade*. Salvador: EDUFBA, p. 85-102, 2016. AKRICH, Madeleine; RABEHARISOA, Vololona. *L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire*. Santé publique, v. 24, n. 1, p. 69-74, 2012.

ADORNO, S. *Racismo, criminalidade e justiça penal: réus brancos e negros em perspectiva comparativa*. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 18, p. 283-300, 1996.

AKRICH, Madeleine; RABEHARISOA, Vololona. *L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire*. Santé publique, v. 24, n. 1, p. 69-74, 2012.

AMSTERDAM, J.; BRUNT, T. BRINK, W. *The adverse health effects of synthetic cannabinoids with emphasis on psychosis-like effects*. Journal of Psychopharmacology, 29(3), 254–263. 2015.

ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Tradução de Waldéa Barcellos. Rio de Janeiro: Record 2007.

ANUNCIÇÃO, Diana; TRAD, Leny Alves Bonfim; FERREIRA, Tiago. *“Mão na cabeça!”: abordagem policial, racismo e violência estrutural entre jovens negros de três capitais do Nordeste*. Saúde e Sociedade, v. 29, p. e190271, 2020.

AURELIANO, Waleska de Araújo. *As pessoas que as doenças têm: entre o biológico e o biográfico*. Etnobiografia: subjetivação e etnografia. Rio de Janeiro, v. 7, p. 239-260, 2012.

BALIC, Michel J.; COX, Paul A. *Plants, People and Culture*. Science of Ethnobotany. New York: Scientific American Library, 1997.

BARROS, G. S. *Filtragem racial: a cor na seleção do suspeito*. Revista Brasileira de Segurança Pública, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 134-155, 2008.

CEFAÏ, Daniel. *Como uma associação nasce para o público: vínculos locais e arena pública em torno da associação La Bellevilleuse em Paris*. Arenas públicas. Por uma etnografia da vida associativa. Niterói, Editora da UFF, 2011.

BECKER, H. *Uma teoria da ação coletiva*. Introdução. Zahar, Rio de Janeiro, 1977a.

_____. *De que lado estamos?*. In: *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar, p. 122-136, 1977b.

_____. Consciência, poder e efeito da droga. In: *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar, p. 181-204, 1977c.

_____. *Outsiders: Estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2008.

BEN-SHABAT, Shimon et al. *An entourage effect: inactive endogenous fatty acid glycerol esters enhance 2-arachidonoyl-glycerol cannabinoid activity*. *European journal of pharmacology*, v. 353, n. 1, p. 23-31, 1998.

BIEHL, João. *The judicialization os biopolitics: claming the right to pharmaceuticals in Brazilian courts*. In.: *American Ethnologist*, Vol. 40, Nº 3, pp. 419-436, 2013.

BOITEUX, Luciana Rodrigues. *Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade*. / Luciana Boiteux de Figueiredo Rodrigues; orientador Prof. Dr. Sergio Salomão Shecaira -- São Paulo, 2006. Tese (doutorado) – Universidade de São Paulo.

_____. *Avanços, retrocessos e contradições na política na política de drogas brasileira no século XXI*. In.: *Fumo de Angola: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade*. Edward McRae, Wagner Coutinho (Org). Salvador: UFBA, 2016.

_____. *A proibição como estratégia racista de controle social e a guerra às drogas*. *Le Monde Diplomatique*. 2019 ago.

BOITEUX, Luciana; João Pedro Pádua. La desproporción de la Ley de Drogas: los costes humanos y económicos de la actual política en Brasil. In: CORREA, Catalina Pérez. (Org.). *Justicia desmedida: Proporcionalidad y delitos de drogas en America Latina*. 1ed. Ciudad de Mexico: Fontamara, 2012, p. 71-101.

BONINI, Sara Anna et al. *Cannabis sativa: A comprehensive ethnopharmacological review of a medicinal plant with a long history*. *Journal of ethnopharmacology*, v. 227, p. 300-315, 2018.

BORGES, Daniella; UGÁ, Maria. *Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005*. In.: *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, Vol. 26, pp. 59-69, 2010.

BORKMAN, Thomasina. *Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups*. *Social service review*, v. 50, n. 3, p. 445-456, 1976.

BOURDIEU, Pierre. Alta costura e alta cultura. In: *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, p. 154-161, 1983.

