

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

RODRIGO SILVA QUINTELA SOARES

Recriação terapêutica: autonomia e cuidado na prática canábica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (EICOS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Orientador: **Prof. Dr. Helvo Slomp Junior**

Coorientador: **Prof. Dr. Ricardo Narciso Moebus**

Rio de Janeiro
2023

CIP - Catalogação na Publicação

S676r Soares, Rodrigo Silva Quintela
Recriação terapêutica: Autonomia e cuidado na
prática cannábica / Rodrigo Silva Quintela Soares.
- Rio de Janeiro, 2023.
116 f.

Orientador: Helvo Slomp Junior.
Coorientador: Ricardo Luiz Narcios Moebus.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa
de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e
Ecologia Social, 2023.

1. cannabis. 2. cannabis medicinal. 3. usos da
maconha. 4. cuidado em saúde. 5. relação médico
paciente. I. Slomp Junior, Helvo, orient. II.
Moebus, Ricardo Luiz Narcios, coorient. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Instituto de Psicologia

Programa EICOS – Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social

Ata de Defesa de Mestrado

Às 09:00h do dia **11/08/2023**, o aluno **RODRIGO SILVA QUINTELA SOARES** (registro nº 121018988), se submeteu à banca examinadora composta pelos Professores(as) Doutores(as): titulares - Helvo Slomp Junior (orientador e presidente da banca), CPF nº 496.508.749-68; Ricardo Luiz Narciso Moebus (coorientador), CPF nº 000.807.796-70; Emerson Elias Merhy, CPF nº 450.462.208-49 e Edward John Baptista das Neves Macrae, CPF nº 196.025.618-15; suplentes - Karla Santa Cruz Coelho, CPF nº 010.779.557-40 e Eloisa Helena de Lima, CPF nº 763.879.416-87. O trabalho do aluno é intitulado **“Recriação terapêutica: autonomia e cuidado na prática canábica”**. A banca deliberou que o aluno foi: (X) **aprovado**; () **aprovado condicionalmente**, devendo apresentar os ajustes exigidos pela banca (a seguir) no prazo máximo de 30 dias, com a aprovação de docente a ser indicado*; () **reprovado**, tendo que passar por novo exame de qualificação no prazo máximo de 60 dias, a contar desta data. Na forma regulamentar, foi lavrada a presente ata que é abaixo assinada pelos membros da banca e pelo aluno. **Observações:** Merece louvor o trabalho, e, além da finalização formal do texto, outras publicações a partir da mesma são recomendadas, como artigos e capítulos de livro.

Helvo Slomp Junior
(orientador)

Edward John Baptista das
Neves Macrae

Emerson Elias Merhy

Ricardo Luiz Narciso Moebus
(coorientador)

Eloisa Helena de Lima

Karla Santa Cruz Coelho

Rodrigo Silva Quintela Soares

Rodrigo Silva Quintela Soares
(aluno)

RESUMO

SOARES, Rodrigo Silva Quintela. **Recriação terapêutica: autonomia e cuidado na prática canábica.** Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A cannabis é uma das plantas medicinais mais antigas que se tem notícia, e sua cultura é amplamente disseminada pelo mundo, sendo uma das principais formas de seu consumo o chamado uso recreativo (ou adulto). A proibição do seu uso, justificado pelas suas propriedades psicoativas, é uma história que se inicia no século XX e apresenta um debate que envolve questões sociais, políticas e econômicas. Os usos terapêutico e recreativo são divisões históricas e sociais em constante mudança, construção e disputa e, por assim serem, a descriminalização do uso e a transformação da imagem da cannabis de entorpecente para medicamento é uma das formas de disputa entre o lucrativo negócio das máfias do tráfico ilegal e a grande indústria farmacêutica, uma vez que seu cultivo permanece ilegal no Brasil. Neste cenário, a construção dos processos de subjetivação é o campo principal da disputa, onde a definição do que é medicinal, e conseqüentemente, legal, se dá apenas ao produto que pode ser dosado, registrado, rotulado, avaliado, classificado, com dosagens específicas e prescrito por médico capacitado. A contraposição a este modelo parte da ação da sociedade civil, que luta pelo direito de cultivar e usar a planta amplamente. A discussão acerca dos usos medicinal ou recreativo, é uma questão central na busca da legalidade, acesso e segurança na prática terapêutica com cannabis. Este cenário começa a trazer à luz outros atores, práticas e formas de entendimento que não se enquadram na dicotomia uso recreativo ou medicinal. Um dos conjuntos de atores sociais importantes nesta disputa são as associações de usuários e pacientes que trazem novas compreensões sobre estas práticas e saberes, principalmente a partir de experiências pessoais. A percepção de que a subjetividade operante é fator primordial para a qualidade das experiências com cannabis, assim como para se obter efeitos terapêuticos, motivou uma busca por dispositivos que atuem nos processos de subjetivação. Entender e desmistificar o chamado uso recreativo pode ser uma forma de trazer mais compreensão a esta prática e desconstruir uma visão negativa em relação à cannabis. Assim sendo, este estudo se propõe a cartografar a trajetória do autor junto a usuários de cannabis, integrantes da Associação de Cannabis Medicinal de Minas Gerais (ACMG), procurando dar visibilidade aos efeitos deste uso, enquanto atravessamentos (efeitos negativos) e/ou agenciamentos (efeitos positivos) nestas trajetórias, interrogando, flexibilizando ou desconstruindo a dicotomia recreativo/terapêutico, em direção a uma perspectiva de uso recreativo. O cartógrafo/pesquisador atua como paciente, membro e médico de referência deste coletivo, e esta experiência contribui para transformar a visão do lugar do médico que se propõe a consultar pacientes interessados em tratamento com cannabis. A experiência pessoal do cartógrafo/pesquisador enquanto usuário de cannabis também é um exemplo de recriação terapêutica que atravessa este estudo. Em várias situações observadas no encontro com os usuários, neste trabalho, foi possível entender o papel da cannabis nestas vidas como dispositivo terapêutico “porta de saída” para uma série de condições de sofrimento físico, emocional ou psíquico vividas por estes pacientes. Estas histórias são exemplos de como a criação de redes assistenciais canábicas podem se constituir em um contra dispositivo, que desconstrói a ideia pejorativa e estigmatizante que foi construída em cima do uso desta planta e atuam como redes de cuidado e de autonomia.

PALAVRAS-CHAVE

Cannabis. Cannabis medicinal. Usos da maconha. Cuidado em saúde. Relação médico-paciente.

AGRADECIMENTOS,

Primeiramente, agradeço a Deus, à Rainha da Floresta, ao Mestre Irineu, ao padrinho Sebastião, a todos os meus guias da corte celestial que me guiam neste caminho de luz e de cura.

Agradeço aos pacientes e usuários de cannabis, por terem sido a razão de empreender este trabalho e por terem me ensinado muito com suas experiências de vida, com seus saberes e com suas dores e alegrias.

Agradeço a meus pais, Izabel Bonfim e Adilson Quintela, por terem me trazido a este mundo e por me proporcionarem toda educação, amor e cuidado ao longo da vida.

Agradeço às minhas filhas Irene e Joana, por terem sido minha maior inspiração para viver, trabalhar e seguir me recriando.

Agradeço à Máisa e ao Moreno, por terem sido meus companheiros de vida neste momento difícil que envolveu os percursos deste estudo, indissociável da sobrevivência e da reinvenção da vida nestes tempos de pandemias.

Agradeço a meu amigo Ricardo Moebus, por ter sido meu principal incentivador e orientador neste estudo, e por ter sido parceiro neste e em muitos outros estudos nesta vida.

Agradeço ao meu orientador, Helvo Slomp Júnior, por ter me ajudado a trilhar este caminho do mestrado com sabedoria e sensibilidade, e por me abrir as portas do Instituto EICOS e da UFRJ.

Agradeço aos docentes deste departamento, em especial ao professor Emerson Merhy, a oportunidade de aprender muito mais do que sobre ciência, saúde e micropolítica, mas sobretudo sobre sensibilidade, afeto e convivência.

Agradeço aos professores Sidarta Ribeiro, Edward Macrae, Karla Santa Cruz Coelho e Eloísa Helena de Lima, que participaram do processo de qualificação e da banca examinadora, a disponibilidade e interesse em contribuir para a composição deste trabalho.

Agradeço aos colegas da pós-graduação do EICOS a oportunidade dos encontros tão sensíveis e transformadores, sobretudo por se tratar de um momento novo, mediado por telas e pela distância. Obrigado por aprender muito com vocês sobre amizade e diversidade.

Agradeço aos parceiros da ACMG, ACMPi e ACOLHAM, pelo companheirismo neste caminho de luta e pela oportunidade de realizar este trabalho revolucionário e transformador para a vida de muitos de nós e de nossos familiares e pacientes.

Agradeço ao amigo e colega Dr. Apolo Gazel (*in memoria*), o bastão para continuar seu caminho de aproximação entre a medicina alopática e a medicina da floresta.

Agradeço ao Txai Ailton Krenak, o companheirismo, a inspiração e a força dos povos da Floresta nesta jornada de renovação da humanidade.

Agradeço à grande amiga Vera Fróes, os ensinamentos e as essências do povo-planta e de toda irmandade dos herbalistas.

Agradeço aos irmãos desta irmandade espiritual do Santo Daime, a inspiração para seguir este caminho de autoconhecimento mediado pelas plantas de poder.

Agradeço aos mestres e irmãos de todas as linhas espirituais que trazem as curas da ancestralidade através das rezas e ervas.

Agradeço a todos aqueles que foram presos, sofreram e morreram por conta da cannabis. Para que suas histórias de vida não sejam esquecidas e possam ser recriadas.

*Navegadores antigos tinham uma frase gloriosa:
"Navegar é preciso; viver não é preciso".
Quero para mim o espírito [d]esta frase,
transformada a forma para a casar como eu sou:
Viver não é necessário; o que é necessário é criar.
Não conto gozar a minha vida; nem em gozá-la penso.
Só quero torná-la grande,
ainda que para isso tenha de ser o meu corpo e a (minha
alma) a lenha desse fogo.
Só quero torná-la de toda a humanidade;
ainda que para isso tenha de a perder como minha.
Cada vez mais assim penso.
Cada vez mais ponho da essência anímica do meu sangue
o propósito impessoal de engrandecer a pátria e contribuir
para a evolução da humanidade.
É a forma que em mim tomou o misticismo da nossa Raça.
(Fernando Pessoa)*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	7
1.2 BASEADO EM MIM.....	10
1.3 BOACONHA.....	11
1.4 CAMINHO DAS ÍNDICAS.....	15
1.4.1 O caso AG	16
1.5 ABRINDO OS ÓLEOS	17
1.6 ASSOCIAÇÃO CANÁBICA DE MINAS GERAIS	18
2. METODOLOGIA E REFERENCIAL ANALÍTICO.....	23
3 ENCONTROS RESULTANTES DA PESQUISA.....	30
3.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DA ACMG	31
3.2 SATIVISTAS	31
3.2.1 O caso IV	32
3.2.2 O Caso BT	33
3.3 DOUTOR INDICA, MAS NÃO SATIVA.....	33
3.3.1 O Caso GR.....	33
3.3.2 O caso MI	34
3.4 APRENDENDO A TOLERÂNCIA.....	36
3.4.1 O caso RM.....	36
3.5 PASSANDO A GOMA	38
3.5.1 O caso DA	41
3.6 O JARDINEIRO FIEL	42
3.6.1 O caso PA	42
3.7 ACADEMIA DA MACONHA	44
3.7.1 O Caso MO.....	45
3.8 DE “TRAFICANTE” A AGENTE DE SAÚDE.....	47
3.8.1 O caso CM.....	48
3.9 GREEN CREAM.....	49
3.10 HABEAS CORPUS/HABEAS MENTES.....	51
3.11 CANABIS FRIENDLY	53
3.12 MICROPOLÍTICA CANÁBICA	54
3.12.1 O caso AR.....	55
3.12.2 O caso BC.....	56
3.13 CRIANDO REDES DE PROTEÇÃO.....	56
3.13.1 O caso BA.....	56

4 DISCUSSÃO	58
4.1 RECREAÇÃO-TERAPÊUTICA	58
4.2 PORTA DE ENTRADA/ PORTA DE SAÍDA	66
4.3 DIZ POSITIVO	68
4.4 O MAL É SER ILEGAL	72
4.5 TAPA NA PANTERA.....	76
4.6 TECENDO REDES CANÁBICAS.....	80
4.7 MÉDICO CONSULTOR X PRESCRITOR	84
4.8 CANOA CANÁBICA	89
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXO I: Gráfico do perfil dos participantes da ACMG	107

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A cannabis¹ é uma das plantas medicinais mais antigas que se tem notícia, e sua cultura é disseminada em todo mundo (ROBINSON, 1999; WORLD DRUG REPORT, 2021). O chamado uso recreativo (ou adulto) representa uma das principais formas de consumo de cannabis (BENNET; OSBURN; OSBURN, 1955; SULLIVAN; AUSTRIACO, 2016). A proibição ao seu uso, justificado pelas suas propriedades psicoativas, é uma história que se inicia no século XX e apresenta um debate que envolve interesses políticos e econômicos, discriminação social e racial, e não somente questões ligadas à saúde (FANKHAUSER, 2002; CARLINI, 2006; MACRAE, 2016; SAAD, 2018; CARNEIRO, 2019). Desde então, a imagem do uso da cannabis passou a ser estigmatizada e associada a uma prática maléfica e de uso perigoso para a saúde.

Recentemente, uma transformação desta percepção se encontra em curso. Motivada por novos interesses do capital, a imagem da cannabis vem sendo progressivamente transformada, de entorpecente viciante, para medicamento salvador (FANKHAUSER, 2002; MECHOULAN; HANUS, 2000; MORRISEY; Mc CANN; TOMARES, 2021; IANNAcone et al., 2021). Parte do comércio relacionado à cannabis, que esteve totalmente sob o controle do crime organizado nestes últimos anos, passou atualmente a ser cobiçado pela indústria farmacêutica. Nesta disputa, o que está em jogo é principalmente o interesse pelo controle econômico, uma vez que a cannabis é um produto amplamente consumido no mundo, e cujo negócio movimentava muitos bilhões de dólares (WORLD DRUG REPORT, 2021; MORRISEY; Mc CANN; TOMARES, 2021). Esta disputa conta com alto investimento em pesquisas e propagandas, no sentido de se construir uma nova imagem da cannabis, que favoreça o controle do uso e o monopólio da produção pela indústria farmacêutica (DE CARCER, 2021). Neste sentido, toda uma política de produção de processos de subjetivação² entram em operação para assegurar o

¹ Optamos aqui pela utilização da grafia “cannabis”, um aportuguesamento do termo científico *cannabis*. Esse nome, com sua conotação erudita, tem sido considerado preferível, na tentativa de evitar o termo “maconha” que traz uma conotação pejorativa. É reconhecida a necessidade de ressignificar o termo “maconha”, o que será abordado de certa forma neste estudo, porém fizemos a escolha de utilizar o termo “cannabis” por se tratar do termo preferencialmente utilizado no contexto terapêutico.

² Processos de subjetivação são os modos como o indivíduo pensa a si mesmo. A definição é de Deleuze: “o Si Próprio (Soi) não é nem um saber nem um poder. É um processo de individuação que diz respeito a

controle do negócio. Enquadrar a cannabis como uma substância perigosa, que precisa ser controlada e submetida a todas as normas de controle de produção, distribuição e uso, e autorizada apenas por médicos credenciados e submetidos às práticas dos laboratórios, é fundamental para garantir o monopólio do negócio e assegurar os lucros. Neste sentido, é fundamental implementar a ideia de que o único saber válido sobre o assunto vem exclusivamente de certas pesquisas científicas e das corporações que investem nessas pesquisas. Para isto, trabalha-se na produção subjetiva da cannabis como um novo medicamento, cujos benefícios foram revelados somente agora e por meio das novas descobertas científicas, e de que o uso adequado deste medicamento necessita de supervisão médica e se dá com produtos certificados pela indústria.

No entanto, outros processos de subjetivação com relação à cannabis estão sendo operados. Ainda que os interesses mercadológicos da indústria farmacêutica venham capitaneando ações para a transformação da subjetividade³ em direção a medicalização e medicamentação da cannabis, outras forças também estão em curso. (FANKHAUSER, 2002; IVERSEN, 2012; MACRAE, 2016; POLLAN, 2018, VERISSIMO, 2017).

A descriminalização do uso e a transformação da imagem da cannabis de entorpecente para medicamento, são fruto de uma disputa que favorece a transferência do negócio das máfias do tráfico ilegal para a indústria farmacêutica, desde que o autocultivo

grupos ou pessoas, que escapa tanto às forças estabelecidas como aos saberes constituídos”. São as relações constituídas no e pelo registro social. Diz respeito aos processos pelos quais um modo de subjetividade é produzido, sendo radicalmente oposto à ideia de indivíduo, sendo o indivíduo um dos modos de subjetivação possível de um determinado momento histórico. (DELEUZE, 1989, p187). Guattari relacionou particularmente esses processos aos modos capitalísticos de produção social. Segundo Guattari o que caracteriza os modos de produção capitalísticos é que “eles funcionam através de um modo de controle da subjetivação como uma cultura de equivalência”. Desse ponto de vista o capital funciona de modo complementar à cultura, sendo que o capital se ocupa da sujeição econômica e a cultura da sujeição subjetiva. A essência do lucro capitalista não se reduz ao campo da mais-valia econômica, mas se estende para a tomada de poder da subjetividade. “A produção da subjetividade capitalística produz exatamente indivíduos. Indivíduos normalizados, articulados uns aos outros segundo sistemas hierárquicos, sistemas de valores, sistemas de submissão muito mais dissimulados (...) A meu ver essa grande fábrica, essa grande máquina capitalística produz inclusive aquilo que acontece conosco quando sonhamos, quando devaneamos, quando fantasiemos, quando nos apaixonamos e assim por diante. Em todo caso, ela pretende garantir uma função hegemônica em todos esses campos.” (GUATTARI; ROLNIK 1996)

³ A subjetividade tem sido concebida na tradição filosófica, nas ciências humanas de modo geral e na psicologia em particular com uma substancialidade que define uma suposta natureza humana. Através do pensamento de Gilles Deleuze e Félix Guattari, o conceito é reinventado e posto numa órbita de processualidade maquínica de produção de territórios, colocando em movimento uma ética do devir que provoca desvios nos padrões individuais e identitários. Nossa subjetividade é historicamente constituída, e para cada época histórica temos um certo tipo de produção subjetiva, sempre múltipla e heterogênea. Seus conteúdos dependem cada vez mais de uma multidão de sistemas maquínicos que corresponderiam à subjetividade capitalística produzida pela mídia e pelos equipamentos coletivos, que estão hoje em dia, impondo modos de se compor a vida que visam atender às exigências globais do sistema.

permanença ilegal. A indústria farmacêutica atua pressionando os governos para regulamentar a permissão do uso medicinal, mantendo o monopólio e o controle da produção dos produtos, que passam a ser elitizados e permitidos apenas para a parcela da população que pode pagar pelo acesso a produtos “diferenciados”. Neste cenário, a política de subjetivação é o campo principal das disputas, onde a definição do que é medicinal e, conseqüentemente, legal, passa apenas por produto com eficácia-segurança-qualidade legitimados técnica e legalmente, e que possa ser dosado, registrado, rotulado, avaliado e classificado com dosagens específicas, e prescrito por médico capacitado. Ou seja, a sociedade brasileira carece hoje de outras possibilidades de eficácia-segurança-qualidade para a cannabis e derivados, a exemplo de políticas públicas relativas às plantas medicinais como um todo (BRASIL, 2015).

Em contraposição a este modelo, parte da sociedade civil luta pelo direito de cultivar e usar a planta amplamente (MACRAE, 2016; OLIVEIRA; VIEIRA; AKERMAN, 2020; VERISSIMO, 2017). A possibilidade de legalização do uso de cannabis reacende os debates sobre o autocultivo e a produção artesanal de produtos à base de cannabis, criando autonomia por parte dos pacientes e usuários. A discussão sobre uso medicinal ou uso recreativo, portanto, tomamos aqui como central na busca da legalidade, acesso e segurança na prática terapêutica com cannabis.

Usos terapêuticos e recreativos de cannabis são uma divisão histórica e social em constante mudança, construção e disputa (CARLINI, 2006; MACRAE, 2016; SULLIVAN; AUSTRIACO, 2016; FANKHAUSER, 2002; IANNACONE et al., 2021). Como aconteceu em outras situações, onde as tentativas de emancipação das formas de subjetividade dominantes foram capturadas e incorporadas pelas novas roupagens do capitalismo, também neste momento as práticas de uso de cannabis sofrem esta mesma tentativa de controle por interesses mercadológicos (FANKHAUSER, 2002; MORRISEY; Mc CANN; TOMARES, 2021). Antes associada aos escravos fugitivos, às populações marginalizadas, à contracultura e aos movimentos libertários, agora a nova ordem tenta enquadrar a cannabis numa cultura medicamentalizada, “gourmetizada” e elitizada, onde apenas poucos terão acesso a este produto restrito.

Devido ao caráter ilegal do uso de cannabis no Brasil, de todo o estigma e preconceito que esta prática carrega, muitos usuários se mantêm ocultos e não compartilham publicamente seus conhecimentos e observações. Um dos atores sociais importantes nesta disputa são as associações de usuários e pacientes que trazem novas

compreensões sobre esta prática, a partir de experiências pessoais e espaços de trocas de saberes. Este modelo, baseado em tecnologia social de cultivo, produção artesanal, uso recreativo-terapêutico e relações solidárias, vem ganhando cada vez mais consistência e importância como movimento transformador de vidas e de práticas de cuidado e transformação social (MACRAE, 2016; OLIVEIRA; VIEIRA; AKERMAN, 2020; IANNACONE et al., 2021; VERISSIMO, 2017). Enfocar o autocultivo da cannabis na perspectiva da tecnologia social, traz contribuições importantes para o debate do seu uso medicinal. Essa prática do autocultivo é a demanda principal das associações canábicas, onde a questão do que é medicinal passa a ser a estratégia principal da conquista da legalidade (MACRAE, 2016; OLIVEIRA; VIEIRA; AKERMAN, 2020; IANNACONE et al., 2021; SULLIVAN; AUSTRIACO, 2016; VERISSIMO, 2017).

1.2 BASEADO EM MIM

O desejo de empreender este estudo para compreender as diferentes nuances do uso de cannabis como agente de transformação na vida de pacientes e usuários, aconteceu a partir da minha inserção na prática clínica como médico consultor em cannabis, em 2016.

Alguns fatores pessoais foram importantes como motivadores para empreender este estudo. Eu sou médico urologista formado em 1993 e minha atividade principal sempre foi cirúrgica, mas sempre tive uma convivência marcante com usuários de cannabis e outros psicoativos devido à minha ligação com coletivos de artistas, com povos originários, e com integrantes de práticas espiritualistas. Estas relações sempre levaram à minha clínica muitos pacientes que faziam uso de cannabis. A proximidade com estes pacientes, e a percepção do efeito terapêutico que este hábito traz na vida de muitos deles, além de minha própria experiência como usuário recreativo/medicinal de cannabis desde minha adolescência, fato que considero determinante para muitos direcionamentos pessoais autênticos e agente transformador na minha vida, também compõem os fatores motivadores.

Assumo que neste estudo não há neutralidade, e que eu mesmo represento o campo principal de investigação enquanto médico, paciente e usuário de cannabis. As interações e relações criadas a partir do meu abrir-me para este universo da cultura canábica é que me permitem um lugar de pesquisador, do tipo que produz e se produz na construção do conhecimento.

A recriação que se opera a partir do uso de canabis como ferramenta terapêutica também é uma autorecriação, que permite a minha transformação enquanto médico e paciente em direção a uma vida menos capturada pelas subjetividades capitalísticas e mais criativa e autêntica, a fim de construir novas possibilidades de existência e de cuidado em saúde.

1.3 BOACONHA

A cada ano, maiores são as evidências científicas (o que o saber tradicional já conhece) acerca do valor e da importância da canabis como solução e ferramenta de produção de cuidado para uma infinidade de problemas (SCHLEIDER; ABUHASIRA; NOVACK, 2018; WHITING et al., 2015; KAHAN et al., 2014; HILL, 2015; SHOVER, et al., 2022). Situações críticas como epilepsias refratárias, doenças neurológicas, dores crônicas, efeitos colaterais de quimioterápicos, esclerose múltipla, e quadros de ansiedade e distúrbios do sono, bastante prevalentes hoje em dia, são algumas situações em que o uso de canabis se mostra como uma opção terapêutica eficiente, e com poucos efeitos colaterais. No entanto, são as propriedades de alteração de consciência os principais entraves para a aceitação da canabis como ferramenta terapêutica.

O efeito psicoativo, principalmente mediado pela substância Delta-9-THC (THC) é o que representa este entrave. Para muitos, a ideia da “canabis medicinal” é um embuste para favorecer o seu uso recreativo visando o efeito psicoativo. Em reação a esta questão, o conceito valorizado de uso medicinal de canabis tende a ignorar, ou mesmo desprezar, o efeito psicoativo como efeito terapêutico, e a valorizar apenas outros efeitos terapêuticos, como se os efeitos psicoativos fossem apenas um efeito colateral indesejável e não relacionado à função terapêutica. Esta relutância em assumir o efeito psicoativo como efeito terapêutico é compreensível, uma vez que a canabis é classificada pelas autoridades legais como uma substância perigosa, cujo uso apresenta elevado risco de dependência e de abuso devido a estes efeitos psicoativos.

Por muitas décadas, os governos e a ciência investiram grandes esforços na tentativa de demonstrar estes riscos, mas apesar disto, poucas evidências surgiram de que o uso de canabis está associado a importantes impactos negativos na saúde física ou psíquica (ZIMMER; MORGAN, 1997; LO; HEDGES; GIRARDI, 2022; PETRILLI et al., 2022). O uso regular de canabis com alto teor de THC está associado a um impacto

maior na saúde mental e em risco mais elevado de quadros psiquiátricos e de ansiedade (PETRILLI et al., 2022). No entanto, este hábito não representa a realidade da maioria dos usuários no chamado contexto medicinal. Os principais danos relacionados ao uso de cannabis estão associados à proibição e à criminalização do seu uso (VIEIRA, 1985; HENMAN, 2016).

Decerto, isso não significa que o uso de cannabis não apresente riscos. Como qualquer droga, o uso da cannabis pode apresentar danos relacionados à sua forma de uso, às características do paciente e da doença a ser tratada. No entanto, para a maioria dos pacientes em tratamento de problemas físicos ou psicológicos, a cannabis parece ser uma das drogas de uso mais seguro conhecido, ao contrário de muitas drogas aprovadas para uso terapêutico (MAC CALLUM; LO; BOIVIN, 2021; FISCHER et al., 2017). Ainda, de acordo com Gable (2004) e Hartung et al. (2014), a dose letal (DL 50), em torno de 30 mg/kg ou 15 gramas de THC, é extremamente improvável de ser atingida de forma oral ou inalada.

A cannabis é uma planta medicinal de versatilidade incomparável, mas seus mecanismos de ação foram um mistério até as descobertas dos fitocanabinóides e dos receptores canabinóides no organismo humano. Mais de 100 fitocanabinóides já foram identificados na cannabis, sendo o THC o mais estudado deles, sobretudo porque é a principal substância relacionada à atividade psicoativa (LEWIS; RUSSO; SMITH, 2018). O THC é o fitocanabinóide mais comum nas estirpes de cannabis de uso adulto e seu uso pode modular uma série de neurotransmissores, com efeitos psíquicos variando de euforia e relaxamento à surtos psicóticos. Além do efeito psicoativo, outros efeitos identificados produzidos pelo THC são: efeito analgésico, relaxante muscular, antiespasmódico, broncodilatador, antioxidante neuro-protetor e anti-inflamatório (RUSSO, 2011; LEWIS; RUSSO; SMITH, 2018).

O canabidiol (CBD) é outro canabinóide muito prevalente nas estirpes de cannabis mais utilizadas, e não possui efeito psicoativo (MECHOULAN et al., 2007). Muitas vezes, atua como antagonista dos efeitos do THC, agindo como modulador de efeitos adversos associados ao THC, como ansiedade, taquicardia, fome e sedação. É um analgésico, anti-inflamatório, anticonvulsivante e antiemético potente (WHITE, 2019). Atualmente, a ciência baseia-se na relação entre estes dois principais canabinóides, THC e CBD, para caracterizar as diferentes estirpes da cannabis e, conseqüentemente, os diferentes produtos obtidos delas, segundo suas propriedades medicinais. Plantas que

possuem uma relação THC/CBD elevada, geralmente apresentam mais efeitos psicoativos e maiores possibilidades de toxicidade (ZEYL; SAWYER; WIGHTMAN, 2020).

O receio de desenvolver quadros de transtornos mentais ou dependência, é o que justifica os entraves para a aceitação integral da cannabis como agente terapêutico (BANNINGAN; EVANS; ALLEN, 2022). A relação causal entre uso de cannabis e transtornos mentais é difícil de ser comprovada, devido aos diversos vieses envolvidos para a identificação de uma relação causal, propriamente dita, entre fatores predisponentes e precipitantes de transtornos mentais (KSIR; HART, 2016). A complexa ligação entre o consumo de cannabis e o desenvolvimento de psicose ainda não foi totalmente elucidada, mas existe uma prevalência mais elevada do uso de cannabis entre pacientes esquizofrênicos. Estudos epidemiológicos fornecem evidências de que o uso de cannabis pode aumentar o risco de esquizofrenia (ORTIZ-MEDINA et al., 2018). Ainda que a cannabis não seja o fator causal para desenvolvimento de transtornos mentais, existe alguma vulnerabilidade compartilhada (KSIR; HART, 2016; ORTIZ-MEDINA et al., 2018). Porém, é importante assinalar que a grande maioria dos usuários, em geral, não experimenta nenhum tipo de transtorno mental (BANNINGHAM et al., 2022; HASIN et al., 2015; MORAIS, 2022).

A cannabis também pode ser causadora de dependência, no entanto, grande parte dos trabalhos reconhecem que os sintomas mais comuns da sua abstinência são emocionais e comportamentais, diferente de outras drogas como álcool, opiáceos e benzodiazepínicos, que causam problemas médicos ou psiquiátricos (BUDNEY et al., 2004; BUDNEY; HUGHES, 2006; BONNET; PREUSS, 2017). A questão da dependência, que implica na criação de mecanismos legais limitantes para o uso de cannabis, é baseada na compreensão de que dependentes são vítimas inocentes, e que o foco do problema se encontra na toxicidade da planta (IVERSEN, 2012), desconsiderando toda a complexidade deste fenômeno.

A cannabis é a terceira droga recreativa mais comumente usada em todo mundo, depois do álcool e do tabaco (PEACOCK et al., 2018). Estima-se a prevalência de seu uso em torno de 12 % nos EUA, 20% na França e 12% no Reino Unido (PEACOCK et al., 2018). Dados epidemiológicos afirmam que 1 % dos adultos jovens e adolescentes a consomem diariamente em todo mundo (HART et al., 2010). Apesar da popularidade do uso de cannabis, poucos estudos são conhecidos acerca das pessoas que fazem uso

regular desta substância fora de contextos clínicos. Há constatação de que uso de drogas psicoativas não está necessariamente associado a problemas orgânicos, mentais ou sociais (GREELY, 2008; AIKINS, 2015), e de que usuários frequentes de cannabis podem apresentar uma qualidade de vida potente e vitalizante (HART et al., 2010; MACRAE, 2021), o que indica a necessidade de se conhecer melhor as características e as práticas das pessoas que fazem uso de cannabis e não apresentam problemas decorrentes deste uso. Em um estudo epidemiológico recentemente conduzido no Brasil por Morais (2019), demonstra que, dentre usuários de cannabis que têm acesso à internet, a proporção de usuários habituais ou ocasionais com boa qualidade de vida nas dimensões física, psicológica, social e geral são significativamente superiores às observadas entre não-usuários e em relação à usuários disfuncionais (aqueles que usam com frequência e percebem problemas relacionados ao uso).

A construção de processos de subjetivação em torno do uso medicinal de cannabis, principalmente no contexto brasileiro, cria a percepção de que o efeito psicoativo mediado pelo THC é tão somente um efeito colateral a ser evitado, ou um efeito necessariamente não terapêutico. Esta ideia somente prevalece para aqueles que não lidam diretamente com o tratamento de pacientes, sobretudo os que apresentam quadros de dor ou doenças de difícil controle. Modular o humor dos pacientes em situações de sofrimento físico ou psíquico, muitas vezes tem se mostrado como aspecto importante do tratamento. O que se considera efeito terapêutico ou efeito colateral (reação adversa) é uma questão construída socialmente e sujeita a mudanças⁴. O que fundamenta a ideia de que o efeito psicoativo da cannabis é uma reação adversa, é a sugestão de que o estado de euforia ou disforia é, necessariamente, negativo, não tendo nenhum potencial terapêutico. Porém, a relação entre o efeito psicoativo da cannabis e os efeitos tradicionalmente considerados terapêuticos, é uma questão complexa. Os pacientes, muitas vezes, relatam que, longe de ser um efeito indesejado, o estado alterado de consciência produzido pela cannabis está intimamente implicado no valor medicinal da droga (CHAPKINS; WEBB, 2008; SPINELLA et al., 2023). Além disto, o bem-estar físico e psíquico causado pelo uso de cannabis é provavelmente o que a faz ser uma das substâncias ilícitas mais consumidas e apreciadas no mundo.

⁴ Efeito colateral ou reação adversa é qualquer efeito não-intencional de um produto farmacêutico, que ocorre em doses normalmente utilizadas por um paciente, relacionadas às propriedades farmacológicas do medicamento.

Estabelecer uma diferença entre usar cannabis para tratar de um problema de saúde ou para desfrutar de um estado alterado de consciência, parece ser uma questão prioritária para usuários e pacientes, quando a disputa pelo uso legal passa pelo reconhecimento desta como planta medicinal. Neste sentido, a construção do termo “cannabis medicinal” parece favorecer uma mudança de perspectiva em relação ao estigma da “maconha-droga” e do “maconheiro-viciado”.

A percepção do valor da cannabis como agente terapêutico na vida de usuários e pacientes, passa pelo entendimento de suas variadas formas de atuação na transformação da qualidade de vida dos pacientes. Em muitas situações, os estigmas associados à cannabis dificultam a percepção dos possíveis benefícios de seu uso. Em outras situações, ainda que exista uma indicação estabelecida e comprovadamente efetiva para o problema em questão, os efeitos da cannabis podem ser percebidos como indesejáveis ou não apropriados aos pacientes. A compreensão dos reais benefícios e limitações no uso de cannabis passa por uma avaliação não tendenciosa dos dados, considerando tanto o histórico de preconceitos criados em torno desta planta quanto as estratégias para transformação destes preconceitos.

1.4 CAMINHO DAS ÍNDICAS

A oportunidade de acompanhar pacientes usuários de cannabis e de reconhecer o benefício desta planta no alívio e tratamento de vários problemas de saúde física e mental, ao longo da minha prática clínica, foi impulsionada no ano de 2016, a partir da minha aproximação com uma rede de produtores e fabricantes de extratos de cannabis no Uruguai. À época, a obtenção de medicamentos à base de cannabis no Brasil ainda era uma questão restrita e de difícil acesso. Devido às minhas constantes viagens ao Uruguai por intermédio de um programa de ensino em cirurgia urológica, tive a oportunidade de conhecer uma rede de cultivadores e produtores de cannabis.

Esta rede de produtores apaixonados e especializados em cultivo e produção de produtos à base de cannabis, eram integrantes de um programa de capacitação de outros agentes para a implementação da produção estatal de cannabis. Esta oportunidade de encontros fez ampliar minha atuação e participação no tratamento de vários pacientes com quadros diversos de doenças que estavam se beneficiando do uso de extratos de cannabis. Cabe ressaltar que a legislação favorável no Uruguai e a permissão de cultivo

doméstico, impulsionou a utilização do uso medicinal de cannabis no país, fazendo com que se tornasse referência no assunto, sobretudo na América do Sul (GARAT, 2015).

De volta ao Brasil, o acompanhamento das práticas e formas de uso da cannabis em pacientes, assim como seus desafios para a obtenção de medicamentos e produtos à base de cannabis no Estado de Minas Gerais, fez aumentar meu interesse na luta da sociedade civil pela descriminalização da cannabis no país, e motivou meu engajamento na criação da Associação Canábica de Minas Gerais (ACMG).

A partir do meu envolvimento com os pacientes e suas histórias de uso de cannabis, a necessidade de criação de ferramentas para ampliação do cuidado e da autonomia terapêutica se mostrou urgente. A criação de uma rede associativa que permitisse melhorar a troca de informações e viabilizar a obtenção de medicamentos e de serviços, foi o primeiro passo neste sentido.

Uma das mais preciosas oportunidades de tratar e acompanhar o caso de paciente, foi através do amigo médico cirurgião AG, portador de câncer que fazia uso regular de cannabis como auxílio no seu tratamento. Ele foi um importante incentivador na criação da ACMG e na produção deste estudo e a oportunidade de tratá-lo e acompanhar o caso deste paciente e amigo foi um fator significativo para a minha percepção de que a cannabis tem um papel importante no tratamento de doenças graves, não somente no que se refere ao alívio dos sintomas físicos, mas sobretudo como auxílio no controle da ansiedade e transtornos emocionais associados a esta doença.

1.4.1 O caso AG

Também a oportunidade de tratar e acompanhar o caso do meu próprio pai, portador de demência relacionada à doença de Alzheimer, e comprovar a sua melhora cognitiva e emocional com o uso de extrato de CBD, foi um fator que aumentou meu interesse em estudar sobre cannabis e suas formas de atuação na saúde mental de pacientes.

Meu pai, com 80 anos de idade, iniciou um quadro de perda de memória recente e alterações cognitivas, sendo diagnosticado como portador de Doença de Alzheimer. Neste momento eu já havia iniciado o acompanhamento de pacientes que faziam uso de extratos oleosos de cannabis em quadros de dores e em tratamentos quimioterápicos, e sabia da validade da cannabis em quadros neurológicos. Passei então a indicar e acompanhar AS no uso de extrato de CBD. A sua melhora em relação ao humor e à

qualidade do sono foram muito evidentes. Quanto aos sintomas cognitivos, não houve muita modificação, mas a melhora da qualidade do sono permitiu um aumento da disposição para suas tarefas diárias, e a melhora do humor melhorou também as suas relações sociais dentro de casa. O saldo foi altamente positivo neste caso, e ele segue com a medicação há 6 anos, apesar do quadro de demência seguir em progressão. Este caso em particular, em que tive a oportunidade de acompanhar o dia a dia do paciente em uso de canabis, foi significativo para minha maior compreensão a respeito de outros fatores que implicam na qualidade de vida e promovem o chamado efeito terapêutico no uso de canabis.

1.5 ABRINDO OS ÓLEOS

A necessidade de ampliar o acesso e a segurança de produtos à base de canabis, e de reduzir os riscos de trabalhar no Brasil com um medicamento ainda em processo de reconhecimento legal, sujeito a preconceitos e outros julgamentos de caráter não-científico, também foram determinantes para o meu envolvimento na criação da ACMG.

Neste processo, tive a oportunidade de acompanhar pacientes fazendo uso de canabis de variadas formas, desde o uso inalado a partir de cigarros ou vaporizadores com inflorescência de canabis, até o uso de extratos artesanais oleosos e alcoólicos e medicamentos importados e reconhecidos legalmente no Brasil. Entre estes últimos, um produto que me chamou a atenção, pela qualidade dos resultados obtidos, foi um extrato oleoso produzido no Piauí e distribuído através de uma associação piauiense chamada ACMPi (Associação de Cannabis Medicinal do Piauí). A diferença deste para outros extratos artesanais se dá pelo método de extração, direto no solvente oleoso, utilizando não apenas inflorescências, mas também folhas de plantas jovens. Segundo as especificações dos produtores, trata-se de um extrato integral com concentração próxima a 100 mg/ml de canabinóides, produzidos a partir da decocção da planta seca no óleo de coco virgem ou óleo TCM⁵, utilizando 100 gramas de material vegetal em 1 litro de óleo.

⁵ Triglicerídeos de Cadeia Média (TCM) é uma classe especial de gorduras que são digeridas e manuseadas pelo corpo de uma maneira diferente do que a maioria das gorduras. O TCM óleo é composto principalmente de C8:0 (ácido caprílico) e C10:0 (cáprico). As fontes são coco e óleo de palma. Dentre as vantagens dos TCM em relação aos triglicérides de cadeia longa (TCL), que são a maioria das gorduras, podemos dizer que os TCM são mais estáveis contra oxidação, de digestão mais fácil e rápida sem necessidade de sais biliares ou enzimas pancreáticas, e diretamente absorvidos no intestino delgado, promovendo energia de forma mais rápida.

A partir da decocção realizada em panelas elétricas com temperatura não superior a 90 graus Celsius durante 3 horas, obtém-se um extrato integral (*full spectrum*) com concentração de THC superior a 0,2% (máxima concentração de THC legalmente permitida no Brasil), que pode chegar até 3,0 % de concentração total de canabinóides, dependendo da proporção folhas /flores e do tempo de decocção. Devido às características da planta utilizada, do cultivo, do ambiente e do método de extração utilizado, este produto pode oferecer ação terapêutica eficiente e equilibrada com poucos efeitos colaterais e poucos sintomas psicoativos. Através de um amigo em comum, entramos em contato com a pessoa responsável pela produção deste extrato, chamado aqui de PA.

Foi através de LS, amigo e filho de um paciente que fazia uso de cannabis, que eu conheci PA e seu trabalho. Passamos a usar seus extratos em alguns de meus pacientes e comprovei sua eficácia. Muitos pacientes que estavam usando extratos de outras associações ou medicamentos importados, relataram uma melhora mais significativa dos sintomas quando passaram a usar o óleo de PA. Como diferencial, relatavam o excelente efeito terapêutico com uma dose baixa do medicamento, e a ausência de efeitos psicoativos. Principalmente nos casos de uso para controle de dor, este extrato apresentava efeito mais importante que os extratos artesanais ricos em THC obtidos a partir da extração alcoólica, e de que os extratos importados com baixa concentração de THC. Como pacientes com quadros de dores crônicas em terapia canábica habitualmente apresentam melhora mais significativa com uso de extratos ricos em THC, o efeito psicoativo relacionado ao THC é o efeito colateral mais importante e de manejo mais difícil, sobretudo nos casos em que este efeito é indesejável. Passei, portanto, a recomendar prioritariamente os extratos da ACMPi para meus pacientes.

1.6 ASSOCIAÇÃO CANÁBICA DE MINAS GERAIS

Em 2019, LS me propôs criarmos uma associação nos moldes da ACMPi. Convidamos PA para vir a Belo Horizonte (BH) nos ensinar sua experiência com cultivo de cannabis, produção de óleos e a criação de uma associação canábica. O encontro com PA e o aprendizado obtido a partir de sua técnica e cuidado na produção de extratos de

canabis, foram essenciais para a criação da ACMG, e PA, com todo seu conhecimento e qualidade de seus extratos, foi incorporado à ACMG como membro diretor e consultor.

Percebemos que a qualidade das plantas e a técnica de extração praticada pela ACMPI, diretamente no óleo, fazia diferença em relação aos extratos artesanais produzidos utilizando álcool de cereais como líquido extrator de ativos. PA descreve que a utilização de folhas de plantas jovens como material para a produção do medicamento, aumenta a obtenção de CBD e outros canabinóides, além do THC. Ao se variar a quantidade de flor madura e folhas verdes, para regular a proporção THC/CBD do extrato, aumenta-se a possibilidade de produzir extratos de diferentes proporções para se adequar melhor às necessidades de cada paciente. Ele mesmo distribui e acompanha diretamente os pacientes para quem produz o extrato, fazendo orientações quanto à posologia, efeitos colaterais e tolerância. A variação na estirpe e na genética das plantas utilizadas também permite reduzir o efeito de tolerância observado em pacientes que fazem uso do mesmo produto durante muito tempo. Habitualmente, ele oferece aos pacientes extratos de mesma concentração, porém obtidos de plantas com genéticas diferentes, e recomenda variar a qualidade do extrato a cada 3 meses de tratamento, permitindo reduzir este fenômeno da tolerância.

A criação da ACMG deu início a uma transformação na minha atividade clínica. Inicialmente, muitos dos pacientes que faziam uso de extratos de cannabis e tinham conhecimento a respeito da atividade da associação, passaram a me procurar a fim de conseguir uma prescrição ou um relatório que aumentasse a segurança desta prática, uma vez que, na maioria das vezes, a aquisição do medicamento vinha ocorrendo por meios ilegais. O interesse pela realização do registro na ANVISA⁶ para importação de medicamentos à base de cannabis, também era um motivo de demanda crescente pelos pacientes.

Passei a receber pacientes direcionados pela associação, ou pelos produtores ligados à associação, com necessidade de orientações sobre o uso e a interação com outros medicamentos. A escassez de médicos especialistas com conhecimento no tratamento

⁶ ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A ANVISA regulamenta a importação de medicamentos a base de cannabis no Brasil, a partir de um documento emitido por este órgão para que pessoas físicas possam importar, para o tratamento de sua saúde, produtos derivados de cannabis. Os critérios estão na RDC nº 660/2020. A autorização vale por dois anos e, durante esse período, os pacientes ou seus representantes legais podem importar o produto autorizado.

com cannabis em Minas Gerais acabou direcionando a mim pacientes com vários tipos de problemas diferentes, muitas vezes não relacionados à minha especialidade.

Geralmente, a intenção principal do paciente era apenas conseguir o medicamento de uma forma mais segura, dos pontos de vista legal e técnico. Muitos pacientes já faziam uso de cannabis de forma recreativa ou mesmo medicinal, e já haviam comprovado o valor deste uso em suas vidas, necessitando apenas de uma validação desta prática por um médico ou profissional de saúde. Em outros casos, pacientes chegavam através de recomendações de parentes e amigos nos quais o uso da cannabis havia tido bom resultado, buscando informações mais aprofundadas e prescrições.

A questão de lidar com atendimento de pacientes vítimas de problemas diversos, muitas vezes não relacionados à minha área específica de formação, é uma questão que coloca desafios e riscos perante os conselhos regulamentadores da prática médica no Brasil. Também os desafios de tratar de questões que ultrapassam a minha esfera de conhecimento médico especializado, são situações que me impulsionaram para a necessidade de intensificar meus estudos nestas áreas, desenvolver uma nova postura enquanto profissional de saúde/cuidador, e a abordar novos aspectos na relação médico-paciente.

Inicialmente, eu buscava deixar claro que minha consulta visava esclarecimentos sobre o uso do medicamento e as possibilidades de consegui-lo. Eu não me propunha a discutir as particularidades da patologia em questão, nem tampouco me propunha a modificar o tratamento proposto pelo médico de família ou pelo especialista que acompanhava o paciente. A consulta tinha como finalidade esclarecer sobre os efeitos dos extratos de cannabis, efeitos colaterais, interações medicamentosas, possibilidades de se obter o medicamento no Brasil, manejo do uso, e, eventualmente, informações de como produzir documentação para se conseguir autorização jurídica para o autocultivo. No final da consulta, sempre disponibilizava meus telefones de acesso e pedia um retorno dentro de alguns dias, nem que fosse por telefone, para acompanhamento do uso do medicamento pelo paciente.

Esta experiência com pacientes interessados em uso de cannabis me trouxe novas compreensões sobre as práticas de autocuidado, as formas e o conceito de seu uso terapêutico.

A criação da ACMG também me permitiu atuar de forma mais integrada com a terapia canábica, constituindo uma rede de aproximação dos pacientes com os produtores,

médicos, outros profissionais de saúde, advogados, e com outros pacientes, o que fortaleceu a troca de conhecimentos, o acesso a medicamentos e a segurança jurídica deste movimento. A aproximação com a rede de advogados REFORMA⁷, especializados em processos legais relacionados à canabis, trouxe segurança e meios de lidar com as questões jurídicas que envolvem esta atividade, atualmente.

Em maio de 2019, aconteceu o primeiro curso de cultivo e produção de extratos de canabis promovido pela ACMG, contando com PA como principal professor e orientador. Neste momento, foi constituída juridicamente a entidade ACMG, que tem na divulgação da terapia canábica sua principal missão. Trata-se de uma entidade sem fins lucrativos, composta em sua diretoria por um médico, um empresário do ramo de óleos essenciais, três cultivadores e um pai de uma criança que faz uso regular do medicamento de canabis, e foi o primeiro caso de obtenção de Salvo Conduto (*Habeas Corpus*)⁸ para cultivo domiciliar de canabis em Minas Gerais.

Desde maio de 2019, a associação promoveu 3 cursos de cultivo e produção de medicamentos à base de canabis, e mantém uma rede social com debates e troca de saberes sobre cultivo, uso e assuntos relacionados à canabis. Atualmente, conta com aproximadamente 200 participantes atuantes na rede social. Apesar de ter um endereço físico registrado, não possui sede ou espaço próprio. Os encontros coletivos acontecem principalmente durante os cursos promovidos. Os pacientes e novos integrantes chegam a partir de contatos pessoais com os integrantes, e são direcionados para atendimento com os médicos da rede, ou para os produtores de extratos a partir dos grupos de WhatsApp®.

Estes cursos foram organizados em parceria com vários atores de atividades diversas, principalmente os pacientes e usuários de Minas Gerais, professores e alunos da Universidade Federal de Viçosa (UFV); integrantes dos movimentos agroecológicos de

⁷ Rede Reforma é um coletivo de juristas dispostas(os) a construir uma nova realidade a partir da política de drogas. A rede possui 26 advogadas(os) e 1 acadêmico de Direito, que estão presentes em 9 estados brasileiros (BA, PI, CE, PE, MG, RJ, SP, PR, SC), e têm como foco a defesa de uma política antiproibicionista, comprometida com a reforma da política de drogas através da incidência social jurídica *pro bono*.

⁸ O Salvo Conduto ou *Habeas Corpus* para cultivo de canabis, é um instrumento jurídico que garante o direito de o paciente produzir apenas para o consumo próprio e uso medicinal. Para quem deseja ter o direito legal de plantar canabis no Brasil é preciso a obtenção desta autorização judicial. Recentemente no Brasil, uma decisão do STJ (salvo-conduto para cultivo artesanal de cannabis com finalidade medicinal) de autorizar o auto cultivo, desde que reconhecida a necessidade médica dos pacientes, parece ser um passo importante na ampliação destes instrumentos de proteção social.

Viçosa-MG e BH; integrantes do movimento da Marcha da Maconha de MG; integrantes das igrejas do Santo Daimé de BH, Viçosa-MG e São Tomé das Letras-MG; e contaram com a participação de pesquisadores, profissionais de saúde, advogados, agricultores, cultivadores, ativistas, líderes religiosos e pacientes/usuários em geral. Estes cursos, que promovem a troca de saberes científicos e tradicionais sobre a cannabis, constituíram oportunidades para que eu pudesse me aprofundar neste universo da cultura canábica e conhecer melhor as histórias de vida de alguns usuários/pacientes e sua relação com a cannabis, suas formas de cultivo, de produção e de uso. Algumas destas histórias serão relatadas aqui.

Essa é a razão de ser da ACMG, que replica outras experiências neste cenário de busca de autonomia e acesso a produtos à base de cannabis no Brasil.

A força coletiva deste movimento, que a ACMG integra, se configura a partir de experiências de usuários, pacientes e familiares, seu amor pela cannabis e à sua causa. Sujeitos militantes implicados. Envolvimento de vida.

Uma das características marcantes destes militantes é o reconhecimento do benefício que o uso de cannabis proporciona em suas vidas e na vida de seus familiares. A constituição de uma rede solidária de cuidados e assistência, assim como o compartilhamento de produtos para quem não pode pagar por eles, é uma prática comum e comum a todos os participantes.

Entre as atividades promovidas pela ACMG, podemos descrever:

- Atuação no atendimento direto a pacientes que buscam na cannabis uma alternativa terapêutica para vários tipos de problemas.

- Orientação a terapeutas e médicos que querem se iniciar no manejo da cannabis e nas práticas de cuidado e prescrição.

- Interação com uma rede de advogados especializados na causa (Rede REFORMA) no sentido de favorecer ações judiciais de autorização para plantio e produção de extratos caseiros para pacientes/usuários.

- Organização de cursos de plantio, trocas de saberes e produção de extratos de cannabis.

- Interação com outras entidades na troca de saberes acadêmicos e tradicionais, para pesquisa e implementação da cannabis nas práticas de Farmácia Viva⁹ e Agricultura familiar em Minas Gerais.

-Ativação de outras associações canábicas em Minas Gerais.

-Auxílio jurídico e médico nos processos de defesa de cultivadores de cannabis.

-Auxílio jurídico para obtenção de autorizações legais para plantio e produção do próprio extrato por parte de cultivadores e pacientes.

A possibilidade de se conseguir uma autorização judicial individual ou coletiva para cultivar e usar cannabis e seus derivados, de forma segura e legal, é um dos principais objetivos comuns dos integrantes da associação. A experiência própria com o uso, amplia a capacidade de poder orientar outros pacientes/usuários no manejo terapêutico. A difusão de técnicas de plantio e o preparo dos medicamentos, são outros diferenciais da ACMG.

As ações partem da tentativa de buscar o reconhecimento da cannabis como uma planta de cultivo legal e pertencente à chamada Farmácia Viva, prevista na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Sistema Único de Saúde (SUS), que possa ser auto cultivada e utilizada de diversas formas na produção de vida e de cuidado (BRASIL, 2015). No entanto, parte das ações deste movimento ainda se enquadram em práticas consideradas ilegais do ponto de vista jurídico, constituindo desobediência civil.

A constituição deste coletivo implicado e atuante, aconteceu concomitantemente a este estudo, cuja proposta é a de avaliar as estratégias e ações que produzem autonomia e cuidado na prática canábica.

2. METODOLOGIA E REFERENCIAL ANALÍTICO

⁹As Farmácias Vivas são um projeto idealizado nos anos 1980 inicialmente na Universidade Federal do Ceará, e que foi regulamentado pela Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010. O programa foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2013 dentro do SUS como um modelo de farmácia no contexto da Assistência Farmacêutica Nacional e compreende todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento, a manipulação, a dispensação das preparações e oficinas de plantas medicinais e fitoterápicos. Atualmente, reacendeu-se o debate da introdução do cultivo e uso da *Cannabis sp* dentro das Farmácias Vivas, para que seja uma estratégia de aumento do acesso ao tratamento com canabinoides. (ESCOLA DE SAUDE PÚBLICA DO CEARA, 2022)

Esta pesquisa se propõe a avaliar qualitativamente os efeitos do pesquisador junto a este coletivo (ACMG) e deste coletivo junto ao pesquisador. O pesquisador principal também participa da associação, atuando como médico e paciente, além de cofundador, acompanhando, experimentando e construindo junto com outros agentes/pacientes ações para fortalecimento da autonomia e ampliação do cuidado terapêutico com canabis.

Portanto, este estudo necessariamente abre mão de uma simples observação imparcial. Atualizar essas memórias é ativar o saber militante do sujeito implicado, onde o pesquisador atua acompanhando o percurso do movimento, totalmente implicado no processo de produção deste, criando e fortalecendo uma rede de caráter rizomático, como propõe Merhy:

O sujeito que ambiciona ser epistêmico está explicitamente subsumido na sua implicação, na sua forma desejante de apostar no agir no mundo de modo militante, não se reduzindo ao sujeito subsumido ao poder e à lógica ideológica, como o sujeito epistêmico imaginado pelos procedimentos científicos contemporâneos. (...) O desafio, então, fica pela possibilidade de operar a produção de saberes que são verdades militantes, que fazem sentido para certos coletivos e não para outros (para agrupamentos que também estão instituídos, mas não no território oficial do científico), mas que permitem aos sujeitos implicados agir sobre o mundo e determiná-lo, na direção de rumos nem sempre previstos, não necessariamente subsumidos às lógicas dos poderes, das ideologias e dos afetos instituídos (MERHY, 2004, pp. 22-23).

O pesquisador, neste caso, vai além da justaposição de objetos a serem pesquisados, apostando, ao contrário, na produção e troca de saberes coletivos, e na mistura com o contexto e a realidade dos usuários/pacientes, dos cultivadores/produtores, dos agentes de saúde, dos advogados, da planta e da sociedade em geral. Problematizar as memórias desta experiência é trazer para debate as desterritorializações do lugar de protagonista (médico/sujeito) detentor do conhecimento, para permitir a construção de relações simétricas, ocupando também o papel de usuário e integrante de uma rede descentralizada de saberes e práticas, em um alinhamento de olhares entre médico/paciente/usuário, que permite vir à tona o autorreconhecimento como agente de cuidado de si e de outros. Neste tipo de dinâmica, a implicação é estruturante do processo, e coloca-se em análise a si mesmo em ação e intenção. O processo é obrigatoriamente autoanalítico, e amplia a atenção para processos de autoconhecimento mediados inclusive pelo uso de canabis.