BRASIL, Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 18, de 3 de abril de 2013. Dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0018_03_04_2013.html

BRUNNER, T.F. *Marijuana in ancient Greece and Rome? The literary evidence*. Journal of Psychoactive Drugs, 1977.

CAMPOS, Natália de. *Militância, organização e mobilização antiproibicionista da maconha: coletivos, eventos e marchas em Natal (RN)*. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2013.

CARLINI, Elisaldo. *A história da maconha no Brasil*. In.: Cannabis Sativa L. e substâncias canabinoides em medicina. São Paulo: CEBRID, 2005.

_____. *O uso medicinal da maconha*. [Entrevista a Neldson Marcolin e Ricardo Zorzetto]. Revista Pesquisa FAPESP. 2010, fev. Ed. 168.

_____. Simpósio Internacional da Cânabis Medicinal – Histórico. In: ZANATTO (organizador). Introdução ao associativismo canábico. Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas. 2020.

_____. V Simpósio Internacional da Cannabis: Outros Saberes. In: ZANATTO (organizador). Introdução ao associativismo canábico. Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas. 2020.

CARNEIRO, Henrique. *Drogas: a história do proibicionismo*. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

_____. *Transformações do significado da palavra “droga”*. In.: Álcool e drogas na história do Brasil / Henrique Carneiro, Renato P. Venâncio (org). Belo Horizonte: Editora PUCMINAS, São Paulo: Alameda, 2005.

_____. *Amores e sonhos da flora: afrodisíacos e alucinógenos na botânica e na farmácia*. São Paulo: Xamã, 2002.

_____. *A fabricação do vício*. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos: NEIP, 2002. Disponível em: <https://neip.info/textos/>

_____. *Filtros, mezinhas e triacas: as drogas no mundo moderno*. São Paulo: Xamã, 1994.

CARVALHO, Salo de. *O encarceramento seletivo da juventude negra brasileira: a decisiva contribuição do Poder Judiciário*. Revista da Faculdade de Direito da UFMG, n. 67, p. 623-652, 2016.

CASHMAN, John. *LSD*. Editora Perspectiva: São Paulo, 1980.

CERQUEIRA, D. et al. *Atlas da violência*, 2017. Rio de Janeiro: Ipea, 2017. Disponível em: <Disponível em: <https://bit.ly/2te4w6k> >. Acesso em: 21 nov. 2018.

CHILE. Lei 20.000 de 02 de fevereiro de 2005. Que sanciona el trafico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotópicas. Ministerio del Interior, 2005.

CLÍMACO, Júlia Campos. *Experiências e experimentos de duas mães dragões: Narrativas de maternidade de filhos com doenças raras*. Amazônica-Revista de Antropologia, v. 10, n. 1, p. 126-159, 2018.

COHEN, S. *Folk Devils and Moral Panics: The Creation of the Mods and Rockers*. Oxford: Martin Robertson, 1972.

CUNHA, Jomar M. et al. *Chronic administration of cannabidiol to healthy volunteers and epileptic patients*. *Pharmacology*, v. 21, n. 3, p. 175-185, 1980.

PÚBLICA, Defensoría Penal de Chile. *Estudios y capacitación - Ley 20.000: Tráfico, microtráfico y consumo de drogas. Elementos jurídicos y sociológicos para su distinción y defensa*. Centro de Documentación Defensoría Penal Pública. Santiago, Chile. Nº 8, 2013

DEVIENNE, K. F.; RADDI, M.S.G; POZZETI, G.L. *Das plantas medicinais aos fitofármacos*. *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais, Botucatu*, v.6, 2004.

DÍAZ-ORDÓÑEZ, Manuel; HERNÁNDEZ, Antonio José Rodríguez. *Cannabis Sativa y Chile (1577-1700): um insumo al servicio del império*. *TEMPUS Revista en Historia General: Medellín (Colômbia)*, Nº 6, 2017.

DÓRIA, José Rodrigues. Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício. In.: *Maconha: coletânea de trabalhos brasileiros*. 2ª ed, Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1958 [orig. 1915].

DUARTE, D. F. *Uma Breve História do Ópio e dos Opioides*. In.: *Revista Brasileira Anestesiol*, 2005.

DUARTE, Evandro Piza; da SILVA Freitas, Felipe. *Corpos negros sob a perseguição do estado: política de drogas, racismo e direitos humanos no Brasil*. *direito público*, v. 16, n. 89, 2019.