O sujeito está tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todo este processo. (...) Neste tipo de estudo o mais importante do ponto de vista metodológico é a produção de dispositivos que possam interrogar o sujeito instituído no seu silêncio, abrindo-o para novos territórios

de significação, e com isso, mais do que formatar um terreno de construção do sujeito epistêmico, aposta-se em processos que gerem ruídos no seu agir cotidiano, colocando-o sob análise. Aposta-se na construção de dispositivos autoanalíticos que os indivíduos e os coletivos em ação possam operar e se autoanalisar. (MEHRY, 2004, p 24)

Neste sentido, configura-se uma aposta cartográfica para além das memórias, considerando-se que esta trajetória não é só passada, mas também presente; as vivências continuam em acontecimento (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA., 2009).

A cartografia é um conceito apresentado por Gilles Deleuze e Félix Guattari no livro *Mil Platôs* (DELEUZE, GUATTARI, 1995) que busca nos conceitos geográficos e biológicos formas de compreensão dos processos de transformação da paisagem mental.

Mil Platôs não se quer como imagem do mundo. A diversidade que é matéria do pensamento e cerne do texto é descrita, então, como linhas que se condensam em estratos mais os menos duros, mais ou menos segmentados e em constante rearranjo – como os abalos sísmicos pela movimentação das placas tectônicas que compõem a Terra. Os mil platôs se mantem lado a lado sem hierarquia e sem totalização. Tal geologia filosófico-política convoca a uma decisão metodológica, ou melhor, a uma atitude (etos da pesquisa) que opera não por unificação/totalização, mas por “subtração do único”, como na fórmula do n-1. Menos o Uno. Menos o Todo, de tal maneira que a realidade se apresenta como plano de composição de elementos heterogêneos e de função heterogênica: plano de diferenças e plano do diferir frente ao qual o pensamento é chamado menos a representar do que a acompanhar o engendramento daquilo que ele pensa. Eis, então, o sentido da cartografia: acompanhamento de percursos, implicação em processos de produção, conexão de redes ou rizomas (DELEUZE, 1995, p15).

Cartografar, para os geógrafos, é um desenho que se faz concomitantemente com as transformações da paisagem, diferente do mapa, que representa uma paisagem estabelecida.

Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, neste caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos - sua perda de sentido – e a formação de outros mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornam-se obsoletos (ROLNIK, 2011, p13).

O sentido da cartografia é o acompanhamento de percursos, implicação em processos de produção e formação de redes ou rizomas. A cartografia surge a partir do princípio do rizoma, princípio “inteiramente voltado para uma experimentação ancorada no real” (ROLNIK, 2011, p.13).

A cartografia representa uma geologia filosófico-política que convoca a uma atitude de recusa à centralidade e à organização, como no rizoma.

Um tal sistema poderia ser chamado de rizoma. Um rizoma como haste subterrânea distingue-se absolutamente das raízes e radículas. Os bulbos, os

tubérculos, são rizomas. Plantas com raiz ou radícula podem ser rizomórficas num outro sentido inteiramente diferente: é uma questão de saber se a botânica, em sua especificidade, não seria inteiramente rizomórfica. Até animais o são, sob sua forma matilha; ratos são rizomas. As tocas o são, com todas suas funções de habitat, de provisão, de deslocamento, de evasão e de ruptura. O rizoma nele mesmo tem formas muito diversas, desde sua extensão superficial ramificada em todos os sentidos até suas concreções em bulbos e tubérculos (DELEUZE, 1995, p17).

A diversidade, que é matéria do pensamento, é descrita como linhas que se condensam em extratos, os mil platôs, que se mantêm lado a lado sem hierarquia e sem totalização. Como diz Sueli Rolnik em *Cartografia Sentimental*:

As práticas de um cartógrafo dizem respeito às estratégias das formações do desejo no campo social. E pouco importa que setores da vida social ele toma como objeto. O que importa é que ele esteja atento às estratégias do desejo em qualquer fenômeno da existência humana que se proponha a perscrutar; desde os movimentos sociais, formalizados ou não, às mutações da sensibilidade coletiva, a violência, a delinquência até os fantasmas inconscientes e os quadros clínicos de indivíduos, grupos e massas, institucionalizados ou não (ROLNIK, 2011, p 65).

Portanto, cartografamos o tempo todo em nossas vidas, e este pesquisador o fez, durante o período analisado (outubro de 2019 a dezembro de 2022). A pesquisa se constituiu a partir da memória dos encontros que a construção desta associação desencadeou: encontros com os produtores de cannabis, com os pacientes, com os advogados, com outros terapeutas, e toda uma rede que se constituiu a partir do interesse por ampliar o acesso ao uso desta planta. Nesta pesquisa não será realizada uma nova cartografia, mas uma recriação de memórias das experiências do pesquisador, atualizadas em uma perspectiva cartográfica.

Por isso o cartógrafo serve -se de fontes as mais variadas, incluindo fontes não só escritas e nem só teóricas. (...) O cartógrafo é um verdadeiro antropófago: vive de expropriar, se apropriar, devorar e desovar, transvalorado. Está sempre buscando elementos/alimentos para compor suas cartografias. Este é o critério de suas escolhas: descobrir que matérias de expressão, misturadas a quais outras, que composições de linguagem favorecem a passagem das intensidades que percorrem seu corpo no encontro com os outros corpos que pretende entender. Aliás entender para o cartógrafo não tem nada a ver com explicar e muito menos com revelar (ROLNIK, 2011, pp 65-66).

Os encontros que esta pesquisa me proporcionou foram momentos de verdadeiras experiências antropofágicas, no sentido de transvalorar conceitos, ideias, valores e comportamentos, tanto em mim como nos outros corpos. A questão de se tratar de um assunto ainda cercado de preconceitos, resistências e desobediências, cria um ambiente único, favorável a desterritorializações. Em muitos encontros, a sensação de me sentir fora do lugar de terapeuta foi marcante. Também foi marcante observar que lidar com

esta questão, favorecia a aproximação na relação com os pacientes e nos permitia uma certa cumplicidade e maior intimidade.

Sinto-me em sintonia com este esforço de registrar esta experiência e ampliar a discussão, pois o que pretendi não foi escrever sobre os êxitos dela, mas divulgar e compartilhar a construção deste processo. Como médico e indivíduo, socialmente identificado como representante do setor acadêmico, contribuo para aumentar a visibilidade, a credibilidade e o reconhecimento social deste movimento, e para novos processos de subjetivação em torno do uso recreativo/medicinal da cannabis. Considero que este processo de investigação é sempre interessado, porque se inicia a partir de certas inquietações de um projeto existencial que aponta para a necessidade de estudar a minha experiência com cannabis de forma geral. Deste modo, o investigador não é neutro em suas escolhas, e faz recortes de partes da realidade a ser investigada a partir de suas implicações.

Se, por um lado, a experiência pessoal com uso de cannabis me permite tanto uma visão de dentro da questão, como a percepção direta do problema a partir do ponto de vista do usuário, existe sempre uma dúvida se o envolvimento comprometido com o tema altera a capacidade crítica do pesquisador neste tipo de situação. Sobretudo em se tratando de pesquisa com uma substância alteradora da consciência. Neste sentido, esta pesquisa pretende se enquadrar em uma forma de produção de conhecimento diferente de pesquisas que centram na neutralidade do investigador, buscando o controle e isolamento do objeto, no entendimento de que quanto mais isolado for o pesquisador do objeto, em se tratando do que se pretendeu pesquisar aqui, maior a possibilidade de se produzir um conhecimento que possa acrescentar outras dimensões às análises da realidade. Este estudo opera na lógica do sujeito pesquisador militante e atuante de dentro do processo pesquisado, denominado pesquisador *in-mundo* (ABRAHAO et al., 2013), atuando ao mesmo tempo como sujeito e objeto de pesquisa. Nesta perspectiva, a implicação é intrínseca a produção do conhecimento.

Aqui se abre espaço para a experiência, para o exercício de produzir um conhecimento interessado, implicado na transformação de práticas e saberes que, por exemplo, prescrevem formas universais de se andar a vida. (ABRAHAO et al., 2013, p133).

O pesquisador agora se afeta com o processo de pesquisa e é atravessado pelos encontros, sustentando um exercício de desaprendizagem do já sabido, para convocar a reinvenção de si e do mundo.

O pesquisador não é neutro, pelo contrário, produz ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos. (...) Assume-se, assim, que não há neutralidade na produção do conhecimento e que o pesquisador implicado, transita pelo território das suas implicações como sujeito in-mundo, ele produz e se produz na construção do conhecimento. (ABRAHAO et al., 2013, p 134-135).

Este trabalho pretende também produzir saberes a partir do compartilhamento dos encontros com sujeitos militantes e imersos na cultura canábica, e problematizar processos de subjetivações a partir destas experiências. Esta forma de produzir conhecimento, a partir das vivências coletivas, confirma que existem muitos saberes que escapam à lógica quantitativa do “n”, principalmente em se tratando de substâncias psicoativas, cujos efeitos são singulares e, em grande medida, subjetivos.

Em complementação aos estudos científicos quantitativos, este foi um estudo “n-1”, onde se procurou aquilo que, a cada novo encontro, fugia do instituído, aquilo que escapava, segundo Spinoza, tanto como paixões alegres (que aumentam nossa potência de viver) quanto como paixões tristes (negativo, que retira potência de agir) (DUARTE, 2004; SPINOZA, 2008). A multiplicidade de possibilidades de relações com o uso de cannabis se traduz como diversidade e singularidade, se constituindo em um exemplo da teoria do rizoma (n-1), onde não se pode definir um elemento unificador (medicinal ou recreativo) que pode dar conta desta multiplicidade. A experiência singular é um universo qualitativo que costuma ser atropelado na maioria dos modelos científicos, contornado por estudos de conjuntos de casos (n), onde o conhecimento tido como verdadeiro somente deve ser considerado quando pertencente a uma lógica científica quantitativa. Com isso, tende-se a apagar e calar o conhecimento produzido localmente.

Essa lógica de desvalorização e desqualificação do conhecimento local, que é produzido a partir das experiências singulares, faz parte da lógica do globalitarismo¹⁰ de

¹⁰ Globalitarismo: Conceito formulado pelo pensador brasileiro Milton Santos que parte da fusão dos termos globalização e totalitarismo, trazendo a ideia de que este conceito de globalização dos mercados e de homogeneização da cultura, que vem se operando no mundo moderno, trouxe sobretudo uma forma de massificação do consumo e domínio da vida em benefício das classes dominantes. Deste modo o princípio da liberdade, que deveria ser consolidado a partir da aproximação dos mercados, foi tolhido, em função de uma padronização do comportamento e controle do povo por parte dos tiranos. Dois elementos são capitais na formação deste modelo que se instalou. A tirania do dinheiro e a tirania da informação. A tirania do dinheiro transforma o mundo numa grande linha de produção e condiciona o indivíduo a uma competitividade permanente para não fracassarem socialmente. De outro lado, esta subserviência ao dinheiro só se tornou possível em função da tirania da informação que difunde para o mundo um sonho comum através de um modelo único que tem no consumo a sua meta. (SANTOS, 2004)

um certo colonialismo de mentes, de uma epistemologia única, de um paradigma único, da monocultura cognitiva. Estudos com abordagem cartográfica estão entre os que permitem resgatar aquilo que a lógica científica descarta por ser parcial, que é o saber militante do sujeito implicado.

Em disputa contra o monopólio do mercado da cannabis pelas grandes empresas, vem-se operando um movimento de caráter social, baseado no resgate de saberes tradicionais e no testemunho dos usuários recreativos que, a partir das próprias experiências com uso e cultivo da planta, trazem uma outra forma de se relacionar com a cannabis e de atuar nesta disputa (MACRAE, 2016; VERISSIMO, 2017; OLIVEIRA; VIEIRA; AKERMAN, 2020). Neste domínio do movimento social, outras relações são construídas, possibilitando o resgate de saberes ancestrais, a produção de cuidado, a autonomia e a soberania para os usuários/pacientes.

A atuação destes coletivos passa a constituir verdadeiros núcleos de resistência aos interesses do mercado, e às capturas do comum (o "bem comum", aquilo capaz de fazer comunidade), como nos diz Isabelle Stengers e Philippe Pignarre:

O que nós propomos aqui é sobretudo reencontrar a confiança, de sentirmos de novo capazes de pensar e fazer com nosso meio (social e ambiental, para utilizar termos da moda). Pensar localmente, pensar as questões em função daquilo que pede cada situação, no seu tamanho. Sem esquecer que a tecnologia é importante e que deve haver recursos a se buscar no passado antigo ou próximo, - pois a experiência de cada um conta - e certas técnicas comunitárias antigas a se reativar. O que nos apresenta nesta última parte, é que resgatar um pouco de audácia coletiva, ousar dizer o que se pensa, propor e escutar, poderia contribuir para a fabricação de um mundo comum. (STENGERS; PIGNARRE, 2005, p224)

Esta pesquisa pretende utilizar também a ferramenta do usuário-guia como forma de pesquisar a produção do cuidado em saúde com foco na autopercepção sobre a definição do que é terapêutico. O usuário-guia é uma ferramenta para avaliações qualitativas de abordagem cartográfica, que tem sido utilizada em pesquisas em redes e serviços de saúde que pretendem incluir a visão do usuário na produção do saber.

Portanto uma concepção de pesquisa que possa trazer o usuário para a centralidade da produção do saber, mas não o olhar para o usuário, não o olhar pelo usuário, mas o olhar próprio dele, sua perspectiva, o ponto de vista ao qual ele pertence, permitindo-se percorrer seus caminhos, seus trajetos, não tomando-o pela mão, mas nos deixando-se levar por ele, permitindo que aconteça o usuário como guia (MOEBUS, 2012).

A identificação destes usuários-guias, entre os demais participantes da pesquisa, se dá pela relevância que o uso da cannabis opera em suas histórias de vida, portanto, não é uma amostra aleatória, mas sim uma escolha interessada e implicada dos participantes

da associação e das conexões que esses encontros promoveram, e que integrarão a pesquisa. A partir da visão dos usuários de como esta prática do uso de cannabis pode significar um processo terapêutico ou produtor de vidas mais potentes, podemos compreender as subjetivações que operam na transformação de uma prática estigmatizada em uma prática de cuidado em saúde.

Procuramos também considerar uma visão perspectivista¹¹ em relação à cannabis, compreendendo a planta como um ente inteligente e sensível, com propriedades de nos ensinar sobre o cuidado de nós mesmos. Neste aspecto, o conhecimento obtido através de intuições, *insights* ou mesmo visões, percebidas pelo uso de cannabis e outros psicoativos, fazem parte desta aposta cartográfica, que leva em consideração os saberes e a experiência de todos os atores desta rede, numa busca de relações simétricas entre todos, incluindo a planta.

Tenho que declarar que este processo foi desafiador, por me colocar também frente aos meus desafios pessoais de recriação de vida enquanto médico e usuário/paciente de cannabis. Cartografar este movimento, produzir conexão com os acontecimentos em suas múltiplas dimensões, abrir-me para o inusitado, desconhecer-me, explorar devires, e recriar-me. Estes são alguns dos acontecimentos que este estudo me possibilitou.

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH) da UFRJ pelo número do parecer 5899620.

3 ENCONTROS RESULTANTES DA PESQUISA

Esta pesquisa cartográfica me levou a conexões diversas com vários usuários/pacientes de cannabis e com vários contextos diversos em que a cannabis atua como elo de interesse entre diversos atores. Durante este período da pesquisa, eu tive a oportunidade de me aprofundar nas histórias de vida de pessoas que consideram o uso de cannabis uma prática determinante de muitos afetos em suas vidas. Eu procurei, nestes

¹¹ Perspectivismo é um conceito desenvolvido no campo da antropologia por Eduardo Viveiros de Castro e Tania Stolze Lima, especificamente denominado perspectivismo ameríndio. Parte da compreensão, dentro das cosmologias dos povos originários ameríndios, de que as múltiplas entidades do cosmos compartilham uma condição humana indistinta e eram capazes de comunicação entre si. A aparência não humana destes seres não passam de uma capa que esconderia o fundo humano comum. Assim, ainda que visto pelos humanos como não-humanos, esses seres se veem como humanos e vivem sob condições semelhantes às humanas. Em algumas situações, estas humanidades compartilhadas voltam a ser percebidas, sendo a caça e a prática xamânica momentos exemplares. Essa mudança de perspectiva proposta pelos povos ameríndios pode ser traduzida segundo o princípio de que “o ponto de vista cria o sujeito; será sujeito quem se encontrar ativado ou ‘agenciado’ pelo ponto de vista.” (VIVEIROS DE CASTRO, 2015)

encontros, passagens destas histórias que revelassem as potencialidades de transformação de vida que a cannabis proporciona, seja no sentido positivo ou negativo.

3.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DA ACMG

No sentido de entender um pouco o perfil dos participantes da ACMG, foi realizada uma pesquisa pelo formulário *Google Forms*, direcionada a todos os participantes inscritos nas redes sociais da ACMG. O anexo 1 detalha os diferentes aspectos desta pesquisa. Aproximadamente 200 pessoas são participantes regulares desta associação, que tem suas atividades direcionadas através das redes sociais. Noventa e oito pessoas (49%) responderam ao questionário e representam uma amostra do perfil dos participantes. Noventa por cento dos participantes são maiores de 21 anos, e as mulheres representam a maioria (63%). Setenta por cento fazem uso de cannabis há mais de 6 meses, e 30% há mais de 2 anos. Ansiedade, insônia e dor representam quase 80% dos problemas que motivaram o uso de cannabis. Aproximadamente, 57% dos pacientes usam apenas a cannabis como medicamento e, dos outros 43% que usam outros medicamentos, 30% relataram que reduziram a dose ou interromperam o uso deste medicamento após iniciarem com a cannabis. Aproximadamente 70% dos pacientes conseguem o extrato de cannabis através de associações canábicas, e 13% produzem o próprio medicamento. Metade dos pacientes também fazem uso recreativo de cannabis, e aproximadamente 70% consideram o uso recreativo também terapêutico.

Noventa por cento do público entrevistado relata melhora da qualidade de vida com o uso de cannabis, sendo que desses, 63% relata melhora importante. Quase metade dos pacientes usam extratos integrais (*full spectrum*), ricos em CBD e THC, e 83% não relatam efeitos colaterais importantes com o medicamento. Mais de 80% dos pacientes gastam menos de 300 reais por mês com o tratamento, e 66% consultaram um médico antes de iniciar o uso.

3.2 SATIVISTAS

A experiência com esta rede associativa tem transformado o papel do médico (eu no caso) que se propõe a consultar pacientes interessados em tratamentos com cannabis. O médico é muito importante na desconstrução dos preconceitos e estigmas dos pacientes e

familiares que não têm nenhuma experiência ou contato com a cannabis, e para amenizar o entusiasmo daqueles que já são usuários, ou são militantes, e buscam no reconhecimento médico uma salvaguarda para seu uso indiscriminado. A denominação "sativistas" faz referência a estes usuários militantes e entusiasmados pela causa da *Cannabis sativa*.

Por outro lado, o médico pode aprender com a experiência dos usuários, ditos recreativos, em muitos aspectos dos efeitos e interações da cannabis. Muitos saberes singulares obtidos com a experiência própria com o uso de cannabis ainda não foram devidamente estudados ou reconhecidos pela ciência médica.

O receio, ou anseio com relação ao efeito psicoativo mediado pelo THC é um ponto crítico da questão do uso de cannabis. Muitos pacientes que buscam consultas médicas sobre uso de cannabis, se enquadram naqueles que receiam usar devido aos riscos do efeito psicoativo. Outros pacientes buscam na consulta médica uma legitimação para garantir seu efeito psicoativo.

3.2.1 O caso IV

IV é um rapaz de 25 anos, solteiro e morador de uma cidade do interior do Piauí com aproximadamente 80.000 habitantes. Relata que é formado em Educação Física e professor de Yoga, e dono de uma loja de artigos relacionados à cannabis, como camisetas, bonés, utensílios para fumar, papel de seda e acessórios para uso de cannabis. Seu pai é juiz de direito na cidade. Ele não mora com o pai e não tem uma boa relação com ele. Faz uso de cannabis desde os 15 anos. “Comecei na época de escola, por causa do enfado, daquela sobrecarga. Foi amor à primeira vista. Tirou a tensão” (IV).

IV já foi preso 3 vezes por porte de cannabis, e já fez tratamentos psiquiátricos por insistência da família. Atualmente, cultiva cannabis para uso próprio e faz uso inalatório e oral de plantas produzidas com sementes importadas em cultivo indoor. Fuma de 10 a 15 cigarros por dia. Me procurou para obter uma receita para entrar com um pedido de *Habeas Corpus* para cultivar.

Já busquei outros médicos capacitados e em 2019 consegui minha primeira prescrição, alegando depressão, insônia, falta de apetite e stress. Mas pra conseguir comprar tinha protocolo, fila de espera e etc... Aí fiz uns cursos e me capacitei para cultivo indoor e voltei a cultivar. A minha técnica preferida para extração é a técnica Rick Simpson (RSO). Mas faço extração com gás também. Preciso do THC, se não, não consigo dormir (IV).

Muitos usuários/pacientes sabem da necessidade e do valor do efeito do THC para seu caso em questão, e buscam nos extratos artesanais “fora de bula” (*off label*) obter uma concentração de THC superior à encontrada nos medicamentos registrados, para melhorar a eficácia do tratamento.

3.2.2 O Caso BT

BT, 50 anos, músico e portador de dor pélvica crônica e disfunção erétil. É usuário de cannabis inalada desde a adolescência. Já havia sido submetido a extensa propedêutica com exames laboratoriais e exames de imagem sem alterações significativas, e já havia tentado vários tratamentos para o problema da dor pélvica, sem sucesso. Sabia do efeito analgésico e anti-inflamatório da cannabis, e me procurou para avaliar seu uso. A partir deste quadro, eu sugeri um tratamento com extrato oleoso de cannabis rico em THC. Após 1 mês de uso de 2 ml deste extrato por dia, o paciente obteve uma melhora surpreendente.

Eu já havia percebido uma melhora leve da dor quando eu fumava maconha, mas realmente com o uso do óleo a melhora foi completa. Mas tem que ser este extrato. Tentei um outro extrato que me mandaram dos Estados Unidos com menor teor de THC, mas não funcionou! (BT).

No Brasil, a restrição para o uso de THC nos medicamentos registrados enfatiza ainda mais a construção desta verdade segundo a qual o efeito psicoativo mediado pelo THC é maléfico e não medicinal, e de que o CBD é o componente medicinal da cannabis.

O papel da indústria farmacêutica e dos órgãos governamentais fiscalizadores da saúde, ao exigir receitas especiais e produtos rotulados e controlados, parece reforçar ainda mais esta percepção social de que se trata de um medicamento perigoso, e de que seu uso deve ser restrito e controlado. Na minha experiência, a ausência de THC nos medicamentos habitualmente reduz o poder terapêutico, em muitos casos, principalmente no tratamento de quadros de dor. A crença de que a presença de THC nos extratos é negativa é um dos preconceitos que dificulta a aceitação dos extratos caseiros e integrais (*full spectrum*) por muitos médicos.

3.3 DOUTOR INDICA, MAS NÃO SATIVA

3.3.1 O Caso GR

Dr. GR é um médico psiquiatra de 65 anos e portador de Doença de Parkinson, com sintomas importantes de rigidez e tremores. Faz uso de levodopa e outros medicamentos para o controle da doença, porém sem um resultado satisfatório. Me procurou após o conhecimento de outro paciente com um quadro semelhante, que havia melhorado bastante com o uso do extrato de cannabis rico em THC.

“- Eu já estudei bastante sobre cannabis na doença de Parkinson, e, apesar dos artigos científicos não serem muito animadores, eu quero tentar. Esse amigo meu que consultou com você está usando este óleo artesanal da associação, mas eu não quero usar deste, eu quero comprar o CBD importado.

- O mais indicado para o senhor seria um extrato rico em THC, e nós não conseguimos importar extratos com concentração de THC superior a 0,3%.

- Mas esse remédio que dá barato eu não quero usar.” (DIÁLOGO ENTRE GR EEU, 2021)

3.3.2 O caso MI

FE, mãe do MI, 7 anos, paciente com epilepsia de difícil controle:

Até um aninho ele não tinha crises ainda. Ele piscava muito o olho. Com um ano e três meses, após um quadro de febre é que atacaram as crises. Eu estava muito no escuro, e quando ele foi pra creche eu avisei que ele caía muito, e precisava de ter cuidado com ele. Aí eles me disseram: - Por que você não leva ele na APAE, para fazer uma consulta?

Assim eu fiz, fui lá, e nós descobrimos o que ele tinha. Era uma síndrome. Ele estava indo na APAE e tomando quatro tipos de remédio que não estavam resolvendo, aí um dia nós vimos na televisão sobre um menino que estava usando capacete, como ele, porque batia muito a cabeça e tinha relato de que estava melhorando com o óleo de cannabis. Eu comecei a pesquisar, porque naquela época era difícil, não tinha muita coisa e era difícil adquirir esse remédio. Aí eu olhei bastante e fui ao médico e falei com ele sobre o óleo, mas ele disse que não ia adiantar, que era melhor ajustar os remédios que ele já estava tomando. Mas ele continuava caindo e tendo que usar o capacete. Aí eu falei: - Ah não, vou voltar no médico e insistir com o óleo! E eu comecei também a sofrer preconceito dentro da família. Os parentes me falaram: - Vai dar droga pro menino?

Ai um dia, eu voltei ao médico e fiquei esperando a consulta na sala da fisioterapia, segurando ele no colo, mas mesmo assim ele deu uma crise e caiu pra trás. Nessa hora eu não consegui segurar, e o MI bateu a cabeça. E o médico escutou a batidas da sala dele. Aí eu disse: - Doutor, eu não aguento mais!

Então ele disse: - Tá bem, vamos usar!

Aí ele prescreveu e me deu o nome da empresa ABRACE¹², onde eu podia comprar, com o laudo, tudo direitinho. Aí nós entramos em contato e eles

¹² ABRACE: Associação ABRACE esperança, é uma associação sem fins lucrativos localizada em João Pessoa na Paraíba. Foi a primeira associação no Brasil que recebeu na justiça o direito de cultivar, produzir e fornecer derivados de cannabis em forma de óleos e pomadas. Atualmente conta com mais de 20.000 associados em todo o Brasil.

falaram qual era o óleo correto, porque tem muitos diferentes, né? Eles mandaram o óleo. Já estava todo mundo apreensivo, a família, meu marido, todo mundo. Quando chegou, nós voltamos ao médico e ele passou prá ele tomar 5 gotas. E com o tempo eu fui ajustando até 10 gotas. Ainda dava um pouquinho de crise. Com duas semanas, nossa senhora! Controlou! Ele já tinha aquela mania de andar segurando para não cair. Foi melhorando. Era inacreditável saber que estava dando tanto efeito. Ele já tomava quatro tipos de medicamentos. Aí eu decidi: vou tirar um medicamento. O Neuleptil, que era o mais fraco, era para ansiedade. Comecei a tirar. Tirei e não houve mudança nenhuma. Ele continuou controlado. Aí eu quis tirar o Topiramato, era comprimido, era o mais enjoado pra dar pra ele tomar. Quem sabe né? Vou experimentar sem dar um dia. E não fez diferença. Aí tirei definitivo. Quando eu cheguei na APAE, até as meninas (enfermeiras) falaram comigo: - O Doutor vai brigar com você! Tirando os remédios do menino!

Aí eu falei: - Doutor, tirei o Topiramato e ele está bem.

E ele falou: - Melhor não tirar o Depakene. Ele pode tomar junto com óleo.

Ele tomava o óleo laranja da ABRACE. É CBD mas tem que ter um pouquinho do THC, se não, não faz efeito. Depois de um tempo ele voltou a ter umas crises, e o doutor falou: - Pode aumentar porque ele está crescendo e precisa de mais. Vamos aumentar o Depakene e o óleo.