EPSTEIN, Steven. *The construction of lay expertise: AIDS activism and the forging of credibility in the reform of clinical trials*. *Science, Technology, & Human Values*, v. 20, n. 4, p. 408-437, 1995.

ESCOHOTADO, Antonio. *Historia General de las Drogas*. Alianza Editorial. Madrid: 1998.

FELDMAN, Harvey W.; MANDEL, Jerry. *Providing medical marijuana: The importance of cannabis clubs*. *Journal of Psychoactive Drugs*, v. 30, n. 2, p. 179-186, 1998.

FIGUEIREDO, Maurício. *A medicalização da questão do uso de "drogas" no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos*. In: VENÂNCIO, R.; CARNEIRO, H. (Org.) *Álcool e Drogas na História do Brasil*. São Paulo: Alameda Editorial, 2005, p. 257-290.

_____, Maurício. *Uso de "drogas": controvérsias médicas e debate público*. Campinas, São Paulo: Mercado de Letras, 2006.

_____, Mauricio. *Escolhas morais e evidências científicas no debate sobre política de drogas*. *Boletim de Análise Institucional*. 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8879>

FLEISCHER, Soraya; FRANCH, Mónica. *Uma dor que não passa: aportes teórico-metodológicos de uma antropologia das doenças compridas*. *Politica & Trabalho*, n. 42, 2015.

FLEISCHER, Soraya. *Segurar, caminhar e falar: notas etnográficas sobre a experiência de uma “mãe de micro” no Recife/PE*. *Cadernos de gênero e diversidade*, v. 3, n. 2, 2017.

FONSECA, Nelson Rivas. *Cáñamo para la victoria! Promoción gubernamental del cultivo y beneficio del cáñamo en Chile*. *Revista Sociedad y Cultura*, Nº 1, 2014. P. 125-148.

FRANÇA, Jean Marcel Carvalho. *História da maconha no Brasil*. São Paulo: Três Estrelas, 2016.

FREYRE, Gilberto. *Nordeste*. São Paulo, Ed. Global, 2004.

GARCÍA, E.; SANCHÉZ, J. *Una revisión histórica sobre los usos del cannabis y su regulación as historical review among cannabis use and regulation*. *Salud y Drogas*, V. 6 N, 1. 2006.

GARLAND, David. *On the concept of moral panic*. *Crime, Media, Culture*, v. 4, n. 1, p. 9-30, 2008.

GIDDENS, Anthony. *A transformação da intimidade sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Unesp, 1993.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. Tradução de Duarte Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 1974.

_____. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1983

_____. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982

GOHN, Maria da Glória. *Mulheres – atrizes dos movimentos sociais: relações político-culturais e debate teórico no processo democrático*. *Política & Sociedade*, Nº 11, 2007.

_____. *Movimentos sociais na contemporaneidade*. *Revista Brasileira de Educação*. V.16, n. 47, 2011.

_____. *Educação não formal, aprendizagens e saberes em processos participativos*. *Investigar em educação*, v. 2, n. 1, 2014.

GOODE, E. and N. Ben Yehuda. *Moral Panics: The Social Construction of Deviance*. Oxford: Blackwell, 1994.

GURNEY, S. M. R.; SCOTT, K. S.; KACINKO, S. L.; PRESLEY, B. C.; LOGAN, B. K. *Pharmacology, Toxicology, and Adverse Effects of Synthetic Cannabinoid Drugs*. *Forensic Science Review*, Volume Twenty-Six Number One. January, 2014.

HARRIS, C. R., & BROWN, A. *Synthetic Cannabinoid Intoxication: A Case Series and Review*. *The Journal of Emergency Medicine*, 44(2), 360–366. 2013.

HENMAN, Anthony Richard. A guerra às drogas é uma guerra etnocida. In.: *Fumo de Angola: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade*. Edward McRae, Wagner Coutinho (Org). Salvador: UFBA, 2016.

HUXLEY, Aldous. *The Doors of Perception and Heaven and Hell*. 1954.

IBÁÑEZ, Marcelo. *Un viaje fantástico: Breve história de la marihuana em Chile y el mundo*. Editora Planeta Chilena S.A. Santiago: 2018.

KALANT, H. *Medical use of cannabis: history and current status*. *Pain Res Manage* 2001; 6(2): 80-91.