Mas ele começou a ficar muito sonolento, e a dormir até enquanto estava comendo. Então dopou ele! Aí eu tirei o Depakene por conta própria. Aí voltou ao que era antes. Hoje ele não toma mais nem o Depakene, só o óleo. Mas tem que ser óleo com THC. Eu gasto 350 reais por ano com a anuidade da associação e 300 reais por mês com o óleo. Mas agora que fiz o curso quero plantar e produzir eu mesma. (FE)

O papel do médico é muito importante enquanto agente nesses processos de subjetivação. A desconstrução destes preconceitos se inicia a partir do próprio lugar em que o médico se denomina. O conceito que predomina é o de *médico prescritor* de cannabis, divulgado pelos meios de comunicação, e que interessa sobretudo à indústria médico-farmacêutica. Sendo médico prescritor, ele aceita a condição de que o uso de cannabis necessita de passar por indicação médica, e somente tem validade a partir de uma receita.

Por outro lado, o conceito de “médico consultor” abre outras possibilidades de entender os diferentes usos e possibilidades de uso. Valorizar a importância da receita e do uso sob prescrição médica reduz a possibilidade de autonomia do paciente para potencializar a experiência para além de um uso direcionado a um sintoma definido. Valorizar as diferentes formas e propósitos do uso como práticas de cuidado, seja uso inalado, oral, recreativo, medicinal, por recomendação médica ou não, por outro lado permitem ampliar a compreensão de que a cannabis pode trazer benefícios à saúde de diferentes formas, e de que o conhecimento não é exclusividade da ciência acadêmica.

Claro que faz parte das atribuições do médico consultor acompanhar os limites e riscos envolvidos, compartilhando saberes em uma relação cuidadora.

3.4 APRENDENDO A TOLERÂNCIA

Um aspecto também frequente do manejo de pacientes em uso de extratos de cannabis é a questão da tolerância. Muitas vezes o uso do mesmo medicamento, produzido a partir da mesma cepa da cannabis, leva a uma tolerância precoce, o que exige frequentemente o aumento progressivo da dose. A variação de cepas de diferentes espectros de canabinóides e terpenos possibilita a redução deste fenômeno. Este é um problema que o uso de medicamentos padronizados dentro de um contexto industrial, produzido por monocultura em larga escala, e utilizando uma única variedade da planta obtida por clonagem, apresenta com frequência. A utilização de extratos oriundos de cepas variadas e cultivadas a partir de sementes é uma prática que reduz a ocorrência do fenômeno da tolerância, porque a presença dos canabinóides é variável. Esta é uma questão conhecida por muitos produtores artesanais, que cultivam diferentes subespécies de cannabis e produzem extratos com espectros variados de canabinóides, e recomendam alternar o uso dos medicamentos, para reduzir este fenômeno. Em muitos casos, esta situação faz com que a alternativa de utilizar extratos artesanais variados supere, em eficácia, os extratos industriais padronizados.

Também a proporção dos diferentes fitocanabinóides, determinadas pela própria planta, parece apresentar um efeito mais eficiente do que os medicamentos produzidos que modificam estas proporções. Isso se deve ao fato, conhecido na área de fitoterapia, de que os princípios ativos de uma planta, na mesma proporção em que se encontram na natureza, conjunto chamado fitocomplexo, tem efeitos farmacológicos específicos, diferente dos efeitos de cada ativo isoladamente. Isto é outra característica que faz com que os extratos artesanais tenham um efeito terapêutico mais eficiente e equilibrado que os medicamentos sintéticos, ou com proporções modificadas segundo critérios científicos ou legais.

3.4.1 O caso RM

RM vive com sua mãe, CH, em uma casa muito simples em um bairro da periferia de Teresina. Na chegada, RM, um garoto de 20 anos com um quadro avançado de

autismo, começa a emitir sons e a balançar o braço de uma maneira muito particular. Ao entrarmos, Dona CH anuncia para o filho que é o Professor PA (quem lhe fornece o óleo) quem estava chegando. RM reage abaixando o tronco rapidamente, balançando os braços de forma circular e emitindo um som demonstrando muita alegria. RM é quase cego e tem uma dicção muito particular, sendo que a mãe tem que traduzir tudo o que ele nos diz. Ele está muito feliz com a reunião. PA diz que eu sou um médico de BH que estou fazendo uma pesquisa. Dona CH conversa conosco e vai nos filmando com seu celular. Parece que como sabia que eu gostaria de filmar nosso encontro, faz este registro para também se proteger. Ela começa dizendo que o RA era muito agitado e agressivo, e que foi o óleo de PA que mudou a vida dela e do rapaz. Ela nos contou que ele fora adotado, que, inicialmente, diziam que era apenas uma criança cega, mas depois a doença foi se revelando e ela começou a entender que o quadro era mais sério. RM tomava vários medicamentos ansiolíticos e outros remédios “tarjas pretas”, mas sempre mantinha muita agitação e agressividade. Foi através da mãe de outra criança com problema semelhante, que Dona CH soube do canabidiol. O neurologista que o acompanhava não incentivou. Foi o pediatra, Dr F, quem sugeriu tentar o canabidiol e disse que daria a receita. Inicialmente, ela disse que não teria como comprar o remédio importado. Até que apareceu o PA e a turma da ACMPI. Logo de início, as gotinhas já demonstraram o seu efeito milagroso. RM passou a ficar menos agitado e a aprender a esperar. “O remédio age onde a pessoa precisa. O remédio mostra a doença. Ele precisava aprender apaciência, era a sua lição mais difícil” (PA).

No entanto, depois de aproximadamente 60 dias, dona CH percebeu que o extrato começou a não fazer efeito. Foi recomendado aumentar a dose. Porém, passado mais uns dias, mesmo usando uma dosagem alta, as crises retornaram. PA então resolveu oferecer um extrato obtido de uma estirpe diferente de cannabis. RM obteve melhora com uma dose baixa deste extrato. Percebeu-se que ao alternar a utilização de extratos de estirpes diferentes de cannabis, a tolerância reduzia. Os ajustes foram sendo feitos a partir de um convívio estreito entre eles e PA, e hoje o manejo terapêutico está bem ajustado. A cada mês, dona CH varia o tipo do extrato mantendo a dose. Depois do terceiro mês, ela retorna com o primeiro extrato na mesma dose, mantendo um efeito terapêutico ótimo. Hoje Dona CH cuida de seu filho e da casa sozinha.

Hoje eu consigo fazer as tarefas e ele fica ouvindo música. Gosta muito de música e até sabe cantar. Coisa que não conseguia fazer antigamente. Hoje um frasco de óleo dura 1 mês e ele ganha o remédio do professor PA. Esse homem é um Santo!” (Dona CH)

3.5 PASSANDO A GOMA

Considerar que também existem práticas nocivas que trazem problemas para a saúde, aponta para outro papel importante do médico: desconstruir a ideia de que usar cannabis é sempre bom, e em qualquer contexto. Sabe-se que há possíveis prejuízos para a saúde (CRIVES; DIMENSTEIN, 2003; MEIER et al., 2016; CONNER et al., 2016; ORTIZ-MEDINA et al., 2018).

Ajudar o paciente a tomar suas decisões com base neste discernimento risco-benefício faz parte da boa prática médica, e não poderia ser diferente aqui. Entender os medos e anseios que movem o paciente a procurar fazer uso de cannabis, a partir de uma consulta médica, é um desafio que diferencia aqueles que se propõem a trabalhar trazendo autonomia e cuidado para o paciente, e constroem relações mais fortes.

Dentro da busca de segurança e legalidade, num contexto ainda marcado por muitas controvérsias, discriminações e questões judiciais, a prescrição médica não somente tem seu papel de orientar e indicar um uso, mas muitas vezes funciona como forma de comprovar o acompanhamento médico daquele paciente/usuário em uso de medicamentos fora de bula (*off label*). A busca da legalidade, por muitos usuários e associações, passa por essa necessidade de comprovação médica. Muitos pacientes e/ou usuários que lutam pelo direito de plantar e produzir seu próprio medicamento, buscam na prescrição médica um documento para eventual uso em processos legais. Deste modo, a prática de sempre se prescrever um medicamento reconhecidamente legal, seja ele acessível nas farmácias brasileiras, seja ele acessível através de importação, é uma conduta recomendada e minimamente protetora para ambos, médico e paciente.

Nesta lida com tratamentos com cannabis, em um contexto brasileiro, algumas estratégias foram importantes serem compreendidas e implementadas na prática clínica, para minimizar o risco de problemas éticos e legais decorrentes do envolvimento do médico com esta rede associativa em construção, de usuários e produtores de cannabis. O fato de recomendar e legitimar a aquisição e uso de produtos não certificados, produzidos de forma artesanal por alguns produtores não devidamente legalizados, se trata de uma prática não isenta de riscos. Para assegurar uma certa institucionalidade/legalidade para o médico, e para os produtores artesanais, com relação a esta atividade considerada ilegal, mesmo para aqueles que tem o Salvo Conduto para plantar, foi preciso adotar certas medidas protetivas.

Inicialmente é fundamental explicar ao paciente os motivos e valores que movem a criação de um movimento associativo como este. Este coletivo não se trata de uma empresa com finalidade lucrativa. Trata-se de uma rede coletiva de produtores independentes, alguns com autorização judicial para produzir o seu próprio remédio, e outros ainda em busca desta autorização, mas que disponibilizam o excedente de sua produção por um valor de custo, dentro de uma rede solidária de cuidado. Todos seguem critérios de cultivo e produção certificados pela associação. E como prioritariamente produzem para uso próprio ou de parentes próximos, isto garante um certo rigor na produção e na qualidade do produto. O cultivo é habitualmente caseiro e de pequena extensão, e regido por princípios agroecológicos.

Na consulta médica, as várias possibilidades de se obter os produtos à base de cannabis de forma legal são explicadas. É explicado ao paciente que ele tem estas duas opções legais para conseguir extratos de cannabis; sendo uma, a compra através de importação do produto por empresas estrangeiras credenciadas, e a outra, adquirir em farmácias comerciais brasileiras.

Para o medicamento ser obtido na farmácia, é necessária uma receita especial (receita B1¹³), e para a importação é necessário apenas uma receita comum e a realização de um cadastro na ANVISA. No entanto, devido ao alto custo do medicamento legal, a aquisição através de alguma associação de cannabis acaba sendo a opção mais acessível para a maioria dos pacientes.

Existem várias associações no Brasil que fornecem extratos artesanais de cannabis. No caso da ACMG, não é a própria associação que fornece os produtos, mas alguns produtores associados de forma independente. Para conseguir o extrato de cannabis via ACMG, o paciente deve entrar em contato com a associação e realizar um cadastro e, assim, passa a ter direito a obter o produto dos produtores associados. A associação o coloca em contato diretamente com um dos produtores para a aquisição do produto. Os produtos têm um preço médio semelhante entre todos os participantes da associação e a entrega e o pagamento são acertados de forma direta com os produtores. Este pagamento

¹³ RECEITA B1 - Medicamentos Psicotrópicos Notificação de Receita tipo "B1" – Cor Azul Para medicamentos relacionados nas listas B1 (Psicotrópicas) Validade após prescrição : 30 dias. Abrangência: Válida em todo território nacional (Lei Federal nº 13.732 de 2018) Quantidade Máxima / Receita : 60 dias de tratamento).

fica caracterizado não como um pagamento pelo produto, mas como uma contribuição ao trabalho da associação.

O produto principal disponibilizado através da rede da ACMG é o extrato oleoso de cannabis. Este produto é obtido através da extração direta da planta no óleo de coco, ou de um derivado mais refinado, o chamado óleo de TCM, com variações na quantidade de folhas e flores segundo a concentração que se deseja. A concentração máxima que o extrator (óleo de coco ou TCM) consegue reter é em torno de 3,5% de canabinóides. Para se produzir um extrato rico em CBD, usa-se uma quantidade maior de folhas jovens em relação a inflorescências maduras e, para se produzir extratos mais ricos em THC, usa-se uma quantidade maior de inflorescências maduras.

A partir da análise de amostras de extratos produzidos por este método e usando-se a mesma variedade da planta, chegou-se a uma concentração aproximada de 80 mg/ml de canabinóides neste extrato artesanal padrão. Os produtos, basicamente, apresentam 3 concentrações diferentes: um extrato mais rico em CBD (denominado CBD ultra), outro mais rico em THC (THC ultra) e um terceiro com concentração igual de CBD e THC (THC/CBD).

O paciente que se associa a ACMG também é convidado a participar das redes sociais desta associação, onde acontece um fórum permanente sobre questões ligadas ao uso e ao cultivo de cannabis. O médico consultor também disponibiliza o contato telefônico direto para facilitar o esclarecimento sobre alguma questão que possa aparecer durante o tratamento e para o ajuste do manejo das doses. Porém, muitas questões são esclarecidas nos debates permanentes nas redes sociais da ACMG.

Os pacientes são direcionados para o produtor mais apto a acompanhar o caso em questão, por proximidade de relações sociais, por facilidade logística para a entrega do medicamento, e por viabilidade de se criar relações solidárias. Todos os produtores de BH realizam a entrega do medicamento pessoal e diretamente para o paciente. Os casos de pacientes residentes em outros municípios, onde não se tem como se realizar a entrega direta, são direcionados para outras associações parceiras, principalmente a ACMPi (Associação de Cannabis Medicinal do Piauí), que consegue fazer esta distribuição pelos Correios.

O fato de os produtores independentes terem experiência própria de uso da cannabis, ou de algum parente, faz com que a indicação para aquisição dos produtos através desta rede associativa qualificada seja mais do que uma simples indicação de tratamento;

favorece também a construção de outras relações de cuidado. Esta prática tem sido observada desde o processo de nascimento desta rede, que se deu a partir do encontro de um pai de uma criança portadora de epilepsia refratária ao tratamento clínico, em Minas Gerais, e um cultivador ativista canábico do Piauí. Este encontro foi um marco na criação da ACMG e desta rede de cuidado com cannabis.

3.5.1 O caso DA

DA é uma criança da cidade de Uberlândia, Minas Gerais, que nasceu com paralisia cerebral e síndrome de West¹⁴(ANTONIUK, 2020), e que desde o nascimento tomava muitos medicamentos alopáticos para controlar as crises epiléticas, com pouca eficácia. Quando passou a fazer uso do extrato de cannabis artesanal, teve uma melhora que surpreendeu seu pai, RR.

Foi desespero mesmo, porque eu tinha o meu filho naquela condição e precisava tentar alguma coisa. Ele já tinha quatro anos e eu já tinha tentado todos os remédios da medicina tradicional. Clonazepan, Topiramato, Gardenal, etc... e não tinha tido sucesso. Quando eu conheci aquela mãe do Maranhão, ela me disse que dava maconha pro próprio filho e eu botei fé. Aí quando meu filho tomou o óleo, com apenas 3 semanas ele ficou bom como nunca tinha ficado. Teve controle das crises e melhora cognitiva. Eu nunca tinha fumado, não conhecia nada. Mas fui estudando, vendo material na internet, e aí fui começando. O primeiro óleo eu consegui desta mãe do Maranhão que me passou o contato da turma do Piauí. Quando eu entrei em contato pra conseguir mais, me passaram o telefone do PA. Quando eu liguei pra ele, ele me veio com essa proposta de eu fazer meu próprio cultivo. Ele falou: - Vou te enviar o óleo, mas queria que você pensasse na sua autonomia. Vou te mandar umas sementes junto pra você plantar.

Aí eu plantei e ele falou: - Agora quando as plantas estiverem prontas eu vou te ensinar a fazer o óleo.

Aí já naquele momento eu tinha muita gratidão por ter visto meu filho melhorar e ele (PA) era parte importante daquele processo. E isso vai gerando laços. Gerou um laço entre mim e ele que não desmancha mais, não. A partir daquele momento ali já virou amizade. Eu fui conhecer pessoalmente ele só no ano passado, no primeiro curso da ACMG. Esses dois anos foi tudo por telefone. Seis meses depois eu entrei na justiça, porque eu tinha muito medo de interromper o tratamento. Não era nem medo da polícia, era medo de interromper mesmo. Meu medo era de a polícia ir lá e pegar as plantas e eu ter que começar do zero. Aí também o meu senso de gratidão me levou a querer ajudar outras pessoas, que é o que a gente está fazendo aqui. O meu Habeas Corpus tem a limitação de 20 plantas no estado de floração. Para conseguir isso, eu levo umas 30 plantas no estado vegetativo, porque com sementes

¹⁴ Síndrome de West: É uma encefalopatia rara da infância que acomete principalmente homens. Também chamada encefalopatia mioclônica. O problema é caracterizado por espasmos epiléticos frequentes, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e uma alteração específicas do eletroencefalograma denominada hirsarrítmia. Sem o tratamento adequado pode levar a risco de sequelas neurológicas permanentes.

regulares você vai ter umas perdas por causa dos machos e de pragas, questão climática, etc. A cada 60 dias eu faço o óleo. Geralmente meio litro a cada 2 meses. Meu filho gasta uns 50 ml por mês. Aí sobra tipo 200 ml por mês, que eu compartilho pras pessoas que precisam, aqui perto de mim (RR).

3.6 O JARDINEIRO FIEL

A partir dos encontros que as atividades da ACMG provocaram, foi possível conhecer e cartografar trajetórias de vida de alguns usuários militantes que se dedicam inteiramente à causa da cannabis, mesmo que isso coloque em risco a própria liberdade. Este movimento de resistência pela liberdade de escolha de fazer uso desta planta tem criado uma rede solidária de cuidado e transformado caminhos.

3.6.1 O caso PA

PA, um piauiense de 62 anos, usuário de cannabis desde os 14 anos, foi o principal articulador para a fundação da Associação de Cannabis Medicinal do Piauí (ACMPI) e é o seu principal responsável. A ACMPI é uma associação que atende a aproximadamente 800 pacientes em todo o Brasil, fornecendo produtos à base de cannabis e compartilhando saberes e tecnologias para divulgar o autocultivo. A história de PA e desta associação refletem uma trajetória interessante de transformação de subjetividades e recriação de vida, neste universo canábico.

PA é hoje um mestre em cultivo de cannabis e em produção de óleos artesanais, e promove cursos de formação para quem deseja se iniciar neste ofício. Foi o principal inspirador para a fundação da ACMG e é nosso principal parceiro nesta jornada.

PA vive em uma casa na periferia de Teresina com sua segunda esposa, CI, e dois dos três filhos deste casamento. Em sua casa, nem sua esposa, nem nenhum dos filhos, faz uso de cannabis. A sua filha mais velha, uma ciclista profissional premiada, também não faz uso, nem tampouco os outros 3 filhos de PA, de seu primeiro casamento, que têm suas vidas independentes e autônomas. PA faz uso da cannabis desde os 14 anos, diariamente. Formado em engenharia agrônoma, estuda e planta cannabis há muito tempo. Sua vida é dedicada às atividades da ACMPI, cuja finalidade principal é a fabricação e distribuição de extratos de cannabis, atividade esta que depende hoje exclusivamente do seu trabalho, juntamente com a participação de sua esposa, que é quem faz o contato com os pacientes e organiza a distribuição dos produtos.

Nosso primeiro encontro aconteceu no ano de 2019, em BH, quando, juntamente com outros amigos cultivadores, tivemos a iniciativa de criar a ACMG, e na oportunidade fizemos um curso de formação em cultivo e produção de extratos de canabis, ministrado por PA. A partir daí, ele se tornou também membro e parceiro da ACMG e um dos principais articuladores para a ampliação do movimento associativo canábico em Minas Gerais.

PA me contou que aos 12 anos, no ano de 1972, conheceu a canabis através de uma família de vizinhos em Teresina, que fazia uso tradicional. Tinha um campinho de futebol no terreno contíguo à casa destes vizinhos, onde ele jogava bola. Um dia, o campinho havia sido fechado por uma ação da polícia, que descobriu uma plantação de maconha no quintal desta casa. Nesta família havia três integrantes com quadros de epilepsia, que se beneficiavam do uso da canabis como remédio.

Foi aí que eu ouvi falar de maconha pela primeira vez, e isto despertou a minha atenção. Depois disso, procurei uns livros para estudar sobre maconha. Primeiro encontrei um livro publicado pela TFP¹⁵, só falando atrocidades. Mas eu não fiquei muito impressionado com aqueles relatos, não. Dois anos depois eu experimentei maconha pela primeira vez com um amigo, que arranhou um baseado numa festa de São João. Mas eu não senti nada quando fumei! Foi somente na terceira tentativa que eu senti. Estava andando de bicicleta e de repente me senti nas nuvens. Aí eu me toquei: estou doidão! Tenho que voltar para casa. Quando eu cheguei minha mãe ficou me espiando: “menino, você está com cara de sono. Vai deitar!” Aí fui pro meu quarto e viajei. Canabis na cabeça! Senti percepções extrassensoriais de diversos tipos. Visuais e auditivas. Fechava o olho e minha cabeça parecia uma tubulação saindo muita água. Passei a tarde nesta peia, né. Mas tinha coisas muito interessantes. Minha casa ficava no meio da quadra, mas eu conseguia escutar a conversa que estava acontecendo na casa do vizinho do outro lado da quadra, do terceiro vizinho e lá da padaria no outro lado da rua. Então, assim... foi forte! Mas foi interessante porque destravou muita coisa na minha cabeça. Primeiro, porque não fez mal nenhum. Depois, porque mostrou que no pensamento tem mais coisas do que a gente costuma achar que tem (PA).

Desde então, nunca mais parou de usar. O interesse pelo cultivo aconteceu desde cedo e a curiosidade em aprender mais sobre canabis o levou ao interesse com plantas em geral, e a estudar engenharia agrônômica. A partir daí, ampliou o entendimento no assunto e passou a praticar várias formas diferentes de cultivo de canabis. A passagem por várias comunidades alternativas, principalmente nos encontros do ENCA (Encontro Nacional de Comunidades Alternativas), somada à convivência com muitos usuários ao longo de sua vida, foram sedimentando seu saber sobre o cultivo e uso de canabis, e o levaram a

¹⁵ Organização ultraconservadora católica, antes denominada Tradição, Família e Propriedade (TFP) e que hoje atua com o nome de Instituto Plínio Corrêa de Oliveira (IPCO).

ministrar cursos sobre cultivo de cannabis nos encontros do ENCA. Sobre seus cursos, ele cita que “CM e LS eram os alunos mais aplicados que eu tinha nestes encontros do ENCA. Cada ano que passava a gente via o resultado pelas flores que eles botavam na roda” (PA).

Na fala de CM, um dos primeiros discípulos do PA e hoje parceiro no plantio e na produção dos extratos, "nos encontros do ENCA ele sempre reunia pessoas em volta dele e ficava ensinando as técnicas de plantar. E foi criando aquela mística né. O professor. Era a enciclopédia da maconha. Aí virou o Mestre PI" (CM).

Desde que foi preso, em 2013, PA não planta mais em casa. A história desta passagem pela prisão mudou radicalmente sua vida e culminou na criação da ACMPI, que aconteceu no ano de 2013.

3.7 ACADEMIA DA MACONHA

Em 2012, PA conhece MO, um rapaz da classe média/alta de Teresina, que havia recém voltado de Londres com algumas sementes especiais de cannabis e uma vontade de produzir para uso próprio. Os dois se uniram e fizeram um consórcio nesta atividade, que somava à experiência de PA o aprendizado com o cultivo das sementes de diferente genética trazidas por MO, sob as condições climáticas propícias do Piauí. Logo nas primeiras produções, já era possível perceber a qualidade das plantas. No ano de 2013, estimulados por amigos, enviaram duas amostras para um concurso de Produtores de Cannabis no Rio de Janeiro, e a dupla ganhou o primeiro prêmio com uma das amostras, e o terceiro lugar com a outra cepa.

O sucesso foi um estímulo para a intensificação da produção. A fase de ‘veja’ (fase vegetativa de crescimento da planta) era realizada na casa de PA e a fase de “flora”(fase de floração), na casa do MO, por ter maior possibilidade de exposição ao sol e menos risco de exposição pública. MO sempre ficava apreensivo no momento de transportar as plantas para sua casa, e o fazia sempre em horas de pouco movimento e de maneira sigilosa. Toda esta produção era realizada por MO sem o consentimento de sua família. O pai de MO, apesar de também ser usuário de cannabis, nunca compartilhou este hábito com seu filho. O sucesso do empreendimento fez com que MO passasse a vender para amigos e pessoas de suas relações sociais.

No dia 20 de março de 2014, MO foi surpreendido pela presença da polícia em sua casa. Vítima de uma denúncia anônima, sua casa foi invadida e ele foi detido e levado

preso, após os policiais encontrarem 14 plantas adultas, 20 pequenas mudas e uma pequena quantidade de erva seca (4 gramas). A prisão de MO alertou PA, que imediatamente se livrou das plantas que tinha em casa. Alguns dias depois, a polícia também invadiu a casa de PA e o levou preso, mesmo sem ter achado nenhuma planta ou erva com ele. O fato foi divulgado em toda imprensa local (jornais, TVs) e foi conhecido como "Academia da Maconha", pelo fato dos dois trabalharem como professores (inglês e universitário). Eles foram acusados de serem traficantes de drogas.

Durante sua permanência na cadeia, PA escreveu um poema:

TERCEIRO DIA

Terceiro dia em cela de prisão
É quase como na morte fria
Não fosse o coração batendo tranquilo

Saber o sofrimento da família e amigos dói
A fortaleza da meditação
A filosofia, a devoção
Haveria pranto e ranger de dentes

Com ele aprendi em Caná
Apaixonado pela vida sou
Por prazer, querer e amor

Usuário consciente, respeito
Não me faz falta, nunca fez
Faz transcender o comum, Gosto!
Se tenho que passar por isto, seja! (ALENCAR, 2020 p.18)

3.7.1 O Caso MO

Resumindo, a gente tinha quatro espécies que a gente tinha dominado. Jack-herer, Chocolope, Tang-uva. A gente descobriu que tinha esse concurso no Rio de Janeiro. Setembro de 2013. A gente decidiu participar. Tinha os critérios para participar. A gente só conseguia participar em dois critérios. As nossas duas qualidades entraram na categoria outdoor. A Chocolope ficou em primeiro lugar, e a Jack-herer ficou em terceiro lugar. E ganhou a medalha de rock bud. Sem panelinha.

Eu fiquei chocado com o prêmio! Eu cultivava junto com o PA. Eu fazia a vega e ele fazia a flora. Ele era meu amigo e eu estava todo dia com ele. Eu participava de todo o processo e aprendi bastante com ele. Aí eu fui preso. Uma denúncia anônima. A polícia foi lá em casa e pegou meus pés de maconha. Eles ficaram com meu celular e com a senha. Ai eu fui incriminado como traficante. Eles contabilizaram 30 plantas. Eu tinha na verdade 10 plantas na fase de vega. E nem maconha na minha casa eu tinha. Foi sorte, porque eu sempre tinha os potes cheios. Eu tinha na mesa da sala uma lâmpada onde eu deixava os clones crescendo lá. Tinha uns 20 clones, e foi com eles que denunciaram 30 plantas. Eu iria me separar do PA. Medo. Eu ficava com medo na rua de ficar transportando plantas. Parava um carro ao lado e meu coração batia mais forte. Por isso eu ia fazer o esforço de fazer tudo sozinho. Era somente pra eu fumar. Nessa época ainda não estava muito na moda a produção

do óleo. Era uma utopia ter uma planta produzida em casa. A minha intenção era fazer os meus clones sozinhos.

Ah, eu também tinha um revólver do meu avô em casa. E eles encontraram também uma balança. Aí inventaram que tinha traços de cocaína na balança e foi fácil me enquadrarem como traficante. Eu trabalhava de professor de inglês na Cultura Inglesa. Sou formado em inglês. Eu morei em Londres, que foi onde aprendi inglês. Eu não fui pra lá pra trabalhar, fui pra estudar mesmo. O dono da casa que eu alugava em Londres ficava me incentivando a plantar maconha pra vender, porque dava dinheiro lá em Londres. Ele ficava com medo de eu não ter dinheiro pra pagar o aluguel, e me deu um livro do Jorge Cervantes, que é uma bíblia de cultivo de Cannabis. E foi aí que eu passei a estudar e entender todos os aspectos do cultivo. Aí quando eu voltei de Londres eu procurei o PA, que sabia muito sobre cultivo e passei a cultivar com ele. Aí nós conseguimos produzir várias qualidades diferentes. E fomos aprendendo fazendo. Eu era um menino astuto que queria aprender. Eu gostava mesmo. Era uma coisa assim de vocação. Até hoje eu gosto muito. Eu comecei a fumar com 15 anos em um contexto de bandidagem. Todos os outros contextos: religioso, meditativo, medicinal, eu fui conhecendo ao longo da jornada. Eu venho de um contexto particular em relação à maconha, porque meu pai usa, mas não fala comigo sobre isso. Usa escondido. Eu já pitei com a minha mãe, mas com o meu pai, não. Ele não fala comigo sobre isso. É uma situação muito delicada. Eu reconheço como a cannabis me faz bem. O sono por exemplo. Eu durmo muito melhor com a cannabis. Pro apetite também. E para as questões psicológicas também traz muitas questões. Eu fico mais sensível e fico mais presente comigo mesmo, num estado de pensamento e de questionamento, onde eu acho muitas respostas de como eu sou, da minha personalidade, de como eu devo agir. É uma forma de meditação. Eu acho que eu tenho um certo grau de ansiedade. Isso também me ajuda a entender e a tratar isso. Às vezes pode me deixar até mais ansioso, mas eu percebo como a ansiedade age em mim. E todos os meus amigos também usam. Eu toco numa banda de reggae. Reggae é comigo. Mas é isso aí. Resistência é assim. Agora eu não tenho mais medo de falar e de fazer. Sei socialmente o que isso representa. Eu estou com meu pensamento fortalecido. Sei das implicações. Eu vejo uma evolução muito grande no pensamento das pessoas sobre isso. E vejo o meu papel nessa transformação. Estou aqui, eu fumo desde novo e sou responsável, formado em universidade, e sei conversar com qualquer um sobre qualquer assunto. Mas depois da prisão, não arrisco a plantar mais (MO).

No julgamento, acabaram sendo absolvidos pela falta de provas de associação ao comércio dos produtos. MO alegou que eram de uso próprio, e PA não foi preso com flagrantes. Este julgamento foi marcado por uma fala muito corajosa do PA, que fez sua própria defesa, alegando a importância do uso da Maconha na sua vida, como medicamento.

Eu estava preso e foi o dia da audiência. Aí quando o advogado me acusou de traficante eu me levantei e falei assim na frente do juiz. É mentira! Na cara do cara. Pronto! Foi bacana. Eles não tinham nenhuma prova. Eu fui solto. Fiquei só dois meses. Quando eu encontrei esse meu amigo que foi preso na mesma circunstância que eu (MO), ele estava muito triste. Já tinha quatro dias que não comia. Nem a comida que a família levava. Aí foi até bom a gente se encontrar. Era um grupo, né! Fortaleceu. Atravessamos esses dois meses, que tinha que atravessar, né. Depois que eu saí, aquelas plantas que eu tinha distribuído pras pessoas ali do entorno, ninguém me devolveu as plantas. Quando eu fui preso, eu distribuí os vasos de plantas pra alguns conhecidos, e a minha esposa pegou o resto das plantas e jogou fora, no muro da esquina. E os meninos lá pegaram e continuaram a cuidar. Mas depois ninguém me devolveu. Quando eu fui

preso eu tinha 3 filhos mais velhos com a minha esposa e 3 filhos mais jovens de outra esposa. Eu convivia com estas duas esposas assim de boa. Elas não se importavam. A primeira esposa, que tinha 30 anos de casado comigo, fazia assim vista grossa pra não fazer confusão. E quando eu estava preso, elas se encontraram.

E no dia que eu fui sair, o mais incrível é que o pavilhão todo ficou assim em festa. Parece que todo mundo recebeu o alvará. E nesse dia era quinta-feira, era dia de visita e as duas mulheres estavam lá. E eu no meio. Rapaz, foi um dos dias que eu mais cozinhei emocionalmente. Não podia dar atenção a uma que a outra ficava assim, com ciúme. Estava assim, aquele clima. Quando faltavam assim uns dez minutos pra acabar a visita, chegou o alvará de soltura. Foi aquela festa! Parece que tinha acabado toda a briga do mundo! As mulheres se abraçaram e todo mundo se abraçou e eu fui embora. Eu escrevi um livro enquanto estava preso. A segunda parte desse livro (Inferno) foi uns dias depois. O reflexo do que aconteceu né. Sem grana, sem amigos, sem plantas. Aí eu fui retomando aos poucos. Eu ainda não fazia o óleo. Aí eu comecei a me interessar por isso (PA).

Enquanto para MO a experiência da prisão foi decisiva para abandonar o cultivo, para PA foi o fator decisivo que o levou a buscar estratégias para aumentar a segurança e o reconhecimento.

3.8 DE “TRAFICANTE” A AGENTE DE SAÚDE

A partir de um simpósio promovido pela Liga Cannábica do Piauí¹⁶ abriu-se a possibilidade de transformar toda esta experiência em uma ação de compromisso social. As mães vinham buscando a possibilidade de tratar seus filhos com cannabis, no entanto o elevado custo para a aquisição do medicamento importado era um entrave ao uso. PA então começou a fazer experiências com a extração em óleo de coco, e este extrato passou a ser distribuído gratuitamente para algumas destas crianças, como forma de um ensaio terapêutico. A experiência com as crianças da liga cannábica possibilitou o aperfeiçoamento do produto e fez com que ele atingisse uma excelência técnica, obtendo um produto de qualidade superior aos disponíveis no mercado (importados e produtos produzidos a partir da extração com álcool). Uma das pessoas importantes neste processo foi um médico pediatra de Teresina (Dr F), que receitava o óleo e incentivava as mães a utilizarem o produto artesanal produzido pelo PA.

¹⁶ Liga cannábica do Piauí é uma entidade que reúne pais de crianças com problemas neurológicos que promoveu o primeiro simpósio de cannabis de Teresina em março de 2017 e teve a participação do Governador do Piauí na ocasião, Wellington Dias, que compartilhou sua experiência com uso de cannabis no tratamento de sua filha de 10 anos com problemas neurológicos graves.

Tinha as mães que já davam o óleo importado pros filhos, mas que não tinham muita condição de continuar comprando daquele, e eu comecei a dar do meu pra elas. O meu era tipo integral, com THC também, diferente do importado, que era só CBD. Aí a gente foi vendo que este funcionava melhor, era mais eficiente e precisava de menor quantidade. Às vezes elas (mães) davam retorno dizendo que as crianças estavam ficando meio aperreadas, e eu ia modificando as concentrações, colocando menos flores no extrato para reduzir o teor de THC. Então as mães foram mostrando pros médicos que as crianças estavam ficando boas, e que aquele óleo funcionava melhor que o importado, e ainda era mais barato e mais fácil de conseguir (PA).

3.8.1 O caso CM

Desde que foi preso, PA não planta mais em casa. Tem seu cultivo consorciado com um amigo no interior do Ceará (CM), que tem uma pequena propriedade rural próximo a Fortaleza. CM, 38 anos, portador de dores crônicas por alterações osteoarticulares nos membros inferiores, devido a um acidente na infância, conseguiu o *Salvo Conduto* para cultivar há 5 anos. É usuário de cannabis desde os 14 anos, e cultivador desde os 21 anos. Há 20 anos faz uso do ritual de Ayahuasca, inicialmente ligado à entidade União do Vegetal (UDV), e há 15 anos vinculado às comunidades do Santo Daime.

Vive na zona rural do Ceará, há 200 km de Fortaleza. Vive só do que planta e produz no sítio, e de produzir Ayahuasca e extratos de cannabis. É reconhecido como um dos melhores produtores de Ayahuasca e de extrato de cannabis do estado. Muito criterioso. Cultiva cannabis há mais de 20 anos para uso inalado, mas iniciou com a produção e uso oral do óleo de cannabis há apenas 5 anos. Usa e produz para seu uso um extrato oleoso concentrado a 20%, onde faz a extração direta no óleo, e acrescenta THC extraído no álcool de cereais. Também produz outras concentrações para os pacientes, conforme as necessidades específicas. Faz uso diário de seu extrato, 2 vezes ao dia. Relata que o seu remédio é muito bom, e muito procurado.

Porque eu produzo primeiramente pra mim. Mas tem também a questão do cuidado com as plantas. E o clima daqui ajuda muito também! Já vi resultado de regressão de câncer de laringe com este extrato. O paciente tomou somente um vidro. O câncer regrediu totalmente. Os médicos do paciente até quiseram me conhecer, mas eu disse: - É só maconha! Pode estudar que dá certo!

Eu não coloco preço exato. Eu explico o processo pra pessoa e ela dá o que acha justo. Eu nem cobro o meu trabalho, somente os produtos. E eu boto o melhor. A contribuição é só para cobrir os insumos. Eu produzo tudo outdoor. O clima aqui ajuda muito. Faz dois anos que eu consegui o Habeas Corpus. Foi o 13º do Piauí. Foi meio espiritual, sabe. Eu tinha parado de plantar nesta época porque tinha recebido um aviso do astral pra tomar cuidado. Aí eu parei. Um tempo depois a Polícia Federal apareceu lá em casa. Acho que eles estavam rastreando quem recebia insumos pelo correio. E eu sempre comprava sementes. Mas neste dia, que eles chegaram, eu não tinha nenhuma planta. Não

tinha nada. Mas foi tenso. E a partir daí eu passei a correr atrás desta autorização para plantar. Um amigo me passou o contato de um advogado que tinha experiência com estes casos. E eu já tinha esta história de uso medicinal por causa do meu problema, então poderia ser possível no meu caso. O advogado foi lá em casa. E chegou com um assistente dele que por coincidência era meu amigo de infância. Eu achei aquilo um bom sinal! Aí eu fui conseguindo os laudos médicos, exames, ressonância, etc. E foi até muito rápido. Eu entrei com os papéis e em dois dias o juiz autorizou. Só aí que eu voltei a plantar. E o juiz nem especificou a quantidade. Mas eu não abuso. Minha defesa principal é não vender. Não cultivo excessos. Em nada. Você não vai achar na minha casa quilos de nada. Não tenho enriquecimento ilícito. Eu faço dentro da minha possibilidade. Mas só o TCM fica quase 500 reais o litro. O uso recreativo já tem muitos anos que eu uso. Pra mim é terapêutico! Pra mim recreativo não é assim que nem álcool que você sempre está num contexto social, festa etc. Pra mim, usar maconha sempre é de uma forma mais restrita, com um ou dois amigos ou sozinho mesmo, ficando na minha, mais tranquilo. Se você está com mal estar, estresse, sempre ajuda a melhorar. Pra mim é sempre recreativo e medicinal junto! (CM).

Hoje PA e CM são parceiros no cultivo e na produção dos extratos, apesar de viverem há aproximadamente 500 Km de distância. Costumam fazer uns 10 litros (óleo) a cada 3 meses, e dividem a produção. PA vai uma vez por mês até o sítio de CM, onde mantêm a produção. A maior parte deste produto é envasada em frascos de 30 ml (dose média para 1 mês de tratamento, aproximadamente) e distribuído, pessoalmente, por eles, para pacientes em Teresina, Fortaleza e cidades próximas. Outra parte é enviada pelos Correios para vários pacientes em todo o Brasil. Para muitos pacientes, o produto é cedido gratuitamente.

3.9 GREEN CREAM

O êxito da atividade de PA na gestão da ACMPI e a qualidade de seu produto o levaram a ajudar na construção de uma nova associação em Minas Gerais. A amizade com LS foi fundamental neste processo. LS era também um dos alunos dos encontros do ENCA. Foi através de LS que eu conheci PA e seu trabalho. Passamos a usar seus extratos em alguns de meus pacientes e comprovei sua eficácia. Muitos pacientes que estavam usando extratos de outras associações, ou mesmo medicamentos importados, relataram uma melhora dos sintomas muito mais importante quando passaram a usar o óleo de PA. Assim, em 2019, LS me propôs criarmos uma associação nos moldes da ACMPI. Convidamos PA para vir à BH nos ensinar sua experiência com cultivo de cannabis, produção de óleos e criação de uma associação. O principal diferencial no trabalho de PA é a qualidade de seus extratos. Parece que a qualidade das plantas, devido ao cuidado

intenso, e a técnica de extração, diretamente no óleo de coco, fazem a diferença em relação aos extratos artesanais produzidos utilizando álcool de cereais. PA descreve sua técnica de extração.

Nesse momento a ABRACE estava fazendo o remédio com Glicerina. Eu sempre achei esses veículos químicos muito complicados. Não queria usar também o álcool, né. Vai ficar bebendo álcool, assim? Cannabis é simples. Tem que ter um veículo simples pra diluir. Aí eu fui testando. Também li muito. Sabia que o óleo TCM era bom, né. Fui testar também com óleo de cocode primeira. E também as proporções. Proporção de folhas, de flor, de trini¹⁷. Não tinha muito camarão. Podia botar os trini. Sabia que tinha THC porque notempo das vacas magras a gente fumava os trini e dava certo, né. Então com ostrini funciona! Aí eu fui conhecendo as mães que precisavam. Usavam o remédio importado e ficava muito caro. Aí elas foram formando a LigaCanábica. E então me procuraram para eu produzir o óleo. E as mães foram dando o retorno, se estava muito forte, se não estava dando resultado, e eu fui testando. E fui usando as folhas, e vendo que dava certo. E as mães foram falando pros médicos. Teve o Dr F que era pediatra e que me ajudou também dando os retornos, e eu fui fazendo. Aí vi que o melhor era o óleo de coco, e já tinha fácil também aqui no Piauí. Era barato. Aí eu cheguei nesta receita básica de 100 g de planta para um litro de óleo de coco. Metade folha metade flor, pra fazer o 1/1. Para fazer o CBD eu uso folha de planta jovem. Três partes de folha para uma parte de flor de outra planta na flora. Se for THC ultra eu uso 3 de flor e um de folha jovem. No começo eu dava pra quem não podia pagar e quem podia, pagava, né. Aí a gente começou a organizar a associação. Eram as mesmas pessoas que organizavam a marcha da maconha. Nós éramos basicamente quatro pessoas. Um casal que organizava a distribuição, eu que produzia, e outra menina que era ativista. Mas, depois, o casal começou a diluir o óleo, e o remédio perdeu a força, e foi dando errado. Aí desarticulou o grupo. A menina foi morar na Bahia e conheceu outras pessoas e foi trabalhar com a indústria de cannabis, e segue lá até hoje. E eu passei a fazer o processo de distribuição também, e as pessoas falavam direto comigo e eu fui crescendo. E até que foi melhor. Eu tenho o retorno direto das pessoas e conheço os casos. E vou orientando como é que toma, se dá algum efeito negativo, etc... Às vezes satura os canabinóides, e a gente tem que variar a cepa. Aí agora eu tenho várias cepas diferentes. Eu já sei o que cada um está tomando (PA).

A partir de seu encontro com a turma da ACMG em Minas Gérias, PA passou a ampliar sua atuação no meio canábico da região Sudeste, e isto trouxe mais reconhecimento para seu trabalho. Ele agora atua dando consultorias pela internet, e aulas em cursos de produção e cultivo, inclusive sendo reconhecido nos meios acadêmicos. Atualmente atende mais de 800 pessoas pelo Brasil, e fornece óleo gratuitamente para muitos pacientes carentes.

¹⁷ Trini – Gíria do vocabulário de cultivadores de cannabis que vem do verbo *to trim* (*inglês*) que significa aparar. As plantas maduras de cannabis são aparadas para retirar o excesso de folhas que não contém muitos fitocanabinóides, antes de serem secadas ou processadas com a finalidade de se concentrar os tricomas que contém os fitocanabinóides. Este excesso de material verde que contém principalmente folhas jovens é chamado de trini.

3.10 HABEAS CORPUS/HABEAS MENTES

A criação da ACMG aconteceu a partir do primeiro curso de cultivo e produção de extratos de cannabis, que aconteceu em 2019. Neste momento, foi firmada uma ata de fundação desta entidade, que tem na divulgação da terapia canábica sua principal missão. Trata-se de uma entidade sem fins lucrativos composta por um médico, um empresário do ramo de óleos essenciais, dois cultivadores, e um pai de criança que faz uso do medicamento de cannabis. Neste período, a associação promoveu 3 cursos de cultivo e produção de medicamentos à base de cannabis, e mantém uma rede social com debates e troca de saberes sobre cultivo, uso e assuntos relacionados à cannabis. Atualmente conta com aproximadamente 200 participantes na rede social. Apesar de ter um endereço físico registrado não possui sede ou espaço próprio. Os encontros acontecem principalmente durante os cursos promovidos. Os pacientes e novos integrantes chegam a partir de contatos pessoais com os integrantes, e são direcionados para atendimento com osmédicos da rede, ou para os produtores de extratos a partir dos grupos de *WhatsApp*[®].

A associação cresceu muito após a pandemia, com muitas pessoas se interessando e aderindo. No entanto, a nossa capacidade de organização não deu conta da demanda e perdeu-se a organização do grupo. Facilmente pessoas com interesses diversos passaram a usar essa rede apenas como forma de autopromoção, e para obter benefícios. Assim começaram a aparecer contratempos e conflitos que ameaçavam a continuidade. Como se trata de muitas práticas ilegais, o aparecimento de conflitos e contrariedades pode gerar uma denúncia, um ato que põe em risco a liberdade dos associados e talvez de toda a rede. Evidenciou-se a necessidade de reformularmos as estratégias de funcionamento.

Desde o início, já ficou claro que a questão do Salvo Conduto (*Habeas Corpus*) era a ideia que mais direcionava as ações da associação enquanto movimento de grupo. A preocupação de conseguir uma viabilidade jurídica para a associação, e para os empreendimentos de produção e distribuição de remédios, é uma necessidade imediata de quem está cultivando, produzindo e disponibilizando seu produto com a melhor das intenções, mas no limite da legalidade. Neste caso, a associação é um instrumento que fortalece o reconhecimento social e, conseqüentemente, legal. Conseguir um reconhecimento médico da necessidade do uso de cannabis é o começo da história. A associação é um instrumento para facilitar isto. Reconhecer juridicamente o direito de plantar para uso próprio é o final de um processo que passa por demonstrar

economicamente que este tratamento realizado de forma legal, hoje, requer um gasto exorbitante, e por isso acessível a poucos. A necessidade de participação de advogados e pessoas do judiciário é forte. A busca pelo *Habeas Corpus* era a ideia que mais direcionava as ações da associação enquanto movimento de grupo. Assim, o reconhecimento individual de alguns pode viabilizar a associação como uma espécie de consórcio, ou clube, que cuida da produção para os seus associados. Essa é a razão de ser da ACMG e de outras experiências neste cenário de disputa no marketing canábico.

No entanto, este grupo originalmente se configura a partir de experiências de amor pela cannabis e sua causa. Sujeitos militantes implicados. Envolvimento de vida. O diferencial deste grupo é que todos reconhecem o benefício do uso que a cannabis lhes proporciona na vida. E a grandeza dos encontros também. Assim, o compartilhamento de produtos para quem não pode pagar por eles é uma prática comum e compartilhada por todos.

Me parece que esta experiência de rede associativa canábica abre uma possibilidade muito maior de se criar relações e encontros terapêuticos, onde os afetos funcionam como uma tecnologia social de dissolução de preconceitos. Um *Habeas Mentis*. As relações que se criam neste grupo que inclui especialistas e estudiosos em plantas, medicina, agricultura, e outros saberes, e pacientes, compartilhando suas experiências vivas no uso de cannabis, criam uma rede de cuidado e afetos muito mais terapêuticos que apenas o uso da planta pode proporcionar. Essa rede de produção de subjetivações criadoras de vidas libertas tem uma potência muito grande.

A partir destes encontros essa rede passou a se transformar num espaço terapêutico. Cada associado compartilhando seus saberes, seus produtos e a sua experiência pessoal, contribuem para o fortalecimento desta rede de cuidados, que, mesmo em se tratando de um movimento que é colocado em desobediência civil, e de atividades e práticas no limite da legalidade, constroem credibilidade. Desta forma, a associação consegue existir e realizar suas atividades sem a necessidade de um reconhecimento judicial, que seria este *Habeas Corpus* coletivo. Uma vez que a associação não se propõe a comercializar produtos, não existe atividade ilegal. A associação se propõe a conectar usuários de cannabis que estão experimentando e compartilhando, o que chamo de *Habeas Mentis*. A questão da legalidade da produção e comercialização de produtos e serviços passam a ser questões individuais de cada associado. Aqueles que se propõem a enfrentar estas questões legais também podem

compartilhar suas estratégias. Essa não é necessariamente uma necessidade para aqueles que apenas querem adquirir o remédio, ou aconselhar e acompanhar pacientes. A rede pode confluir interesses diversos em cannabis, construindo uma plataforma de conexões a partir do seu envolvimento e da sua experiência.

3.11 CANNABIS FRIENDLY

Por meio dessa rede de compartilhamentos, foi surgindo o conceito de *cannabis friendly*, que se assemelha à ideia desenvolvida nas redes LGBTQIA+ que busca qualificar um local, um serviço, uma pessoa, uma ideia como aquele que se propõe a uma relação simétrica com pessoas LGBTQIA+. Neste universo de possibilidades, que nasce deste encontro mediado pela cannabis, podemos construir um conceito que não passa apenas por usar ou não usar, permitir ou não permitir o uso, legalizar ou criminalizar. Passa por uma possibilidade de encontros vitalizantes, potencializadores, recriadores. Um médico *cannabis friendly* não precisa ser um especialista em cannabis ou em doenças que são reconhecidamente indicadas para o uso de cannabis, mas alguém que traz um olhar sensível para reconhecer as potências daquela prática enquanto cuidado terapêutico, e para ajudar no manejo do uso (evitar o mau uso). *Cannabis friendly* reconhece pessoas que aceitam o uso de cannabis como forma de potencializar a vida e criar subjetivações libertárias. Para aqueles que também procuram viabilizar negócios, *cannabis friendly* pode ser também um produto, um selo de qualidade, que classifica serviços e produtos a partir de um determinado olhar.

Concomitante a esta pesquisa, foi desenvolvido por nós um repositório virtual de artigos e publicações e contatos relacionados a este tema, que se transformou no site cannabisfriendly.com.br, e que pretende ser uma semente desta proposta.

A partir da discussão deste novo conceito, houve uma divergência de caminhos para a associação. Apesar desta ideia da associação se constituir em uma rede descentralizada de trocas de saberes, serviços e produtos à base de cannabis, a maioria dos membros diretores ainda vislumbra a ideia da associação como um dispensário centralizado de produtos de cannabis, nos moldes de outras associações que progressivamente se transformam em empresas do negócio da cannabis. Eu penso que a rede pode ser o embrião de um movimento micropolítico mais interessante. A partir desta percepção passou a ficar evidente para mim a dissociação de caminhos na condução da

ACMG. A partir desta experiência, eu questioneei a minha permanência enquanto membro diretor.

3.12 MICROPOLÍTICA CANÁBICA

Uma das atividades empreendidas pela ACMG, que considero mais interessantes enquanto movimento micropolítico de transformação social, são os cursos de cultivo e produção de extratos. Uma destas experiências aconteceu a partir de um encontro com ativistas da cidade de Viçosa, em Minas Gerais, que estavam interessados em criar uma associação nos moldes da ACMG.

A organização do curso de produção de extratos de canabis, realizado pela ACMG em novembro de 2021, juntamente com a participação do grupo de ativistas da canabis de Viçosa, foi uma oportunidade para abrimos o debate com a comunidade acadêmica ligada à Universidade Federal de Viçosa (UFV) e principalmente com a rede de agricultura familiar e de agroecologia, reunida nas atividades do CTA (Centro de Tecnologias Alternativas). O lema comum foi de levantar a defesa da inclusão da canabis como uma das plantas da Farmácia Viva do SUS. Este curso foi uma oportunidade para abrimos o debate sobre o uso e incorporação da canabis na Farmácia Viva, e para aproximar o saber popular e ancestral ao meio acadêmico, considerando que a UFV é uma das principais Universidades agrícolas do país, e que os estudos sobre canabis já estão sendo realizados nesta instituição, principalmente estimulados pelas parcerias público-privadas com interesses mercadológicos incentivados pelo agronegócio.

Na oportunidade, foi inaugurada a ACOLHAM (Associação Comunitária Liamba da Mata), cuja diretoria reúne ativistas locais e lideranças ligadas à agricultura familiar, agroecologia e alunos da graduação e pós-graduação da Universidade, além de pacientes e familiares. O curso foi dividido em dois dias, sendo que no primeiro dia foi realizado um debate teórico que envolveu o departamento de fitotecnia da UFV, com a participação dos alunos da pós-graduação que trabalham com canabis e a equipe da ACMG. O encontro, que contou com a presença de alguns participantes presencialmente, e a maioria de forma virtual, foi uma oportunidade para entender melhor quais os interesses e articulações que estão em jogo na disputa pela questão da canabis nesta cidade, que tem uma relevância considerável em se tratando de assuntos do universo agrícola no país. A maior parte do curso foi ministrada pelo nosso parceiro PA, que trouxe sua experiência

de mais de 40 anos no cultivo e produção de extratos de canabis, e no ativismo pela legalização do plantio desta planta. A participação de alunos com diferentes interesses neste curso mostra um pouco a diversidade de atores que estão em ação neste cenário.

3.12.1 O caso AR

AR, 52 anos, agricultor de Santa Cruz do Calvário, na nascente do Rio Piranga, afluente do Rio Doce.

Eu tirava areia do rio Doce e vendia para construção civil. Quando houve o rompimento da barragem, a lama levou a minha empresa, que ficava na beira do rio. Aí eu fiquei assim meio parado sem trabalhar. Aí, nesse intervalo, eu conheci um pessoal do CTA de Viçosa, e com a ajuda deles eu comecei a fazer plantio com o sistema agroflorestal, lá em casa. Isso veio trazendo a agricultura pro meu lado, que eu já gostava, mas não tinha tempo de mexer, e com isso eu fui entrando na agroecologia e me soltando, e hoje eu estou apaixonado por ela! E isso está me fazendo interessar mais pelos cursos aqui do CTA, e agora por esse aqui da canabis. Eu fumo desde novo. Comecei com 14 anos. Ela me traz paz interior. Ela me traz assim, tudo que eu precisava. Ela me completa. Eu nunca senti nada de ruim com ela, só me sinto bem. Venho usando esses anos todos (AR).

Nesse momento, como AR já havia me contado sobre seu pai, de forma bastante espontânea, perguntei se ele havia apresentado a canabis para seu pai, e ele me contou essa história.

Meu pai foi assim: ele sabia que eu fumava, mas eu fumava escondido. Ele me discriminava muito. Mas eu bebia também. Bebia muito. Cachaça, tudo! Bebia de cair. Aí eu comecei a dar preocupação pra família também. Porque bebida não é igual cigarro que prejudica só a gente, prejudica a família, os amigos, todo mundo. Aí foi Deus que me deu uma luz pra eu querer parar. E procurei os Alcoólicos Anônimos. E consegui parar. Mas eu continuei fumando. Eu falei assim: esse aqui não me prejudica! E nisso meu pai deve ter visto a reação como eu estava antes quando bebia, e depois, só fumando. Um dia ele virou pra mim e falou: - Oi AR! Você sabe que esse negócio de maconha é até bom pra você? Antes você era agressivo, nervoso. Você largava tudo que começava. Agora você está mais calmo e centrado. Você pode fumar aqui em casa. Eu não sou contra mais. Pra você é até bom!

Aí depois disso, eu até comecei a plantar, pra parar de ficar assim em boca, lugar perigoso. E depois ele começou a me falar que podia deixar que ele cuidasse das plantas. Um dia eu o vi jogando água nelas. Aí ele me falou assim: - Será que esse negócio é bom mesmo?

E eu disse pra ele: - Uai pai! Experimenta! Se o senhor gostar, você usa.

-Então enrola um aí pra mim!

Aí eu fiz e deixei lá pra ele. Uns dias depois ele encontrou comigo e falou assim: - O AR, você sabe que o trem é bom mesmo! Pra mim foi bom. Eu tava sozinho lá na roça e fumei aquele que você me deu, e fiquei de boa!

Isso deve ter uns 15 anos pra cá. Depois disso ele planta o dele e fuma lá na roça. Hoje ele está com 80 anos. Até hoje gosta de dar as tapinhas dele. Hoje lá em casa os meus irmãos também fumam com ele (AR).

3.12.2 O caso BC

BC, 45 anos, é coordenadora do CTA (Centro de Tecnologia Agroecológica) da Zona da Mata. É natural do Rio de Janeiro e ativista de lutas pelas causas do povo negro, da agroecologia e da população LGBTQIA+.