KARAM, Maria Lucia. A lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Beatriz Labate et al (orgs). Salvador: EDUFBA, 2008.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *O Pensamento Selvagem*. Papirus Editora, 1989.

LEMGRUBER, Julita; BOITEUX, Luciana Rodrigues. O Fracasso da guerra às drogas. In: Lima, R.S et al (ORG). *Crime, polícia e justiça no Brasil*. Editora Contexto, 2014. P. 356-362.

LIMA, Maria Angelica de Faria Domingues de; GILBERT, Ana Cristina Bohrer; HOROVITZ, Dafne DainGandelman. *Redes de tratamento e as associações de pacientes com doenças raras*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 3247-3256, 2018.

LORENZO, P.; LEZA, J. C. *Utilidad terapéutica del Cannabis y derivados*. *Adicciones*, [S.l.], v. 12, p. 149-168, jun. 2000. ISSN 0214-4840

MARCUS, George. *Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography*. *Annual Review of Anthropology*, Palo Alto, California, v. 24, pp. 95-117, 1995.

_____. *Etnografía en/del sistema mundo*. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*, n. 22, p. 111-127, 2001.

MCRAE, E.; SIMÕES, Júlio Assis. *Rodas de fumo: o uso da maconha entre camadas médias*. Salvador: EDUFBA, 2000.

MACRAE, Edward; SIMÕES, Júlio Assis. A subcultura da maconha, seus valores e rituais entre setores socialmente integrados. *Drogas e Pós-modernidade*. Rio de Janeiro, EdUERJ, p. 95-107, 2003.

MCRAE, Edward. Cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade. In.: MCRAE, Edward; ALVES, Wagner (org). *Fumo de Angola: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade*. Salvador: EDUFBA, 2016. P.23-58.

MACHADO, R. *A danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MALCHER-LOPES, Renato; RIBEIRO, Sidarta. *Maconha, cérebro e saúde*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2007.

MENZ, Maximiliano, M. *Os escravos da feitoria do linho cânhamo: trabalho, conflito e negociação*. Afro-Ásia, 2005.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes et al. *Quando ser raro se torna um valor: o ativismo político por direitos das pessoas com doenças raras no Sistema Único de Saúde*. Cadernos de saúde pública, v. 34, p. e00058017, 2018.

MOTTA, Yuri José de Paula. *O paciente dedo verde: uma etnografia sobre o cultivo e o consumo de cannabis para fins terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro*. UFF Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Direito (Diss), 2019.

NONINO-BORGES, Carla Barbosa et al. *Dieta cetogênica no tratamento de epilepsias farmacorresistentes*. Revista de Nutrição, v. 17, n. 4, p. 515-521, 2004.

NUNES, Everardo Duarte. *Goffman: contribuições para a Sociologia da Saúde*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 19, n. 1, p. 173-187, 2009.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; MELLO, José Manoel Carvalho. *AIDS, ativismo e regulação de ensaios clínicos no Brasil: o Protocolo 028*. Cadernos de Saúde Pública, v. 17, n. 4, p. 863-875, 2001.

OLIVEIRA, Fabiana Santos Rodrigues. *Maconheirinhos: cuidado, solidariedade e ativismo de pacientes e seus familiares em torno do óleo de maconha rico em Canabidiol (CBD)*. (Mestrado em Antropologia) – Faculdade de Brasília, UNB, Brasília, 2016.

PARDO, B. *Cannabis Policy Reforms in the Americas: A Comparative Analysis of Colorado, Washington, and Uruguay*. International Journal of Drug Policy, 2014.

PETROVSKA, B. B. *Historical review of medicinal plant's usage*. Pharmacognosy Reviews, 2012.

POLICARPO, F. *O consumo de drogas e seus controles: uma perspectiva comparada entre as cidades do Rio de Janeiro, Brasil, e de San Francisco, EUA*. Tese (Doutorado em Antropologia). Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal Fluminense, RJ, 2013.

POLICARPO, F.; VERÍSSIMO, M.; FIGUEIREDO, E. *A “fumaça do bom direito”*: demandas pelo acesso legal à maconha na cidade do Rio de Janeiro. PLATÔ Drogas & Políticas, v.1 n°1, 2017.

RABEHARISOA, V. Experience, Knowledge and Empowerment: The Increasing Role of Patient Organizations in Staging, Weighting and Circulating Experience and Knowledge. IN: AKRICH, M.; NUNES, J. et al (ORG). *The dynamics of patient organizations in Europe*. Presses des Mines via OpenEdition, 2013.

- RABEHARISOA, Vololona; MOREIRA, Tiago; AKRICH, Madeleine. *Evidence-based activism: Patients', users' and activists' groups in knowledge society*. 2014.
- RABINOW, Paul. *Antropologia da razão: ensaios de Paul Rabinow*. Relume Dumará, 1999.
- RAMOS, J. A.; FERNANDÉZ, J. *Uso de los cannabinoides a través de la historia*. Revista Adicciones, V. 12(2), 19-31. 2000.
- REBOLLEDO, Mauricio Becerra. *Surgimiento de organizaciones de pacientes por el cannabis medicinal en Chile: delimitación del campo científico, monopolio de la enunciación e injusticia epistémica*. Temáticas: Campinas. 2020.
- REED, Andrew Muller. “*Não tenha vergonha, vem pra Marcha da Maconha*”: ação coletiva, política e identidade em um movimento social contemporâneo. UERJ (Dissertação de Mestrado). 2014.
- RIBEIRO, R. F. *Tortuosas raízes medicinais: as mágicas origens da farmacopeia popular brasileira e sua trajetória pelo mundo*. In.: Álcool e drogas na história do Brasil / Henrique Carneiro, Renato P. Venâncio (org). Belo Horizonte: Editora PUCMINAS, São Paulo: Alameda, 2005.
- RIBEIRO, Thiago Magalhães. *Governo ético-político de usuários de maconha*. Curitiba: Editora Prismas, 2016.
- RODRIGUES, Thiago; LABATE, Beatriz Caiuby. *Proibição e guerra às drogas nas Américas: um enfoque analítico*. In.: Política de drogas no Brasil: conflitos e alternativas / Beatriz Caiuby Labate, Thiago Rodrigues, (org). – Campinas, SP: Mercado de Letras; São Paulo, SP: Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (NEIP), 2018.
- ROGIN, Michael. “*The Sword Became a Flashing Vision*”: DW Griffith's The Birth of a Nation. Representations, v. 9, p. 150-195, 1985.
- RUBIN, Vera. Introduction. In: RUBIN, Vera (org). *Cannabis and Culture: World Anthropology*. Haia: Mouton, 1975, p.01-10.
- RUSSO, Ethan. *Historia del Cannabis como medicamento*. Grupo ARX XXI de Comunicación, 2 (3), 12-19, 2009.
- _____. *Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects*. British journal of pharmacology, v. 163, n. 7, p. 1344-1364, 2011.
- SAAD, Luiza. “*Fumo de negro*”: a criminalização da maconha no Brasil (c. 1890-1932) / Luísa Gonçalves Saad . – Salvador, 2013. 139 f.: il. Orientador: Prof. Dr. João José Reis. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
- SCAVONE, Lucila. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In.: *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão*. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, p. 101-111, 2005.
- SCHERER-WARREN, Ilse. *Das mobilizações às redes de movimentos sociais*. Sociedade e estado, v. 21, n. 1, p. 109-130, 2006.

SILVA, Martinho; AZIZE, Rogério. *Penalização e politização das drogas no documentário "Illegal: a vida não espera"*. In: 39º Encontro anual da ANPOCS: Caxambu, 2015.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, p. 99-133, 1993.

STRAUSS, Anselm L. *Espelhos e máscaras - busca de identidade*. Edusp, 1999.

TOIT, Brian M. du. *Dagga: The History and Ethnographic Setting of Cannabis sativa in Southern Africa*. In: RUBIN, Vera (org). *Cannabis and Culture: World Anthropology*. Haia: Mouton, 1975, 81-117.

_____. *Man and Cannabis in Africa: a study of diffusion*. In.: *African Economic History*, 1976.

TORCATO, Carlos Eduardo. *A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República*. Tese de doutorado/USP: São Paulo, 2016.

TRAD, L. A. B. et al. *Segurança pública e questões raciais: abordagem policial na perspectiva de policiais militares e jovens negros*. In: PARESCHI, A. C. C. et al. (Org.). *Direitos humanos, grupos vulneráveis e segurança pública*. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Cidadania, 2016. p. 41-76.