Aí ela (minha mãe) falou pra mãe dela: - Mãe, você não sabe o que eu descobri, mãe. Liamba é maconha, minha, mãe! E a gente pode ser presa, mãe! A gente vai chegar na rodoviária. Tem polícia. Cachorro pode cheirar.

Aí minha vó a esperou terminar de falar e disse assim: - Deuzinha, depois que você foi morar no Rio de Janeiro você ficou abestada! Desde quando Liamba é maconha? Tu tá me chamando de maconheira? A gente vai levar sim, eu não faço parto sem Liamba.

Minha avó só fazia parto com Liamba. Pra sentir menos dor, pra relaxar. E ela tava indo fazer o parto da filha dela. Minha tia. Aí eu sei que naquela confusão, ela pegou a liamba, botou num vidro de álcool e disse: - Quero ver cachorro cheirar agora!

Aí eu resgatei o termo liamba para a associação!

E tem outra história interessante também. Eu participo da articulação nacional de agroecologia. Eu era da CENAPA (Comissão Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica), e aí a gente sempre fazia a reunião anual das mulheres. E a gente estava lá tudo no mesmo hotel em Brasília e eu estava dividindo o quarto com duas agricultoras. Uma delas do Rio Grande do Norte. E aí eu fui e contei essa história da minha avó. E ela me disse assim: - Eu vou lhe contar. Eu planto Liamba. Mas é só pra uso medicinal. Eu não fumo. Não tem nada melhor pra dormir do que chá de folha de Liamba. Duas folhas novas pra cada xícara (BC).

3.13 CRIANDO REDES DE PROTEÇÃO

3.13.1 O caso BA

BA, 50 anos, músico. Usuário de cannabis desde a adolescência. Participou do curso da ACMG em Viçosa e se entusiasmou a produzir a própria erva. Se mudou para uma área rural onde tinha um terreno e passou a cultivar cannabis e produzir o próprio óleo. Relata depressão e ansiedade, e diz que o óleo o ajuda muito. Depois de alguns meses, em que vinha produzindo suas próprias plantas, foi denunciado e preso em flagrante, com vários vasos de cannabis em casa. Ao ser conduzido à delegacia, acionou arede da ACMG, que enviou um dos advogados (LE) para sua defesa. Conseguiu a liberação 24 horas depois, para responder ao processo em liberdade por ser réu primário. No processo, alegou que produzia para uso próprio e fazia uso para tratar de depressão, dores pélvicas crônicas e ansiedade. Contou com a ajuda dos médicos e advogados da

associação e após 2 anos recebeu a autorização para cultivar em casa além da absolvição no processo.

Chegaram 10 para 6 da manhã sem mandato, sem nada. Chegaram dizendo que a gente estava plantando. Botaram metralhadora na minha cara, aquela cena. Foi uma ex-namorada minha quem fez a denúncia. Mas eu fui preso na sexta-feira e o LE (advogado da rede reforma ligado a ACMG) chegou lá no sábado. No domingo eu saí, mas o delegado falou assim: - Isto é tráfico!

Mandou pro ministério público e abriu um inquérito como tráfico. Aí eu pedi na associação o contato do advogado da REFORMA. Eles me indicaram o LE que já tinha passado por casos semelhantes e vivia numa cidade aqui perto. Ele resolveu entrar com o pedido de *Habeas Corpus* (para autocultivo) como tática de defesa. O juiz da minha cidade é um só, o mesmo para a área cível e criminal. O HC é da área criminal. Mas o juiz não acatou. Ele teve seus embasamentos lá. Mas deu a dica que não era daquela forma que a gente iria conseguir. Isto já foi uma abertura dele. Então teríamos dois caminhos: ou ia pra segunda instância, que era o caminho mais comum, ou abriríamos outra frente pela área cível. No cível é autorização, e não HC. E foi essa a grande sacada do LE. Deu certo! Mas são raríssimos casos como este no Brasil. O meu, por tráfico, é o primeiro caso. E a associação foi fundamental neste processo. Desde a atuação do LE, até o seu laudo falando da importância do uso do THC no meu caso (dor crônica), e que THC não tem nos remédios importados, etc. Porque teoricamente eu poderia comprar o importado, né? E aqueles laudos técnicos da turma de pesquisa da UFV, foi tudo muito top! Porque a acusação deles é de que eu estava produzindo uma super maconha, que eu vendia a 200 reais a grama, etc. Foi aí que o laudo da turma de Viçosa desclassificou a acusação nos aspectos técnicos. Esse tipo de semente, de cultivo, que eu fazia, não era coisa de profissional, era muito amadora. E os caras dizerem que aquilo era super maconha, era de uma falta de conhecimento total por parte da acusação. E o meu laudo técnico: só de bibliografia tinha umas 40 páginas! Superou e muito o conhecimento deles. E quando eu recebi a autorização cível para cultivar, aí abriu precedente. E o promotor de acusação que entrou pro julgamento criminal pediu a absolvição. Isto foi inédito! Não durou dois minutos o julgamento. O promotor falou assim: - Como é que estamos condenando o cara por um crime sendo que a própria justiça reconheceu o tratamento médico dele e deu uma autorização para ele plantar? Foi absolvição! Mas o juiz da comarca foi muito legal. Ele é progressista. E a defesa do advogado foi sensacional. Vai virar uma base para outros casos (BA).

Sobre o caso, o advogado de defesa de BA diz:

A grande maioria das decisões judiciais que permitem o auto cultivo de cannabis para fins terapêuticos partem de processos de Habeas Corpus que acontecem na área penal. O processo do BA é um processo no qual a gente conseguiu uma autorização cível para auto cultivo e produção do medicamento. Neste caso, é uma ação de jurisdição voluntária, que é um tipo de ação cível que não tem perícia, não tem audiência, onde você pede pro juiz uma providência voluntariamente, sem pretensão resistida. A gente poderia também ter movido uma ação cível de obrigação, contra a ANVISA, mas este tipo de ação não seria o mais adequado, pois faria com que a ação fosse para a justiça federal. Mas funcionou. O juiz acatou. Aí, esta autorização cível ajudou a ele ser absolvido do processo penal (LE).

4 DISCUSSÃO

Apesar de ser uma planta considerada ilegal no Brasil, e carregada de estigmas e preconceitos, o interesse pelo uso de cannabis tem crescido cada vez mais (OLIVEIRA; VIEIRA; AKERMAN, 2020; SULLIVAN; AUSTRIACO, 2016; WORLD DRUG REPORT, 2021). A recente legalização do uso em muitos países, e as recentes comprovações científicas dos benefícios à saúde em muitos casos, tem impulsionado este interesse (FANKHAUSER, 2002; MECHOULAN; HANUS, 2000; GARAT, 2015). A cannabis é uma planta que sempre moveu muitos afetos positivos e negativos, ao longo da história. Considerando as paixões que movem este debate em que, de um lado, se encontram os militantes usuários e pacientes que reconhecem os inúmeros benefícios desta planta, e de outros, aqueles que ao longo de muitos anos sucumbem a regimes de verdade¹⁸ negativos em torno da cannabis, este estudo, ao apresentar outro regime de verdade que se contrapõe ao dominante, traz mais elementos para esta disputa.

4.1 RECREAÇÃO-TERAPÊUTICA

A ideia de que existe uma forma de uso medicinal, ou mesmo um produto extraído da cannabis que seja medicinal, e diferente de outro produto ou forma de uso que não seja medicinal, mas apenas recreacional e perigoso, é uma política de subjetivação que atende a certos interesses (BRASIL, 2022).

Considerar uma prática como uso medicinal compreende um uso cujo propósito é o de se alcançar determinado efeito positivo para a saúde física e mental. Contrariamente, considerar o uso recreativo, ou adulto, como específico, ou em oposição ao uso medicinal, produz uma ideia de efeito negativo ou de uso nocivo, irresponsável e problemático. O

¹⁸ Regimes de verdade: Conceito desenvolvido pelo filósofo francês Michel Foucault, que procurou demonstrar como, para cada sociedade, as noções de verdade variam ao longo da história. Essas noções podem ser consideradas falsas ou verdadeiras em diferentes períodos, ordenando e controlando a vida social e os indivíduos, criando um sistema de normalização nutrido por estas micro relações de poder. Para Foucault (2000a) existe uma “economia política da verdade”, ou seja, a verdade está presente na sociedade moderna através do discurso científico e nas instituições que a produzem. É produzida e transmitida hegemonicamente por aparelhos políticos e econômicos. O que podemos chamar de um regime de verdade, portanto, seriam os sistemas de poder que a produzem e a sustentam, garantindo sua indução e reprodução na vida social.

próprio termo “recreativo” transmite uma ideia de que não se trata de uma prática responsável.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID 10¹⁹, uso recreativo é o uso de droga não problemático, sem prejuízos funcionais, que não se encaixa como uso nocivo ou dependência. No entanto, a construção da dicotomia cannabis medicinal x cannabis recreativa promove a ideia do uso recreativo como não-medicinal e problemático. A questão fundamental do efeito positivo ou negativo, sob outra perspectiva, não depende de um suposto tipo de cannabis, ou contexto de uso, mas da relação que cada indivíduo estabelece com este uso.

Dentro do chamado uso recreativo existe a possibilidade de se fazer um uso problemático e um uso terapêutico. Como também em relação ao uso medicinal, seja de cannabis ou de qualquer medicamento, pode haver a possibilidade de se fazer um uso problemático.

Neste trabalho pude acompanhar uma série de pessoas com histórico de uso regular de cannabis por vários anos e que não apresentam uma relação problemática com este hábito. Inclusive consideram esta interação com a planta indispensável em suas vidas, por trazer conforto e outras formas de enfrentar as situações da vida.

Pensando de acordo com os conceitos da filosofia de Spinoza (2008), podemos considerar que desenvolvemos, ao longo de nossas vidas cotidianas, uma gama de interações com outros corpos. Tais eventos, mediante as circunstâncias pelas quais nos afetam, podem ampliar ou diminuir a nossa capacidade de agir, pois uma interação, quando impressiona extensivamente o nosso corpo, faz com que se produza um dado afeto. Nessas condições, se porventura essa interação for pautada no desenvolvimento de afetos que ampliem a nossa capacidade de agir, adquirimos o saudável acréscimo de nossa força intrínseca, tal como ocorre no caso da alegria, definida por Spinoza (2008) como a passagem do homem de uma perfeição menor para uma maior. Se a relação que estabelecemos com quaisquer substâncias, pessoas, lugares e coisas está reduzindo a nossa potência de vida, podemos considerar esta relação como nociva ou problemática.

¹⁹ **CID 10:** A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, em sua 10ª edição, frequentemente designada pela sigla CID (em inglês: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD) fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças.

No caso da cannabis não é diferente. Considerar a substância em si como sendo a responsável pelos possíveis danos que seu uso produz, desvia o foco do debate para a verdadeira compreensão do papel da nossa interação com outros corpos, como as plantas.

Um termo atual para designar relações humanas nocivas é o adjetivo “tóxico”. Uma relação tóxica não quer dizer que as pessoas são uma droga, mas que a relação não está produzindo potência de vida. Da mesma forma, podemos criar uma relação com a cannabis que reduza ou aumente nossa potência de vida, independentemente de ser em um contexto de uso recreativo ou medicinal.

A cannabis vem sendo estigmatizada como planta tóxica ao longo do último século, e atualmente tenta-se transferir este estigma apenas para uma parte da planta (no caso, o fitocanabinóide THC), na tentativa de “separar o veneno do remédio”. Esta construção, que atende aos interesses do negócio da cannabis, atrapalha o interesse do cuidado com a cannabis.

Neste estudo, questionamos a ideia de uso medicinal em contraposição ao uso recreativo. Considerar que existe esta dicotomia recreativo-medicinal já é a construção de um dispositivo de interesse do capital, mas não necessariamente de interesse da saúde do cuidado.

A cannabis sempre foi utilizada de várias formas, e para diferentes propósitos, desde tempos imemoriais (ABEL, 2013). No entanto, sua principal forma de uso foi através da inalação, via esta que é associada ao uso recreativo ou dito, sobretudo, por ser uma forma de se absorver os compostos ativos da planta de maneira mais imediata (MALCHER-LOPES; RIBEIRO, 2007). O uso de cannabis de forma inalada permite uma ação mais rápida dos canabinóides em relação ao uso oral. Em casos de tratamento de dor aguda, esta parece ser uma vantagem. Ensaios controlados mostraram a superioridade da cannabis inalada em relação a placebo, no tratamento de dores neuropáticas (KAHAN et al., 2014).

Alguns dos argumentos contra o uso medicinal pela via inalatória consideram que o uso inalado de cannabis libera substâncias tóxicas e que na combustão se perdem muitos componentes da planta.

Qualquer substância fumada pode causar danos para a saúde do pulmão. Fumar cannabis libera muitas das mesmas toxinas e irritantes liberados na queima do tabaco (MOIR et al., 2008; TASHKIN, 2013; KEMPKER; HONIG; MARTIN, 2015). Fumar cannabis pode trazer danos aos tecidos pulmonares que incluem lesão da camada epitelial

das vias respiratórias, prejuízo ao funcionamento das células de defesa pulmonar e formação de bolhas alveolares, levando a desenvolvimento de bronquite crônica, como no caso do tabaco (WU et al., 1988; TASHKIN, 2013). A forma habitual de se fumar cannabis, realizando uma inalação profunda e retenção prolongada da fumaça nos pulmões, pode potencialmente permitir mais tempo de ação de substâncias tóxicas no pulmão. Entretanto, habitualmente os usuários de cannabis fumam muito menos cigarros/dia do que habitualmente um fumante de tabaco, e por isto a incidência destes eventos acontecem menos frequentemente em fumantes de cannabis do que em relação à população de fumantes em geral (MOIR et al., 2008; WU et al., 1998).

O uso de cannabis inalada para fins medicinais é uma realidade em vários países. No Canadá, médicos podem prescrever o uso inalado de flores secas de cannabis *in natura* (CANADA GAZETTE, 2012). No Brasil, recentemente, uma liminar expedida pela 2ª vara federal de Sergipe autorizou uso de cannabis seca *in natura* para fins medicinais, a ser comercializado por uma associação local, desde que cumpridas as exigências da ANVISA (MADEIRA, 2023).

Independente da via utilizada, o consumo de cannabis é muito seguro do ponto de vista clínico (não se conhece casos de óbito relacionados ao uso de cannabis, e são raros os casos de overdose trazendo problemas físicos graves) (GABLE, 2004; HARTUNG, et al., 2014). Esta talvez seja uma vantagem importante da cannabis frente a outras opções terapêuticas que trazem mais risco.

Também é inegável que o uso de cannabis pode potencializar o cuidado em saúde e o alívio de sintomas, e, como qualquer substância terapêutica, os resultados dependem principalmente da indicação, da dose utilizada e da relação de cada corpo com a substância. O excesso do uso, independente da via utilizada, seja oral, seja inalada, pode trazer problemas de ordem psicossocial, emocional e física. O uso sob certos critérios traz benefícios, como bem-estar e alívio de sintomas.

O uso de drogas pela humanidade sempre esteve presente na busca do prazer ou para se alienar de algum sofrimento. Diferentes culturas e sociedades consumiram e consomem drogas com frequência em um contexto recreativo, e muitas vezes este uso não se caracteriza como problemático (CRIVES; DIMENSTEIN, 2003; MOEBUS, 2012; MACRAE, 2003; MACRAE, 2021). Como um elemento contemporâneo, a cannabis, sob uso recreativo, tem estado cada vez mais presente nos momentos de divertimento, socialização e lazer, em diversos grupos sociais (SOUZA; BRITO; TOMASI, 2022;

MACRAE, 2016; MACRAE; SIMÕES, 2003; SULLIVAN; AUSTRIACO, 2016; IANNACONE et al., 2021; MORAIS et al., 2022).

Cada vez mais, a sociedade reconhece o valor do lazer como produção de saúde. Independente da forma de uso; seja inalada, oral, tópica, ou do propósito do uso; seja para uma questão específica de doença, seja para prevenção, seja para autoconhecimento ou mesmo para descontração e relaxamento. O benefício ou malefício que o uso de cannabis traz, depende da relação singular que se estabelece com esta prática.

... explicações psicológicas não são em si suficientes para indicar a razão do uso de maconha e talvez não sejam mesmo necessárias. Pesquisas que tentam provar estas teorias psicológicas deparam com duas grandes dificuldades nunca satisfatoriamente resolvidas, que a teoria aqui apresentada evita. Em primeiro lugar, teorias psicológicas encontram dificuldade de explicar a grande variabilidade do comportamento de um dado indivíduo com relação à droga ao longo do tempo. A mesma pessoa que, num momento, é incapaz de usar a droga por prazer, num estágio posterior será capaz e estará desejosa de fazê-lo, e, mais tarde ainda, se tornará de novo incapaz de usá-la dessa maneira. Tais mudanças, difíceis de explicar a partir de uma teoria baseada nas necessidades de 'fuga' do usuário, são facilmente compreensíveis como consequências de mudança em sua concepção da droga. De maneira semelhante, se pensarmos no usuário de maconha como alguém que aprendeu a vê-la como algo que pode lhe dar prazer, não teremos dificuldade alguma em compreender a existência de usuários psicologicamente 'normais' (BECKER, 2008, p 55).

Para muitos usuários/pacientes, fumar um cigarro de cannabis é uma forma de se obter saúde física e mental. E ainda que esta prática, denominada uso recreativo, seja rotineira e realizada durante muitos anos, não se observa reais malefícios desta prática na saúde física ou psíquica para a grande maioria dos usuários (KROON et al., 2020). Nesses casos, o uso recreativo pode ser considerado terapêutico por uma série de razões, e este é o caso da grande parte dos usuários, onde o uso regular de cannabis não representa um problema na vida, mas uma fonte de benefícios para a saúde física, mental e existencial.

Da mesma forma, buscar na cannabis uma solução para todos os males, ou a única solução para alguns problemas crônicos e de difícil controle, é uma ilusão que também compromete o reconhecimento do verdadeiro valor desta planta.

Considerar práticas recreativas e de lazer como forma de cuidado em saúde e prevenção de doenças, tem atualmente cada vez maior reconhecimento (GOMES, 2014; SOUZA; BRITO; TOMASI, 2022). Recentemente, em uma das principais estratégias da sua campanha para promoção de saúde, a Unimed de Belo Horizonte, uma das principais cooperativas médicas e de assistência médica privadas da cidade, utilizou a ideia de lazer

e recreação como prevenção de doenças. O slogan da campanha era “Leve seu corpo para passear”, enfatizando a ideia de recreação-terapêutica (UNIMED BH, 2020).

Para analisar o lazer de cada sujeito, é necessária uma visão holística da vida dele/a, suas redes, suas atividades, interesses e contextos inseridos. O lazer é uma dimensão da cultura, construído socialmente com a inter-relação dos componentes tempo, espaço-lugar, manifestações culturais e ações baseadas na ludicidade, sempre em diálogo com o contexto (GOMES, 2014).

Seja para experimentação, para suportar a rotina, aliviar o estresse, socializar ou se divertir, o uso de cannabis é cada vez mais presente na vida de diversas pessoas, em um contexto de lazer e recreação. A cannabis entra como um elemento de ligação entre as pessoas, na qual altera o estado de humor, traz prazer e suspende o peso da rotina diária. Nestes processos, a cannabis se relaciona com o lazer como uma excitação agradável, que proporciona alívio e, por vezes, uma sensação de libertação das pressões derivadas do aumento das tensões provocadas pelo controle dos impulsos. O efeito de relaxamento representa um contraponto às atividades consideradas obrigatórias, e uma maneira de se conseguir um estado mental difícil de ser alcançado, diante de todas as pressões e multitarefas existentes na vida diária (SOUZA; BRITO; TOMASI, 2022).

É interessante também observar como a ação da cannabis pode ser muito diferente em cada paciente. Muitas pessoas não apresentam benefícios com o uso de cannabis, mesmo se tratando de problemas cujo efeito tem um benefício reconhecido. Em outras, o uso de cannabis representa uma verdadeira transformação positiva na vida, atuando em problemas e questões onde não se esperava uma transformação. Este fenômeno está cada vez mais sendo reconhecido e está relacionado às ações dos diferentes fitocannabinóides, mas também tem relação com a autopercepção do valor destes efeitos (ATAKAN, 2012; SIRKUS, 2021).

Uma pessoa, portanto, não pode começar a usar maconha por prazer, ou continuar seu uso por prazer, a menos que aprenda a definir seus efeitos como agradáveis, a menos que a maconha se torne e continue a ser um objeto que ela considere capaz de produzir prazer (...) Considerações de moralidade e conveniência, ocasionadas por reações da sociedade, podem interferir no uso ou inibi-lo, mas este continua a ser uma possibilidade em termos de concepção que a sociedade tem da droga. O ato só se torna impossível quando se perde a capacidade de desfrutar a experiência de estar no barato, por uma mudança da concepção do usuário sobre a droga, ocasionada por certos tipos de experiência que viveu com ela (BECKER, 2008, p 67).

Se a cannabis é uma planta que atua de forma diferente em cada indivíduo, trazendo sobretudo experiências únicas e exclusivas, então ela pode ser considerada uma

substância que reforça a percepção da singularidade de cada ser. E a singularidade manifesta pode não ser desejável, em certos contextos sociais. A cannabis sempre representou uma ferramenta para a não adaptação ao meio. Sempre foi uma planta de grupos e indivíduos desviantes (*outsiders*), que se recusavam a se adaptar a regras e comandos externos. “Toda terapêutica que vise facilitar ao indivíduo a sua adaptação ao meio, seja meio social, familiar, profissional, é uma terapêutica que contribui para tornar o ser humano mais medíocre” (NIETZSCHE, 2001, p 83).

Segundo o filósofo Byung-Chul Han (2015), vivemos atualmente uma transição da chamada sociedade da disciplina para a sociedade do desempenho, onde o inconsciente social da negatividade do dever dá lugar à positividade do poder. A pressão do desempenho como um novo mandato da sociedade de hoje é responsável pelo aumento das principais doenças e sintomas mentais da nossa época, como a depressão, ansiedade, insônia, déficit de atenção e hiperatividade. Esta inquietação e excesso de estímulos, informações e impulsos que caracterizam a vida de hoje, favorece a perda da capacidade contemplativa, sendo corresponsável pela histeria e pelo nervosismo da sociedade ativa moderna (HAN, 2015).

O sujeito de desempenho está livre da instância externa de domínio que o obriga a trabalhar ou que poderia explorá-lo. É senhor e soberano de si mesmo. Assim, não está submisso a ninguém ou está submisso apenas a si mesmo. É nisso que ele se distingue do sujeito da obediência. A queda da instância dominadora não leva a liberdade. Ao contrário, faz com que a liberdade e a coação coincidam. Assim o sujeito de desempenho se entrega a uma liberdade coercitiva ou à livre coerção de maximizar o desempenho. O excesso de trabalho e desempenho agudiza-se num auto exploração. (...) Essa auto referencialidade gera uma liberdade paradoxal que, em virtude das estruturas coercitivas que lhe são inerentes se transforma em violência. Os adoecimentos psíquicos da sociedade de desempenho são precisamente as manifestações patológicas dessa liberdade paradoxal. (HAN, 2015; pp 29-30)

É interessante observar como em muitos destes adoecimentos contemporâneos, o uso de cannabis apresenta suas indicações e seus benefícios mais evidentes. A experiência aqui problematizada me leva a pensar que o efeito da cannabis atua como uma resistência aos estímulos opressivos e coercitivos que nos atingem, vindos de fora e de dentro de nós mesmos. Um hesitar, ou uma interrupção da atenção excessiva e de uma preocupação com o desempenho. Uma forma de retomarmos a capacidade de contemplação e desaceleração, tão necessárias à saúde na vida atual.

Conforme o pensamento de Nietzsche (2003), entre as três possibilidades de comportamento perante os afetos externos negativos, seja uma agressão física ou uma

ofensa, a chamada *disposição ativa* é o comportamento mais valoroso e favorável para o desenvolvimento saudável da existência humana. Para a disposição ativa é necessário o exercício do esquecimento, da arte de olvidar, artifício da estrutura psicofisiológica do ser humano em se conseguir “digerir” os encontros desagradáveis do cotidiano, de modo que não se permita que a constituição psíquica seja prejudicada em decorrência do acúmulo de resíduos das experiências ruins. Diferente da disposição reativa, ou seja, revidando imediatamente a agressão sofrida, ou da disposição passiva, ou, seja, sofrendo o peso da ofensa sem que ao menos seja esboçada uma reação concreta ao ofensor, a disposição ativa não permite que o efeito deletério do ressentimento e do ódio atue com um veneno corrosivo nas suas disposições de ânimo, mitigando assim a sua capacidade de agir no mundo. Podemos considerar que, ao propor a assimilação das vivências ruins por meio da faculdade do esquecimento, Nietzsche desenvolve um recurso que favorece a manutenção e o desenvolvimento da estabilidade fisiológica do indivíduo, do mesmo modo que Spinoza propunha a capacidade de estabelecermos bons encontros em nossas experiências éticas, que garantem a formação de afetos ativos, tais como a alegria e, conseqüentemente, a ampliação da potência de agir individual (NIETZSCHE, 2009; SPINOZA, 2008). Um dos efeitos mais notáveis da cannabis, que é produzir estados de esquecimento, alegria e de “riso fácil”, parecem de acordo com estas ideias.

O caminho para uma Grande Saúde, segundo Nietzsche (1998), demanda uma reavaliação dos valores e atividades que compõem nossos movimentos, buscando uma recriação ética pessoal de valores e atividades que ampliam nossas potências, possibilitando novos modos de vida. Ainda de acordo com o autor, a saúde está relacionada com a capacidade de manter os afetos em movimento, criando novas formas de vida, buscando superar os momentos de dificuldade, se recriando constantemente (NIETZSCHE, 1998). Para ele, o aumento da potência de agir depende da escolha e criação de novos valores e modos de vida, fortalecendo uma ética da afirmação da vida, onde podemos pensar numa terapêutica que atue a partir da dinâmica afetiva, em favor do que a potencializa e nos afasta daquilo que bloqueia ou inferioriza a vida (NIETZSCHE, 1998 e 2012). “Reagir de imediato e seguir a todo e qualquer impulso já seria uma doença, uma decadência, um sintoma de esgotamento” (NIETZSCHE, 2001, p65).

O efeito da cannabis de reduzir a capacidade de memória e de atenção, é um dos efeitos mais facilmente reconhecidos e experimentados, e muitas vezes considerados

deletérios do uso de canabis. A perda de atenção para situações ou coisas habituais do nosso cotidiano pode trazer problemas e situações indesejáveis. O uso crônico de canabis pode trazer dispersão e perda de motivação para as atividades rotineiras. A intoxicação aguda por canabis induz a amnésia em humanos e animais (MARSICANO; LAFENÊTRE, 2009). Os mecanismos envolvidos nesta modulação da memória induzidos pelo uso de canabis, estão relacionados à disfunção da atividade energética mitocondrial de células cerebrais relacionadas ao aprendizado e à memória, pela ativação de receptores CB1 (HEBERT-CHATELEIN et al., 2016).

Este efeito pode ser também percebido como um olhar distinto para determinadas situações ou coisas que, em estados ordinários de consciência, não atraíam a nossa atenção. Esta modificação na atenção pode fazer esquecer-se de compromissos ou perder objetos pela casa, mas pode também revelar qualidades e detalhes em objetos e situações que não haviam sido percebidos anteriormente. As intensificações da sensibilidade permitem perceber os fluxos de energia e captar vibrações do espaço, que nos fazem perceber o mundo de formas diferentes. Habitualmente, uma sensação de alargamento do tempo.

Olhando por outra ótica, podemos pensar na disfunção da memória e da atenção, induzidas pela canabis na vida contemporânea, não como efeitos deletérios negativos, mas como efeitos positivos e terapêuticos, por facilitar o exercício do esquecimento e evitar a sujeição permanente às exigências da vida material, e às autocobranças internas de desempenho, ajudando assim a manter a estabilidade psicofisiológica do indivíduo e a garantir a formação de afetos ativos.

Podemos assim, entender as várias experiências de uso de canabis na vida destes indivíduos como um dispositivo terapêutico para potencialização de vida e como porta de saída de sofrimentos, tanto físicos, quanto psicoemocionais. Uma ferramenta de proteção ao excesso de estímulos agressivos do mundo contemporâneo, oriundo tanto do externo, quanto de nossas próprias cobranças.