WHYTE, William Foote. *Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada*. Tradução de Maria Lucia de Oliveira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

VARGAS, Eduardo Viana. *Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de drogas*. Tese – Universidade Federal de Minas Gerais, Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política. 2001.

_____. *Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais*. DUARTE, LFD., and LEAL, OF., orgs. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

VERÍSSIMO, M. *Maconheiros, fumons e growers: um estudo comparativo dos usos e cultivo caseiro de canábis no Rio de Janeiro e em Buenos Aires*. 2013. Tese de Doutorado. Tesis (Doctorado en Antropología), Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal Fluminense.

_____. *Do maconheiro ao cambier.: os autocultivos domésticos e outras domesticidades*. In: *Fumo de Angola: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade*. EDUFBA, 2016, p. 275-298.

VIANNA, P. C.; NEVES, C. E. A. B. *Dispositivos de repressão e varejo do tráfico de drogas: reflexões acerca do racismo de Estado*. *Estudo de Psicologia*, Natal, v. 16 n. 1, p. 31-38, 2011.

ANEXO I – Roteiro para obtenção de Habeas Corpus Preventivo (ou Salvo Conduto) compartilhado pela Rede Jurídica pela Reforma da Política de Drogas



ORIENTAÇÃO SOBRE DOCUMENTOS PARA HABEAS CORPUS

Para impetrar o *Habeas Corpus* e pedir o salvo-conduto para cultivar cannabis com fins terapêuticos são necessários os seguintes documentos (em PDF):

1. Prescrição médica indicando o uso da cannabis (seja produto importado ou artesanal), informando a posologia, com CID da doença e CRM do médico;

2. Laudos médicos relatando todo o histórico clínico (tratamentos já tentados e seus efeitos colaterais), com foco na **gravidade da doença** (principalmente se houver risco de morte) e o **sofrimento** dela decorrente, inclusive o quadro atual, **fundamentando a prescrição** da cannabis na **falta de alternativa terapêutica** mais eficaz, apontando quando foi o **início do uso** da cannabis e a **melhora na qualidade de vida** ocorrida desde então, informando que **não há medicamento nacional** acessível e ressaltando que tal melhora foi obtida com o **uso do óleo artesanal** feito pelo próprio paciente, considerando que o mesmo não teve condições financeira de arcar com os **custos do produto** importado, indicando ainda o CID da doença e CRM do médico;

3. Autorização de importação da ANVISA com validade atual, caso a receita seja para produto importado;

4. Comprovante de aprendizado ou curso sobre as técnicas de cultivo e extração artesanal (serve auto declaração de estudo e experiência);

5. Comprovante de membro em associação de uso terapêutico da Cannabis (opcional);

6. Qualquer outro documento que reforce a importância do uso da cannabis na melhora do quadro clínico, como laudo de outros profissionais: médicos, enfermeiros, terapeutas, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, professores...;

7. Relato manuscrito do paciente (ou familiar) contando a história de vida, sobre a doença, o tratamento e a melhora;

8. Orçamento do produto importado que foi previamente indicado e substituído pelo produzido por si;

9. Documentos pessoais do paciente e do responsável (certidão de nascimento ou RG, CPF e comprovante de residência, origem lícita de renda).

ROTEIRO DE AÇÕES OBSERVADO NOS HABEAS CORPUS

Na concessão dos *Habeas Corpus* foi observada uma série de ações que demonstraram que era a única conduta possível para resguardar a liberdade e a saúde do paciente.

1. Buscar respaldo médico para usar a cannabis como ferramenta terapêutica em quadro clínico real, obtendo a prescrição para o uso de produto à base de cannabis e o laudo médico bem elaborado

2. Pedir a Autorização de Importação excepcional de produto à base de canabidiol em associação com outros da canabinoides à **ANVISA**;

3. Fazer o orçamento com o fornecedor do produto importado, para mostrar o **custo do tratamento**;

4. Buscar informações e cursos sobre o **cultivo doméstico** de Cannabis e a **elaboração** do extrato artesanal;

5. Iniciar o cultivo doméstico da Cannabis e o preparo do óleo de forma artesanal;

6. Voltar ao médico informando o alto custo do tratamento com o produto importado e a opção pelo uso de produto feito pessoalmente através do cultivo doméstico, obtendo **novo laudo médico observacional** apontando quando foi o início do uso da cannabis e atestando a **melhora na qualidade de vida** ocorrida com o uso do produto artesanal;

7. Juntar os documentos pessoais do paciente, os laudos de outros profissionais, relato pessoal, orçamento de produtos importados, certificados de cursos, certidão de nascimento ou RG, CPF e comprovante de residência, origem lícita de renda, ...;

8. Conversar com um advogado que tenha intimidade com a ação de *Habeas Corpus* e com o tema da Cannabis, para preparar e impetrar o *Habeas Corpus*. É importante informar há quanto tempo cultiva, o número de plantas que o paciente precisa e a espécie que está cultivando. E também como aprendeu a cultivar;

9. A participação em associação de pessoas que usam Cannabis como ferramenta terapêutica é recomendada, pois facilita a obtenção de informações e a troca de experiências, além de reforçar a percepção de finalidade em prol da saúde e bem-estar do paciente.

ANEXO II – Especialidades médicas e patologias para as quais foram solicitadas importações à ANVISA até 2018 segundo a Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas (PBPD)

A tabela abaixo foi construída com os dados publicados pela Plataforma Brasileira de Política de Drogas em maio de 2018 referentes à resposta da ANVISA à solicitação via Lei de Acesso à Informação pelo Núcleo de Cannabis da Plataforma.

Nos primeiros 3 anos após a permissão da importação, a ANVISA concedeu 4.617 autorizações para importação de medicamentos elaborados com extratos de maconha, prescritos por cerca de 800 médicos no país.

Segundo a Plataforma Brasileira de Política de Drogas, em matéria publicada em seu site. Ainda segundo a plataforma havia 17 Habeas Corpus para cultivo doméstico para fins terapêuticos nesse período.

Especialidade	Número	Porcentagem
Neurologia	2483	53,9%
Neuropediatria	548	11,9%
Psiquiatria	448	9,7%
Radiologia	262	5,6%
Neurocirurgia	173	3,7%
Clínica Médica	114	2,4%
Ortopedia	105	2,2%
Cirurgia Geral	81	1,7%
Medicina Preventiva	81	1,7%
Pediatria	69	1,4%
Reumatologia	67	1,4%
Neurofisiologia	23	0,4%
Anestesiologia	14	0,3%
Medicina e Reabilitação	12	0,2%
Acupuntura	11	0,2%
Geriatrics	10	0,2%

As demais especialidades listadas com menos de 10 prescrições, foram: oncologia, homeopatia, nutrologia, endocrinologia, neuropsiquiatria, medicina do trabalho, ginecologia, infectologia, médico da família, medicina intensiva, cirurgia da coluna, dermatologia, nefrologia, neurogenética, hematologia, patologia clínica, cardiologia, otorrinolaringologista e 53 constam como não registrados, não identificado ou apenas como “médico”.

Quando perguntados se houveram efeitos adversos notificados ou complicações graves derivadas dos usos dos produtos importados, a ANVISA respondeu que recebeu um total de 62 formulários. Desses, 36 relatavam reações adversas, das quais 10 foram classificadas como “graves” pela agência e 26 como não-graves.

Os eventos citados (salienta-se que um mesmo evento adverso pode ser citado em mais de um formulário) nos relatos foram: abstinência, alteração cognitiva, alteração da concentração, alucinação, aumento de secreção, aumento de apetite, cefaleia, confusão mental, dificuldades laborais, distúrbio perceptivo e visual, enjoo, gritos, hematomas, inapetência, insônia, irritabilidade, lentidão psíquica, leve queda das pálpebras, náusea, ‘olhar baixo’, perda da memória, risos aleatórios, sonolência e vômito.

Deve-se ter em mente que para qualquer produto existe um risco associado ao seu consumo. Daí o risco de se utilizar medicamentos de forma indiscriminada, isto é, sem a orientação de um médico, cirurgião dentista ou de um farmacêutico (esse último, especialmente no caso de medicamentos de venda livre)⁵

⁵ Trecho da resposta do e-mail da ANVISA à solicitação realizada pelo advogado Ricardo Nemer, membro do coletivo REFORMA (Reforma Brasileira pela Política de Drogas) e gentilmente disponibilizada pelo site da Plataforma Brasileira de Política de Drogas. Acesso no link: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2018/05/report-1.pdf>
Visitado em 08 de julho de 2021.