4.2 PORTA DE ENTRADA/ PORTA DE SAÍDA

A ideia de que uso de canabis é prejudicial à saúde – e porta de entrada para outras drogas mais perigosas e viciantes – é uma justificativa para se proibir seu uso há décadas. No entanto, a percepção social (e científica) de que é uma droga que oferece poucos riscos

à saúde é uma realidade em muitos lugares (SULLIVAN; AUSTRIACO, 2016; IANNACONE et al., 2021; SOUZA, 2022). O uso de cannabis com finalidades terapêuticas vem aumentando nos últimos anos, relacionado às questões ligadas a ansiedade e transtornos emocionais que se intensificam em momentos de crises (BLACK et al., 2019). A comprovação de que o uso de cannabis pode ser terapêutico tem encorajado mais pessoas a procurar nesta planta alívio para situações problemáticas na vida, de ordem física, emocional, relacional ou social. Muitas situações de difícil solução neste mundo contemporâneo, seja de ordem física, como epilepsias, dores crônicas, ou de ordem emocional, como transtornos de ansiedade, de sono e depressão, têm tido no uso da cannabis mais um aliado para a melhora da qualidade de vida.

O consumo de cannabis teve um aumento considerável nestes tempos de pandemia. A ACMG registrou um aumento expressivo na distribuição dos extratos de cannabis durante a pandemia de Covid-19. Importante se faz tratar deste contexto de pandemia, no qual as memórias aqui discutidas foram vivências. A experiência de isolamento e confinamento que a pandemia de coronavírus trouxe foi um exemplo de como o uso de cannabis pode ser uma ferramenta terapêutica para trazer conforto, dentro de uma situação limitante (NGUYEN et al., 2021; SHOVER et al., 2022). No meio da pandemia de Covid-19, a cannabis apareceu na lista de produtos que o governo da Província da Colúmbia Britânica, no Canadá, declarou essencial ao público para manter os ânimos (PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA, 2020).

O interesse crescente pelo uso de cannabis como alternativa terapêutica em contextos sociais e culturais diversos, especialmente em momentos de crise, interna e externa, sugere uma inclinação do corpo (individual e social) no sentido de questionar a subjetividade dominante. Fazer uso de cannabis representa, para muitas pessoas, um movimento em direção a transvaloração de valores²⁰ (NIETZSCHE, 1998). O estigma da maconha incorpora os piores valores sociais representados por desvio, preguiça, violência, dependência e loucura, que tem na sua gênese aspectos racistas, eugenistas,

²⁰ Transvaloração de valores é um conceito formulado por Nietzsche que aparece principalmente no livro *Ecce Homo*. Ao perceber que as instituições são as principais responsáveis por transmitir a moral, ele afirma que esta moral está muito distante de ser aquilo que deveria ser, e propõe que se viva de uma forma diferente: com mais intensidade, autenticidade e sem projeções para uma vida futura. A proposta é que aconteça uma “transvaloração de todos os valores, em um desprender-se de todos os valores morais, e um confiar e dizer sim a tudo o que até aqui foi proibido, desprezado e maldito” (NIETZSCHE, 2003). Visto que não se pode confiar nos conceitos recebidos de moral, pois são impostos, transvalorar valores é questionar os valores transmitidos como absolutos.

higienistas e classistas (CARLINI, 2006; CARNEIRO, 2019; SAAD, 2018; MACRAE, 2016). Podemos perceber, em várias histórias relatadas nesta pesquisa, o drama de muitos usuários/pacientes por serem reconhecidos socialmente como marginais por fazerem uso de cannabis. Em muitos casos, a comprovação dos benefícios para a saúde é tão intensa, que mobilizam ações arriscadas no sentido de conseguir a aceitação social e legal deste uso. Se permitir desmistificar esta fobia social a partir do uso de cannabis, é, para muitos, uma primeira inclinação em direção à recriação de seus valores.

Podemos pensar o uso de cannabis na vida de vários destes usuários como um dispositivo terapêutico, uma prática que possibilita uma “porta de saída” de várias condições de sofrimento físico, psíquico ou existencial. Esta ideia age na desconstrução do dispositivo fabricado pelo poder instituído que advoga que a cannabis é porta de entrada para outras drogas e para uma vida menos potente, viciada e sofrida. Muitas histórias de usuários que atendi mostram como a cannabis contribuiu para a construção de vidas potentes, livres de sofrimento excessivo, físico e psíquico. Estas histórias são exemplos de como a atuação de redes assistenciais canábicas podem se constituir em um contra dispositivo, que desconstrói a ideia pejorativa e estigmatizante construída em cima do uso desta planta.

Vamos então definir melhor o conceito de dispositivo, para entender este processo de contra dispositivo e transformação da subjetividade a partir das comunidades canábicas.

4.3 DIZ POSITIVO

O termo dispositivo é largamente utilizado no pensamento político contemporâneo, mas tem seu sentido ressaltado de formas diferentes em diferentes conjunturas (DELEUZE, 1996). Foucault é o autor que inaugura a utilização do termo *dispositif* em uma entrevista em 1977, em que salienta a seriedade da palavra para o estudo e determinação das funções estratégicas com base em relações de poder e saber e redes discursivas (DELEUZE, 1989). No entanto, uma genealogia do termo aparece em suas obras anteriores, a partir da palavra *positivité*, tal como foi compreendida por Jean Hyppolite a partir dos estudos de Hegel (FOUCAULT, 1977). Foucault, então, assim definirá dispositivo:

É um conjunto heterogêneo, que inclui virtualmente qualquer coisa, linguístico e não-linguístico no mesmo título: discursos, instituições, edifícios, leis,

medidas de segurança, proposições filosóficas etc.(...)tem sempre uma função estratégica concreta e se inscreve sempre em uma relação de poder (...) permite distinguir o que é aceito como um enunciado científico daquilo que não é (FOUCAULT, 2000a; p 66).

Segundo Agamben (2007), o conceito de dispositivo é um termo técnico decisivo na estratégia do pensamento de Foucault, quando ele se ocupa daquilo que chama governabilidade ou governo dos homens:

Foucault mostrou como em uma sociedade disciplinar os dispositivos atuam na formação de corpos dóceis, mais ainda livres, que assumem a sua identidade e liberdade como sujeitos no seu processo de assujeitamento. O dispositivo é na realidade, antes de tudo, uma máquina que produz subjetivações, e só enquanto tal é uma máquina de governo (AGAMBEN, 2007 p15).

A política proibicionista de drogas globalmente hegemônica, baseada na criminalização e na medicalização, emergiu como questão a ser tratada publicamente há pouco mais de um século, no momento de formação do Estado burguês e na consolidação do modo de produção capitalista (RYBKA; NASCIMENTO; GUZZO, 2018). Para além dos interesses econômicos, que representam tanto o mercado legal quanto ilegal das substâncias psicoativas, a política proibicionista sempre cumpriu com um objetivo estratégico de controle social. A estigmatização e criminalização de substâncias psicoativas, como a maconha, tem sido uma poderosa ferramenta de desqualificação de grupos sociais específicos e justificativa para as mais diversas formas de violência, injustiça e opressão (SAAD, 2018; CARNEIRO, 2019). Na história da chamada guerra às drogas, a construção do dispositivo *maconheiro* representa uma das principais estratégias de fabricação de um “inimigo público” e representante do mal, para a sociedade disciplinar.

O uso da maconha era retratado na imprensa como coisa de “vagabundo e arruaceiro”. Reiteradamente, enfatizava-se que seus usuários pertenceriam “à última e mais baixa escala social”. Isso teve efeito forte na maneira como essa substância passou a ser percebida pela população, reforçando a associação de seu uso à “vagabundagem”, o que persiste até hoje. Esse postulado também predeterminava uma série de características que todos os usuários de maconha portariam. (RYBKA; NASCIMENTO; GUZZO, 2018, p.33)

Segundo Becker (2008), a rotulação de um comportamento como desviante é criado a partir da relação de determinadas pessoas ou grupos a tipos particulares de comportamento, e as regras criadas e mantidas por esta rotulação nem sempre são universalmente aceitas. Aqueles grupos cuja posição social lhes dá armas e poder são mais capazes de impor suas regras.

Quando um comportamento desviante ocorre em uma sociedade – comportamento que zomba de suas normas e de seus valores básicos – um elemento de sua emergência é um colapso dos controles sociais que usualmente operam para manter a forma valorizada de comportamento. Em sociedades complexas, o processo pode ser muito complicado, uma vez que os colapsos do controle social são muitas vezes consequência do ingresso de pessoas num grupo cuja cultura e controles sociais próprios operam em sentido contrário aos da sociedade mais ampla. Fatores importantes na gênese do comportamento desviante, portanto, podem ser procurados neste processo pelo qual pessoas são emancipadas dos controles da sociedade e tornam-se sensíveis àqueles de um grupo restrito (BECKER, 2008, p. 69).

Historicamente, foi a partir dos anos 60 que o discurso e as práticas repressivas em relação às drogas assumiram um caráter belicista, inaugurando a chamada “guerra santa contra as drogas”. Este programa se mostrou bastante oportuno para justificar a manutenção dos gastos com armamentos usados nas relações geopolíticas internacionais, e na política interna das nações que a ela aderiram (CHOMSKY, 1993; CHOMSKY, 2003). Quando, ao final da guerra fria, o comunismo perdeu o seu lugar de foco das investidas de guerra e o personagem “comunista” desocupou este lugar de representante do “inimigo público”, um novo representante fez-se necessário para justificar os investimentos com a guerra e com os processos de dominação e controle social (CHOMSKY, 1993). Neste momento, a guerra às drogas passou a ser a nova estratégia para manter o controle sobre as populações marginalizadas, aumentar a repressão nas cidades e criar uma base para poder atacar as liberdades civis. Nas palavras do autor:

Agora quando algum estado cliente se queixa de que o governo dos Estados Unidos não lhe está enviando dinheiro, já não se diz ‘precisamos para deter os russos’ mas, sim, ‘precisamos para deter o narcotráfico’. Como a ameaça soviética, este inimigo é uma boa desculpa para justificar a presença militar onde quer que haja atividade rebelde ou outros distúrbios (CHOMSKY, 1993, p.18).

No Brasil, duas substâncias têm papel de destaque no engendramento de uma sensibilidade social historicamente construída na luta contra as classes sociais insatisfeitas com suas condições de existência. “A cachaça e a maconha tornaram-se então alvo dos discursos médico-científicos e jurídico-criminais que legitimavam a repressão política, a depreciação social e a desqualificação moral de grupos sociais subalternos” (MACRAE, 2016, p 565).

O costume de se fumar maconha, comum às comunidades marginalizadas, negras, indígenas, hispânicas, insubordinadas, se prestava bem como foco de investida para o controle destas comunidades (SAAD, 2016). Toda a insubordinação que a cultura de uso da cannabis trazia, representava para o sistema uma ameaça à ordem dominante e ao poder

instituído. Neste sentido, criou-se um dispositivo para atuar na subjetivação coletiva, identificando o usuário/produtor de maconha como um novo inimigo da sociedade, o inimigo que justificava o investimento e a produção dos mecanismos de guerra e controle social. A identificação da imagem do maconheiro como um criminoso e ameaça à ordem social foi um dispositivo muito eficiente para este propósito, e que persiste até hoje.

Com a repetição de ideias falseadas, autoritárias e preconceituosas, tem-se operado uma desqualificação e demonização do usuário e do ‘traficante’ (também tratado de maneira pouco matizada). O reducionismo dessa estereótipo, ao encobrir alguns dos reais problemas estruturais da sociedade, criando um inimigo imaginário que tem sua utilidade na manutenção do status quo, acaba por aumentar a marginalização dos usuários, assim como leva à cristalização uma ‘subcultura da droga’ de pouca permeabilidade a agentes de saúde ou a representantes de qualquer tipo de discurso oficial. E, como uma profecia que cumpre a si mesma, isso leva à criação de novas ameaças à ordem e à saúde nessa sociedade (MACRAE, 2016, p. 566).

Neste cenário de luta pela transformação da subjetividade, alguns contradispositivos são capitais nas estratégias das comunidades canábicas. A estratégia de utilizar o termo *canabis*, ao invés do termo *maconha*, funciona para sublimar o estigma que o termo *maconha* carrega e as subjetivações negativas que dele decorrem. Esta estratégia de priorizar o termo científico que designa a planta também é utilizada pela indústria farmacêutica e pelas empresas do negócio da cannabis medicinal, no sentido de transformar a imagem da maconha, de substância perigosa e ligada ao crime, em um produto terapêutico ligado à saúde. No entanto, pelo interesse da indústria, é fundamental considerar a ideia de que apenas uma parte de suas substâncias tem um efeito terapêutico, e somente através das manipulações farmacêuticas podemos transformar esta planta perigosa em um medicamento. Para isto, utiliza-se o adjetivo “medicinal”. *Cannabis medicinal* é o enunciado que vem sendo construído pela crescente indústria interessada no negócio da cannabis, para contrapor o enunciado *maconha-droga*. Esta estratégia visa eleger como terapêutico apenas determinados usos, práticas ou produtos, que essencialmente possam ser controlados e avaliados pelas empresas e pelo negócio. Manter a imagem do uso recreativo, inalado e da planta *in natura* como uma prática considerada maléfica à saúde e criminalizada, faz parte desta estratégia do capital.

Um outro contradispositivo interessante é a configuração das associações canábicas como redes de cuidado, e do cultivador e produtor de cannabis como agente de cuidado.

Dentro da cultura canábica, aqueles que se especializam no cultivo e na produção dos extratos são chamados “jardineiros” e muitas vezes são profundos conhecedores das

plantas e dos efeitos do uso. O canabicultor típico é um sujeito que domina sofisticadas técnicas de cultivo, às quais executa com planejamento metódico e embasado em princípios filosófico-religiosos. Habitualmente, são os personagens principais das associações e dos dispensários de cannabis pelo mundo, e figuras completamente implicadas na causa e na difusão da cultura canábica. São os que dominam o assunto, que praticam e vivem dessa prática; os que trabalham com a cannabis como artesãos conhecedores de seu ofício. Estes sujeitos, portanto, possibilitam ressignificar o termo maconheiro. Maconheiro passa a ser uma denominação de ofício. Um farmacêutico artesanal. Um terapeuta da cannabis.

O filósofo contemporâneo Giorgio Agamben faz uma consideração para a compreensão dos dispositivos que temos que lidar nesta atual fase do capitalismo:

...eles não agem mais tanto pela produção de um sujeito, mas pelos processos que podemos chamar de dessubjetivação () não dão lugar a recomposição de um novo sujeito (...) As sociedades contemporâneas se apresentam como corpos inertes atravessados por gigantescos processos de dessubjetivação que não correspondem a nenhuma subjetivação real (AGAMBEN, 2007; p.15).

Neste sentido, Agamben (2007) propõe uma estratégia à nossa relação com os dispositivos atuais, a fim de “liberar o que foi capturado e separado pelos dispositivos para restituí-los a um possível uso comum” (AGAMBEN, 2007; p14), utilizando-se, inclusive, da perspectiva do sagrado / profano.

Segundo o direito romano, sagradas ou religiosas eram as coisas que pertenciam de algum modo aos deuses. Como tais, eram subtraídas ao livre uso e ao comércio dos homens () consagrar era o termo que designava a saída das coisas da esfera do direito humano, profanar significava ao contrário, restituir ao livre uso dos homens (AGAMBEN, 2007; p.14).

Neste sentido, ressignificar o termo “maconheiro” como uma categoria de ofício, de um detentor de um saber, um agente de saúde, funciona como esta estratégia de contradispositivo, que atua na ressubjetivação como forma de restituir valor ao sujeito. O movimento social atua tanto profanando esta proibição de usar cannabis, quanto sacralizando seu uso, e pretende restituir ao livre uso este direito. Direito de usar uma planta sagrada, segundo várias cosmovisões (BENNET; OSBURN; OSBURN, 1955).

4.4 O MAL É SER ILEGAL

No caso da cannabis, um dos principais malefícios que o uso da planta traz, deve-se principalmente à ilegalidade e toda a subjetividade que esta valoração social e

criminalização trazem. Uma vez que o uso se encontrasse permitido, ou socialmente reconhecido, se eliminariam muitas possibilidades de experiências negativas com a planta. Apenas o fato de se ter que envolver com o universo do tráfico e da criminalidade para se conseguir cannabis no Brasil, é um fator que pode trazer prejuízos consideráveis à saúde, a até mesmo risco de morte.

Em várias situações observadas nos encontros com os usuários neste trabalho, foi possível entender o papel da cannabis nas vidas destas pessoas como dispositivo terapêutico e profilático para uma série de condições patológicas. A busca da legalidade ou de uma segurança jurídica para se usar e cultivar cannabis é um fator de conjunção nas histórias aqui relatadas, porque o principal problema da cannabis, para o universo de vidas que acompanhei, é a criminalização. O fato de ser ilegal e configurar crime o uso ou o cultivo, é o fator principal que traz reais problemas para os usuários, seja de ordem física, psíquica, emocional, social, e sobretudo penal.

A cannabis é uma planta muito segura do ponto de vista clínico, e após séculos de uso pela humanidade não se conhecem casos de morte ou de sequelas físicas graves com seu uso (MALCHER-LOPES; RIBEIRO, 2007; FISCHER et al. 2017, BANNINGAN; EVANS; ALLEN, 2022). Em um dos casos aqui relatados, eu pude comprovar que uso de uma concentração muito elevada de THC, de forma oral diariamente durante 90 dias, não causou nenhum tipo de dano à saúde física e mental do paciente.

Durante muitas décadas se criou uma “satanização” da planta, que confundiu o verdadeiro saber acerca dos riscos e benefícios de seu uso. Atualmente, o crescente interesse no uso medicinal e a legalização de seu uso em vários países, tem fomentado a retomada de pesquisas científicas no sentido de ampliar o conhecimento sobre as propriedades terapêuticas desta planta. As investigações científicas, devido à proibição do uso e cultivo sofreram um atraso importante, sobretudo nas pesquisas clínicas com pacientes. Atualmente, muitos estudos estão sendo desenvolvidos fortalecendo o potencial terapêutico da cannabis, colocando em xeque mitos criados por interesses diversos que não correspondem às verdadeiras propriedades da planta. No entanto, muito conhecimento adquirido permanece restrito às comunidades de usuários.

Uma geração de maconheiros que conheceu a cannabis a partir dos movimentos contraculturais dos anos de 1960 e 1970, e hoje acumula uma experiência pessoal de 40, 50 anos de uso, também traz seus saberes. PA é um destes exemplos. Em sua história de vida podemos compreender diversos aspectos desta cultura e desta prática, que nos

ajudam a desmitificar muitos pré-conceitos e medos em relação ao uso da cannabis, sobretudo as noções de que o uso crônico de cannabis pode trazer prejuízos cognitivos ou à saúde como um todo. Atualmente, alguns estudos clínicos também comprovam a ideia de que uso crônico de cannabis não se associa a prejuízo na função pulmonar, e nem tampouco às saúdes física e mental, especialmente de adolescentes e grávidas (MOKRYSZ et al., 2016; MEIER et al., 2016; KEMPKER; HONIG; MARTIN, 2015; VIN-RAVIV et al., 2017; CONNER et al., 2016).

Os principais receios da legalização da cannabis são o aumento do consumo, principalmente entre adolescentes e jovens, estímulo ao consumo de outras drogas mais pesadas, aumento das taxas de suicídios e surtos psiquiátricos, aumento da delinquência e evasão escolar, aumento da criminalidade e acidentes de trânsito (ČEVERNY et al., 2021). Em relação a estes temas, estudos importantes mostram que estes fatos não são a realidade nos países que adotaram a legalização, mesmo para consumo recreativo (ANGELA et al., 2021; HASIN et al., 2015; WALL et al., 2016; ROTERMMAN, 2020; ANDERSON et al., 2021).

As políticas de legalização e/ou despenalização, iniciadas em vários países a partir do início deste século, estão permitindo também observar os primeiros resultados dos impactos sociais deste tipo de medida. Surpreendentemente, a legalização não resultou nos efeitos nocivos que muitos advogavam, e, ao contrário, mostraram efeitos majoritariamente positivos, como redução de número de suicídios, redução de dependência de opioides, redução de evasão escolar e redução dos índices de delinquência e criminalidade (ANGELA et al., 2021; HASIN et al., 2015; WALL et al., 2016; ROTERMMAN, 2020; ANDERSON et al., 2021). Hoje as experiências de países como Canadá, Holanda, Portugal, Israel e Uruguai, que avançaram na política de legalização/despenalização da cannabis há alguns anos, são os principais exemplos de transformações sociais e econômicas positivas a partir de uma aceitação e reconhecimento social do uso de cannabis.

O Brasil tem um histórico de regulação jurídica pouco favorável ao uso de cannabis²¹. Também historicamente, o Conselho Federal de Medicina (CFM) tem

²¹ Histórico da regulação jurídica da cannabis no Brasil:

2006 Lei 11343/2006 – possibilidade da união autorizar o plantio de cannabis exclusivamente para fins medicinais no Brasil.

2011 STF reconhece a legitimidade do movimento Marcha da Maconha.

2014 CFM por meio da RDC 2113/2014 aprova o uso de canabidiol no tratamento de epilepsias refratárias prevendo algumas obrigações aos médicos prescritores.

demonstrado sua posição retrógrada e preconceituosa perante o uso de cannabis no tratamento de diversas doenças no Brasil. Recentemente, em 14/10/22, foi publicada uma resolução do CFM 2324/2022 restringindo o uso para tratamento de qualquer indicação médica, exceto no caso de epilepsias refratárias em crianças portadoras de síndromes de Dravet, Lenox-Gastaut, ou Esclerose tuberosa. A resolução vai na contramão da ciência médica, que reconhece o valor da cannabis para uma série de outros diversos problemas. Ao restringir o uso de cannabis para fins medicinais no Brasil o CFM agride o direito de muitos pacientes e médicos de cuidarem da própria saúde, e fomenta os processos jurídicos relacionados a este tema. No entanto, após inúmeros protestos e a pressão de associações canábicas, médicos e pacientes, a decisão foi revogada, e uma consulta pública foi aberta para receber contribuições sobre o tema. Atualmente, mais de 65 mil pacientes possuem a autorização da ANVISA para importar e comprar medicamentos à base de cannabis, com base nas resoluções RDC ANVISA 327/2019 e 660/2022.

A resistência de grande parte da sociedade médica e dos órgãos de regulação da prática médica no Brasil, e em outras partes do mundo, em reconhecer o valor da cannabis como um tratamento eficaz e de baixa toxicidade para uma grande variedade de problemas, reflete a incapacidade deste setor em lidar com um novo cenário. Este novo cenário está sendo construído pela sociedade civil, que anseia por mais autonomia e liberdade para conhecer e exercer práticas de cuidado em saúde. O movimento da sociedade civil em prol da cannabis medicinal, representa sobretudo um movimento de redescoberta da sabedoria popular no campo da saúde e do cuidado, que desafia a medicina convencional e ameaça o status da profissão médica. As diretrizes que norteiam as condutas médicas em relação ao uso de cannabis parecem desconsiderar as evidências de segurança e eficácia amplamente disponíveis, e refletem ainda o preconceito e a resistência de quem não tem nenhum conhecimento no assunto. Estes médicos que

2015 ANVISA define os critérios para a importação de produtos a base de canabidiol mediante prescrição médica e registro na ANVISA.

2016 ANVISA permite o registro de medicamentos a base de cannabis contendo até 30 mg de THC por ml e 30 mg de CBD por ml, (motivado pela fase final do procedimento de registro do medicamento Mevatyl[®])

2017 a ANVISA incluiu a cannabis sativa como planta medicinal permitindo um manuseio mais claro e preciso na área da farmacopéia brasileira.

2019 ANVISA RDC 327 que trata de procedimentos para concessão de importação e fabricação de produtos a base de cannabis sativa no Brasil. Hoje representa a norma principal do setor que define o teor das substâncias concentradas. A autorização de plantio continua proibida.

2021 aprovação pela Câmara dos deputados do projeto de lei 399/2015 que altera a lei que proíbe o plantio de cannabis e fabricação de medicamentos no Brasil.

exageram os riscos e menosprezam a eficácia da cannabis, e insistem em tratamentos convencionais mais perigosos e custosos, demonstram se sentirem ameaçados de perderem seu poder e prestígio.

O desconhecimento sobre o sistema endocanabinóide, através do qual a cannabis exerce seus efeitos terapêuticos, e a falta de formação nas escolas médicas sobre o assunto, contribuem para afastar a classe médica do interesse pelo tema. A sabedoria acumulada ao longo de séculos de uso de cannabis pela humanidade, e que foi interrompida apenas recentemente, motivada pela guerra às drogas, está sendo retomada e comprovada pelos benefícios que os pacientes experimentam na vida real. Este reconhecimento, a partir da experiência própria e da evidência dos benefícios e da segurança com o uso de cannabis, tem sido o motor deste movimento transformador, operado pela sociedade civil, que questiona a opinião de médicos e dos órgãos de controle das práticas de saúde. Esta é a verdadeira revolução operada pela cannabis: ela devolve a medicina ao povo. Principalmente para aqueles que cultivam seu próprio remédio, e conquistam autonomia, empoderamento e consciência da capacidade de cuidar de si.

4.5 TAPA NA PANTERA²²

Aí, eu aprendi. Eu sei fazer igual onça. Poder de onça é que não tem pressa: aquilo deita no chão, aproveita o fundo bom de qualquer buraco, aproveita o capim, percura o escondido de detrás de toda árvore, escorrega no chão, mundéu: mundéu, vai entrando e saindo, maciinho, pô:pu, pô:pu, até pertinho da caça que quer pegar (ROSA, 2013, p. 378).

Por se tratar de uma planta que atua na modulação sensorial, a cannabis tem o potencial de nos fazer perceber o mundo através de outras formas, e de sensibilizar nossos instintos para aquilo que nos afeta. A cannabis pode propiciar um estado de consciência que possibilita apreender a realidade a partir de uma experiência física própria e imediata, diferente das formas prontas e construídas a partir de referências culturais e racionais

²² Tapa na pantera. Certamente na lista dos mais clássicos vídeos sobre cannabis já circulados na Internet, o Tapa na Pantera foi um dos primeiros memes lançados no Brasil. Produzido em 2006 e dirigido por Esmir Filho, Mariana Bastos e Rafael Gomes, o curta-metragem, assim que foi publicado no YouTube (no mesmo ano de sua produção), alcançou sucesso imediato e viralizou na Internet. A versão oficial do vídeo, que tem pouco mais de três minutos, exibe o relato de uma senhora usuária de maconha há 30 anos. Na produção, a senhora, interpretada pela atriz Maria Alice Vergueiro, fala, em um bem-humorado depoimento, de sua experiência com a droga, sobre apologia da maconha, dependência química – que ela diz não sofrer -, perda de memória e sobre a origem da expressão “tapa na pantera”, que dá o nome ao vídeo. Segundo a personagem, “tapa na pantera” refere-se à semelhança do ato de fumar maconha com a ação (literal) de dar um tapa em um felino. Para ela, quando o animal se encontra parado e recebe um tapa, ele “desperta”.

(MACIEL, 1985). As máscaras que incorporamos pelos afetos e valores, que nos atingem de fora de nós, nos afastam do campo de forças vivas presentes em nosso corpoexistencial, e nos impedem de perceber a realidade a partir de nossos sentidos próprios. O encontro com a canabis tem a capacidade de restituir outros sentidos e produzir percepções e emoções novas, que se traduzem em valores diferentes dos valores culturais que são estabelecidos como universais. Atua como um programa de reeducação da sensibilidade e protetor das investidas do poder disciplinar e das formas de subjetivação dominantes. Talvez seja esta propriedade que fez a cultura canábica sempre estar ligada a movimentos contraculturais, e a comunidades que buscam se libertar de formas de domesticação e controle da vida.

O uso de canabis em diversos contextos culturais e sociais representa uma forma de fazer aflorar inclinações naturais do corpo. A canabis é neste sentido uma experiência de reaproximação com a própria natureza, um resgate da nossa natureza dita “selvagem”, ou seja, de afetos mais instintivos. Neste sentido, a expressão comum na cultura canábica “Tapa na Pantera” representa este devir selvagem que a experiência com a planta proporciona. Aquilo que desperta principalmente instintos e sensibilidades corporais. Nos afasta desta divisão corpo-mente e, sobretudo, evita a soberania de uma suposta razão operando em todas as nossas escolhas. As intensificações da sensibilidade permitem perceber os fluxos de energia e captar vibrações do espaço que nos fazem perceber o mundo de outras formas. Uma inclinação em direção a um fluxo de afetos que misturam medo e fascínio.

Esta capacidade humana de apreender a realidade a partir de sensações corporais, seria o que Sueli Rolnik define como *corpo vibrátil* (ROLNIK, 2011). É diferente da capacidade de apreender o mundo a partir das representações de que dispomos de forma a lhes atribuir sentido, e que está mais sujeita a uma captura ou programação. A ativação do corpo vibrátil produz uma integração entre sujeito e objeto ao nível do sensível, que impulsiona nossa potência de criação para formas de expressão intransmissíveis pelas representações de que dispomos.

Dissolvem-se aqui as figuras de sujeito e objeto, e com elas aquilo que separa o sujeito do mundo. (...) Entre a vibratibilidade do corpo e sua capacidade de percepção há uma relação paradoxal. (...) Assim, movidos por este paradoxo, somos continuamente forçados a pensar/agir de modo a transformar a paisagem subjetiva e objetiva (ROLNIK, 2011, pp. 12-13).

Nossa cultura racionalista, produzida a partir desta separação entre humanidade-natureza, sujeito-objeto, bem-mal, é uma cultura que privilegia um estado de consciência em que o ego individual tem uma importância fundamental. A valorização deste ego é que cria a competitividade, agressividade, violência e uma cultura egocêntrica. A descoberta de que existem outros estados de consciência pode determinar uma nova perspectiva cultural, e possibilitar a expansão da sensibilidade para outros valores. A canabis enquanto indutora de outros estados de consciência permite a produção de valores opostos a esta cultura egocêntrica.

Segundo Ailton Krenak (2019), desde a revolução industrial o homem tem se “divorciado” da ideia de que é parte da natureza, o que tem prejudicado nossa relação com o meio ambiente e com outros seres.

Fomos, durante muito tempo, embalados com a história de que somos a humanidade. Enquanto fomos nos alienando desse organismo de que somos parte, a Terra, e passamos a pensar que ele é uma coisa e nós, outra: a Terra e a humanidade. Eu não percebo onde tem alguma coisa que não seja natureza. Tudo é natureza. O cosmos é natureza. Tudo que eu consigo pensar é natureza (KRENAK, 2019, pp. 16-17).

Essa dicotomia tem produzido uma espécie de erosão da vida e adoecimento do homem e do planeta. O resgate de uma sensibilidade humana que permite potencializar a experiência de viver passa por ativar memórias corporais menos domesticadas.

Diferente de uma apreciação moral entre civilizado e selvagem, tenho observado o selvagem como vida. A expressão da vida é selvagem. (...) É claro que para um naturalista do século XVII, selvagem não era o oposto de civilizado. Selvagem era aquela verdade natural da vida que eles buscavam. (...) O poeta diz que a grande viagem que o humano tem que fazer é a de si para si. E isso não é uma mensagem mística. Ele não está sugerindo que há uma transcendência espiritual que o homem deve buscar em algum lugar. O que ele está dizendo é o seguinte: nós já somos a vida. Não precisamos procurá-la em lugar nenhum. Acho isso tão maravilhoso pois nos dá confiança, uma firme confiança de que a vida é maior que qualquer observação que possamos produzir, inclusive a ciência (KRENAK, 2020, p.1).

Voltando a Nietzsche, é no corpo que se travam as lutas entre forças opostas movidas pelo desejo. Nossos instintos lutam uns contra os outros dentro de nós mesmos, e lutam nos nossos pensamentos, desejos e afetos. A questão da saúde ou doença é o resultado vetorial desta disputa de forças no corpo. É através do corpo e seus movimentos que podemos medir nossa saúde e cuidar melhor de nós mesmos.

Eu acho estas pessoas desagradáveis nas quais todas as inclinações naturais imediatamente se tornam uma doença. Algo que as desfigura ou é francamente infame. São elas que nos tem seduzido a sustentar que as inclinações e os instintos daquele homem são maus. Eles são a causa de nossa grande injustiça

contra toda natureza. Há pessoas suficientes que podem confiar nos seus instintos com graça e cuidado, mas não o fazem por medo deste supostamente caráter maligno da natureza. É por isto que encontramos tão pouca nobreza entre os homens. Pois será sempre a marca da nobreza que não se sente medo de si mesmo, não se espera nada de infame de si mesmo. Voamos sem escrúpulo onde nos sentimos como voar, nós aves livres. Onde quer que vamos sempre haverá liberdade e luz solar ao nosso redor (NIETZSCHE, 2012, p. 294).

Neste sentido, o uso de canabis pode ser vivido como um chamado do corpo, um instinto de conexão com a nossa natureza vegetal. Uma experiência de novamente deixar o corpo falar. Uma vontade de libertar os sentidos do controle exercido pela razão. A canabis representa, para muitas pessoas, uma ferramenta acessível de contato com esta experimentação do sensível e como forma de se permitir transvalorar valores dominantes. É como uma rebeldia ao sistema em ato. Uma permissão à libertação do corpo do controle da subjetividade dominante. Fortalece no indivíduo a tomada de decisão sobre as práticas de cuidado de si, criando autonomia para esta decisão. Cuidado de si é uma forma de potencializar a atenção sobre si e uma forma de resistência desta captura da subjetividade. A canabis sempre foi combatida pelos grupos dominantes, nas sociedades de controle, por ter sido percebida como um instrumento de insubordinação, porque ela valoriza as singularidades e reforça as diferenças.

A minha história de vida, e a de muitos outros usuários-guia-pacientes que encontrei durante esta pesquisa, se assemelham pelo comportamento de não conformação com as subjetivações dominantes, e resultam em histórias de vidas singulares e potentes. Ao contrário do que muito se prega, são frequentes as relações potentes entre humanos e canabis.

A minha relação pessoal com a canabis foi um processo que me abriu para outras formas de perceber o mundo e ativou sensibilidades que me levaram para a experiência da espiritualidade mediada pelas plantas de poder. Esta experiência, que para mim, hoje, se baseia no uso ritualístico da Ayahuasca como forma de ampliar a consciência e ativar processos de autoconhecimento, desmistificou a visão de que a canabis é uma droga que leva o sujeito em direção a um abismo de dependência e destruição da vida. Ao contrário, a canabis me levou a querer intensificar ferramentas de autoconhecimento e empoderamento do ser. A familiaridade com os efeitos psicoativos da canabis, e a desmistificação de que estas experiências são alucinações ou fenômenos que me desviam de agenciamentos positivos, me trouxe segurança e vontade para experiências mais profundas com outras plantas psicoativas, e que pratico ao longo de mais de 20 anos.

Reconheço o quanto estas experiências foram fundamentais para a construção do meu ser e para uma vida mais plena. O meu encontro com a Ayahuasca foi um evento transformador e potencializador em minha vida, e eu somente pude chegar até ela a partir e por causa da cannabis. Foram as conexões mentais e sociais que a cannabis agenciou em mim que me permitiram a abertura e as oportunidades para entrar em contato com este universo de saberes e esta forma de autoconhecimento, obtido através da expansão da consciência obtida pela Ayahuasca. Neste sentido, pude constatar sempre o valor e a certeza dos saberes adquiridos através desta experiência. Ao contrário da visão da cannabis como porta de entrada para uma vida problemática e dependente de drogas, percebo que para mim foi a porta de entrada para uma vida mais plena e potente. Em mim, o uso recreativo de cannabis ajudou a despertar minha consciência para melhores formas de integração com o meio ambiente, com outros semelhantes e com outros seres, e me fez perceber a importância da ritualização da vida e as possibilidades de transcendência (HAN, 2021). Aquilo que Huxley chama de abrir as portas da percepção.

E seja como for o corpo parecia apto a tomar conta de si próprio. Na verdade é ele quem sempre toma conta de si. Tudo que o ego consciente pode fazer é formular desejos, que são então transmitidos ao corpo por forças que ele controla muito pouco e absolutamente não compreende (HUXLEY, 1979; p 23).

4.6 TECENDO REDES CANÁBICAS

A possibilidade de construção de novos territórios de existência, a partir dos agenciamentos gerados pelo uso da cannabis, sempre representou uma ameaça para a sociedade do desempenho e uma dificuldade para a domesticação dos corpos. Uma das estratégias de resistência contra estes movimentos de criminalização e de medicamentação do seu uso, parte de usuários e pacientes organizados em associações canábicas. O movimento social de criação de associações e coletivos canábicos é uma estratégia na busca de segurança e autonomia para os usuários de cannabis.

Recusando o acesso ao mercado criminal clandestino e as regulações impostas pelo mercado medicinal, este movimento vem atuando na disputa pela autonomia e por outros processos de subjetivação em torno do uso da cannabis. Neste cenário, uma estratégia dos usuários passa a ser configurar o seu uso como medicinal, na busca de legalidade e reconhecimento social, porém esta busca incorre no risco de condenar outras formas de uso que não atendam aos critérios do conceito medicinal. Ao contrário, fazer

entender e desmistificar o chamado uso recreativo, na esteira dos atuais avanços do uso medicinal, pode ser uma forma ainda mais potente de trazer mais compreensão a esta prática, e de desconstruir seu estigma negativo.

A criação de associações canábicas vem se disseminando pelo Brasil como uma necessidade dos usuários/pacientes de conseguir uma certa proteção para o cultivo e o uso, uma vez que se trata de atos ainda fora de legalidade. O pertencimento a um coletivo oficialmente reconhecido e registrado, que tem no uso e estudo da cannabis a sua razão de ser, é um instrumento que facilita a defesa e a proteção de seus integrantes. No entanto, as associações também correm o risco de se transformarem em uma alternativa para viabilizar um comércio informal de produtos à base de cannabis, trazendo para este negócio um certo reconhecimento como entidade de interesse social.

Portanto, muitos interesses novos também entram em jogo neste novo cenário, e, ainda que o interesse maior que move estas associações seja a busca de saúde, qualidade de vida e segurança terapêutica para as pessoas, existe também o risco de se transformarem apenas em mais um negócio. Muitos ativistas canábicos estão se deixando seduzir pela ideia da cannabis como mercadoria especial, especiaria, *commodity*, tornando-se os próprios criadores de um mundo fabricado pelo e para o capitalismo, nesta sua nova roupagem medicinal.

Diante desta situação, a construção de uma outra subjetividade para a cultura canábica, diferente das subjetividades criminosa e farmacêutico-medicinal, parece ser imprescindível para a continuação de sua ação como cultura libertária e criadora de formas de existência singulares. Neste sentido, com este estudo, esforçando-me para estar atento às investidas de captura do desejo pelos interesses do capital, busquei contribuir para a construção de territórios existenciais vitalizantes.

A experiência com o processo de construção da ACMG trouxe à luz esta questão de como ampliar a rede de cuidados com terapias canábicas, mantendo o caráter de tecnologia social e o foco no cuidado, sem correr o risco de se transformar em mais uma empresa comercializadora de produtos à base de cannabis. A questão da busca da legalidade jurídica, e pela autorização de cultivo, é um dos pontos-chave para este resultado.

Este coletivo vem produzindo bons encontros e ações que transformam, não somente a percepção sobre o uso de cannabis, mas também a vida de muitas pessoas, que

passam a se beneficiar dos efeitos curativos e transformadores desta planta a partir de seu uso, e das conexões e relações com pessoas que fazem parte deste movimento cultural.

A minha integração com este coletivo, formado por muitos indivíduos social e historicamente estigmatizados e marginalizados, considerados "foras da lei" ("maconheiros" e "viciados", por vezes acusados de serem "traficantes") que, no entanto, se constituem em militantes implicados e apaixonados pela cultura canábica, e que fazem desta atividade sua própria razão de viver, vem produzindo uma força criativa e transformadora para este movimento como recriador de potências de vidas.

No caso da ACMG, inicialmente o interesse principal dos fundadores era conseguir uma autorização legal para executar um plantio coletivo, e a possibilidade de fornecer produtos para os associados, seguindo o exemplo de outras associações que tomaram este caminho no Brasil. No entanto, no processo de construção desta rede foram aparecendo novas possibilidades de relações, e para mim ficou claro que conseguir o Habeas Corpus (HC) para a associação iria direcionar sua razão social para uma empresa de produtos. Ao contrário, estimular o HC individual favoreceria a criação de um sistema radicular descentralizado de produção, rizomático, onde cada paciente poderia conquistar sua autonomia e compartilhar o excedente da produção com um pequeno número de outros pacientes. Assim, a associação funcionaria como uma instituição de ensino e qualificação de produtores, além de potencialmente formar um coletivo ativador de novos processos que poderiam fomentar e impulsionar outros movimentos semelhantes.

Para quem deseja ter o direito legal de usar cannabis, sem se envolver com o comércio clandestino ou com a indústria farmacêutica, é preciso a obtenção de uma autorização judicial, seja um salvo-conduto (HC) de ordem criminal, ou uma autorização para auto cultivo de ordem cível. A obtenção desta autorização em caráter individual habitualmente limita a produção para uso individual, ou seja, em pequena escala, envolvendo um plantio de poucas plantas.

No entanto, existe também a possibilidade de obtenção desta autorização em nome da associação (pessoa jurídica), o que permite o plantio e produção em maior escala para abastecer os associados, fortalecendo assim a instituição. Entretanto, neste segundo caso habitualmente a associação acaba tomando um rumo mais empresarial, uma vez que passa a sofrer fiscalizações e obrigações legais, o que acaba encarecendo o produto, ainda que se mantenha o caráter assistencial e não lucrativo. No Brasil, existem vários exemplos onde esta situação criou associações com mais de 10.000 associados, com organização e

normas semelhante às grandes empresas mundiais do negócio da canabis. Ainda que o crescimento e a organização empresarial possam trazer benefícios para a segurança e qualidade dos produtos, normalmente perde-se no aspecto humano, social, e no cuidado em saúde.

Ainda assim, a ilegalidade atual no Brasil impede a criação de dispensários de canabis, como acontece em outros países, que se constituem em pequenas empresas com produção limitada, e muitas vezes baseada em qualidade e na individualização dos produtos. Na maioria dos casos, diferente das grandes empresas, estas são microempresas, muitas vezes familiares, que mantém uma produção artesanal e uma clientela conhecida e acompanhada individualmente pelos próprios proprietários e cultivadores. Nestes exemplos de tecnologia social e relações sociais pessoais, o resultado é uma rede de cuidado mais eficiente e forte (CHAPKINS; WEBB, 2008).

No caso da busca da legalidade se basear nas autorizações individuais, a associação se transforma não em uma associação de pacientes que precisam do produto produzido pela associação, mas em pequenos produtores associados, como estamos tentando direcionar a ACMG. Uma espécie de cooperativa, onde a instituição zela pelo controle da qualidade e pela mediação entre o produtor e o consumidor. Cada produtor disponibiliza o seu excedente, e a associação se encarrega de facilitar a distribuição, de direcionar os pacientes de forma a criar redes sociais e solidárias verdadeiras.

O fato de a autorização individual de autocultivo não permitir que o indivíduo possa comercializar o produto restringe ainda mais as facilidades comerciais e fortalece o vínculo social, pois cria-se uma cumplicidade entre quem produz e quem leva o produto. A associação se transforma numa mediadora para evitar abusos por ambas as partes, na troca dos produtos. Geralmente os produtos são disponibilizados por preços de custo, e numa faixa de preços semelhante entre todos os produtores.

A experiência com os cursos de produção e cultivo da ACMG, tanto em Viçosa-MG quanto em São Tomé Das Letras-MG, serviu para demonstrar a força deste coletivo que ativa outros produtores, médicos, advogados e pesquisadores locais, e a criação de outras associações com os mesmos princípios. O movimento fortalece as pessoas locais envolvidas com a causa, e possibilita a ressignificação desta ação tida como de desobediência civil, de alguma forma assegurada por uma rede organizada e de credibilidade social, que tem algumas ferramentas de proteção social.

Este movimento coletivo vem ganhando cada vez mais força e qualificação, criando embasamentos científicos e jurídicos para enfrentar estes desafios para se conseguir autonomia e cuidado com o uso de cannabis. Atualmente os integrantes desta rede procuram identificar outras comunidades que já se encontram em processo de organização associativa, com a finalidade de oferecer estas ferramentas de proteção e de trocas de experiências para fortalecer ainda mais este movimento social.

4.7 MÉDICO CONSULTOR X PRESCRITOR

A experiência de trabalhar com a cannabis foi transformando a forma como eu entendo o trabalho médico. A princípio a minha atividade como médico associado à ACMG foi me conferindo o lugar de médico prescritor, como determina a demanda dentro deste modelo institucional, cuja racionalidade se baseia em critérios biomédicos de caráter generalizante, mecanicista e analítico (CAMARGO Jr, 2005). Na tentativa de construir a legalização do uso de cannabis para os associados, a associação busca estratégias para justificar médica e juridicamente a necessidade do uso. Neste sentido, para a associação, cada profissional precisa atuar de forma coordenada para contribuir na construção deste direito do paciente. Da mesma forma que ao cultivador cabe produzir o produto e ensinar técnicas de cultivo àqueles que queiram produzir o próprio medicamento, ao advogado cabe interceder junto aos órgãos jurídicos movendo uma ação para conseguir a autorização para o autocultivo, e ao médico cabe receitar e atestar a necessidade do uso. Esse modelo centrado no ato prescritivo adota práticas de realização do mercado, e repete um formato utilitário e hierárquico, onde o paciente pouco participando processo de construção de sua autonomia e cuidado.

Conforme Foucault, esse modelo de medicalização que determina a “economia política da medicina” é um dos dispositivos centrais do biopoder, e nesse sentido confirma a ideia de que vivemos um estado em que não há mais um “fora da medicina” (FOUCAULT, 2011). Esse papel que o modelo associativo repete e espera do médico como prescritor não me contempla mais. Acredito que o lugar do médico consultor em cannabis pode operar uma relação de cuidado muito mais ampla. Neste sentido o termo médico consultor é mais adequado que médico prescritor.

A possibilidade de construir uma relação simétrica com o paciente, que favorece a inclusão de suas percepções e anseios na construção de sua autonomia e cuidado, é uma

situação que foi se evidenciando para mim a partir do trabalho com a cannabis. Considerando também o fato de se tratar do uso de uma substância estigmatizada, e de práticas que operam no limite da legalidade, a relação médico-paciente precisa atingir muita confiança e cumplicidade para poder resultar numa prática de cuidado. Neste cenário, a escuta deve ser muito atenta, e a compreensão do que vem a ser terapêutico para cada paciente é uma construção conjunta, dentro de uma perspectiva individualizada e centrada no trabalho vivo em ato.

Se a razão existente aí estiver centrada no Trabalho Vivo, é indicador que a relação entre trabalhador e usuário, para a produção da saúde, se dá sob parâmetros de implicação mútua, no reconhecimento que ali há o encontro de sujeitos que têm juntos protagonismos na produção da saúde e sobretudo, estão presentes diretrizes de intervenção/relação de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização (MERHY; FRANCO, 2003; p.8).

No uso terapêutico da cannabis, assim como a dose adequada é uma variável imprecisa, a definição do que vem a ser terapêutico não é um conceito meramente objetivo. No cenário atual, onde operam a maioria das associações e empresas institucionalizadas que oferecem assistência com cannabis, quem define se a cannabis é terapêutica ou não, nunca é o paciente. Não basta a opinião do paciente em apenas perceber se a cannabis faz bem ou não na sua vida. Quem define o que é uso terapêutico é sempre um outro, seja o médico, a justiça, ou o Estado. No Brasil ainda que o paciente assegure a necessidade e os benefícios do uso de cannabis na sua vida, ele precisa de um relatório e de uma prescrição médica para poder usar cannabis de forma terapêutica. Muitas vezes é apenas para obter estes documentos que o paciente procura o médico. Transformar esta relação é uma necessidade primordial na busca do cuidado. Na minha experiência com terapia com cannabis, eu fui progressivamente aprendendo a transformar a minha prática assistencial e construindo novas possibilidades de relação médico-paciente. Essa mudança na composição técnica do meu trabalho médico está em acordo com as idéias de Mehry e Franco.

Já mencionamos anteriormente que ao observar o processo de trabalho na saúde, em especial a micropolítica que ali se instaura, o trabalho opera seu núcleo tecnológico composto de trabalho morto - TM, instituído na maquinaria e instrumentos, e trabalho vivo - TV, que é o trabalho em ato. Este encontro entre o trabalho morto e trabalho vivo no interior do processo de trabalho reflete uma certa correlação entre eles, no núcleo tecnológico do cuidado. À esta correlação, chamamos de Composição Técnica do Trabalho (CTT), isto é, a CTT é a razão entre TM e TV (FRANCO; MEHRY, 2012; p.156).

A mudança do modelo assistencial em que se pretende valorizar o cuidado, compõe uma hegemonia do Trabalho Vivo sobre o Trabalho Morto, caracterizando uma Transição Tecnológica, que no conceito proposto por Franco e Mehry (2012), significa a produção da saúde, com base nas tecnologias leves, relacionais, e a produção do cuidado de forma integralizada, centrado nas necessidades dos usuários (FRANCO; MEHRY, 2012).

Este processo de transição tecnológica foi sendo agenciado em mim a partir das novas relações com o trabalho que a cannabis permitiu. Eu fui percebendo uma certa mudança no meu modelo assistencial, que passava a ser menos caracterizado como médico-hegemônico detentor do saber e produtor de procedimentos, e mais caracterizado por um formato relacional produtor de cuidado. Em muitos casos, foram os pacientes que me ensinaram sobre uso, manejo e efeitos da cannabis. Neste debate, o que configura a mudança no modelo produtivo do cuidado é uma inversão no núcleo tecnológico dos processos de trabalho em busca da centralidade para o trabalho vivo e o uso predominante das tecnologias relacionais.

Partimos do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende de ‘trabalho vivo’ em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está sendo produzido. Estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem, na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações intersessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. A estas, chamamos de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado. As tecnologias inscritas nos instrumentos, identificamos como tecnologias duras, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde, e ao conhecimento técnico, identificamos uma parte dura (estruturada e outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado (FRANCO; MEHRY, 2003 p. 318).

A transformação do meu trabalho médico, que estava muito centrado na tecnologia dura (dos equipamentos e instrumentais) e leve-dura (do saber instituído), fruto de uma prática essencialmente cirúrgica e objetiva, foi progressivamente acontecendo a partir desta nova configuração que o agenciamento com o trabalho com a cannabis operava, trazendo este novo olhar para a participação do paciente e a incorporação de suas perspectivas no processo terapêutico.

Inferimos daí que a Composição Técnica do Trabalho, quando favorável ao ‘trabalho morto’, reflete um processo de trabalho, tecnologias duras dependente, voltado à produção de procedimentos e quando, ao contrário, houver predominância do ‘trabalho vivo’ em ato, haverá uma produção do

cuidado centrado nas tecnologias leves [FRANCO; MEHRY, 2003, p.319).

No processo de configuração deste tipo de trabalho dentro de uma associação canábica, podemos admitir que a tecnologia dura inclui o uso do extrato de canabis em si, e que a tecnologia leve-dura inclui o diagnóstico e a indicação do uso, que pode variar segundo as indicações mais estabelecidas e reconhecidas (mais duras) ou as indicações mais relativas e menos estabelecidas (mais leves). A tecnologia leve passa pelo processo de relação que se estabelece com o paciente, sobretudo quando se privilegia uma relação simétrica que inclui a visão do paciente.

Eu fui percebendo que no atendimento dos pacientes que me procuravam para fazer uso de canabis, o saber instituído (tecnologia leve-dura) era sempre insuficiente para orientar os processos, e muitos casos apresentavam particularidades e variáveis que saíam completamente da previsibilidade. Nestes casos, especialmente, insistir em fórmulas pré-estabelecidas muitas vezes fazia o paciente desistir do tratamento.

O uso de canabis no tratamento da insônia é um exemplo que mostra a imprevisibilidade dos resultados. Para muitos pacientes a canabis é um ótimo facilitador do sono e para outros o uso de canabis à noite pode atrapalhar o sono. Alguns pacientes preferem usar extrato ricos em CBD para melhorar a qualidade do sono, e outros relatam que apenas com extratos ricos em THC conseguem dormir. Muitas vezes este padrão se modifica no mesmo paciente após determinado tempo de uso. O manejo do uso de canabis em quadros de insônia deve ser singularizado, e requer um acompanhamento seriado do paciente. Muitas vezes alcançar a dose certa leva um tempo de uso e passa pelo método de erro e tentativa.

A experiência na construção da ACMG como rede assistencial em busca de cuidado e autonomia em saúde mostra os desafios de se instituir práticas centradas no trabalho vivo e nas tecnologias leves. O fato de se querer, como rede de cuidado alternativa ao modelo hegemônico, a possibilidade da associação se transformar em mais uma empresa fornecedora de medicamentos, centrado nas tecnologias duras e leve-duras, é um risco permanente. A valorização do trabalho vivo e da tecnologia leve no trabalho terapêutico com canabis passa por uma relação simétrica entre terapeutas e pacientes, por manter um acompanhamento frequente com os pacientes e familiares, e por estimular um debate aberto entre todos os atores desta rede (SLOMP JUNIOR et al., 2017). Neste sentido, o conceito *cannabis friendly* passou a ser considerado por atores desta rede de

cuidado. Um médico *cannabis friendly* seria aquele que oferece mais do que apenas uma receita ou um tratamento com produtos à base de cannabis. Espera-se deste profissional uma sensibilidade para entender os processos e desafios dos pacientes e usuários de cannabis, para que ampliem a compreensão do valor terapêutico e dos prejuízos deste uso em suas vidas. E que também aprendam a perceber o papel desta planta como promotora de autoconhecimento e informações que operam através dos sonhos e *insights*, e que podem ser diretrizes positivas para a promoção de saúde.

Podemos considerar também o valor da cannabis como promotora de ações de integração social e sentimentos de pertencimento entre usuários, o que amplia a possibilidade do trabalho vivo. Como pode ser observado historicamente em coletivos de usuários recreativos, e de uso sacralizado de cannabis, a integração social sempre foi um aspecto marcante da cultura canábica em geral. Em muitos casos, o uso de cannabis desperta no paciente percepções novas sobre sua vida e seus hábitos. Frequentemente é preciso um certo tempo de uso para que estas questões passem a se manifestarem. Isto reflete a importância de se manter um acompanhamento continuado de cada caso.

O estímulo às trocas entre pacientes também é uma forma de ampliar as tecnologias leves nesta rede de cuidados. No caso da ACMG, o debate permanente nas redes sociais da associação é um exemplo de como as trocas entre usuários e pacientes ajuda a ampliar coletivamente a percepção dos efeitos terapêuticos da cannabis. A questão do efeito psicoativo mediado pelo THC exemplifica um pouco este debate. A percepção de que este efeito é terapêutico ou adverso depende de vários fatores, que compreendem aspectos culturais, políticos, ambientais, temporais, sociais, e de sensibilidade física e psíquica. Mas, sobretudo o estigma do efeito psicoativo é um fator que cria entraves à aceitação do seu uso. Para alguns pacientes, ainda que o efeito do THC seja mais efetivo para o controle da dor, a sensação de alteração da consciência é percebida como um efeito colateral limitante. Em outros casos, ainda que o uso dos extratos de cannabis ricos em THC não contribua para uma redução importante no limiar das dores, a sensação de bem-estar com o efeito psicoativo favorece a percepção de que este é um efeito terapêutico agregado. Aprender a lidar com e aproveitar positivamente as alterações cognitivas produzidas ocasionalmente ou não pela cannabis, como ferramentas de autopercepção e promoção de cuidado, é um trabalho que deve ser estimulado e pode ser desenvolvido a partir de redes que operam na lógica do conceito *cannabis friendly*.

4.8 CANOA CANÁBICA

A recriação é uma condição natural de toda vida. A autopoiesis é a recriação de si mesmo a todo momento (MATURANA; VARELA, 1995). Neste momento de crise humanitária e existencial, uma das ferramentas que tem catalisado a auto-transformação ou a recriação da vida é o uso de substâncias psicoativas na busca de autoconhecimento. A possibilidade de aprendizado a partir da ativação de sensibilidades corporais, mediada por substâncias naturais psicoativas, é uma realidade crescente. Este movimento cultural tem sido chamado de *renascimento psicodélico* (POLLAN, 2018).

Hoje, depois de várias décadas de exclusão e negligência, as substâncias psicodélicas vivem um renascimento. Uma nova geração de cientistas, muitos deles inspirados por suas próprias experiências com os compostos, estão testando seu potencial na cura de distúrbios mentais como depressão, ansiedade, trauma e vício. Outros cientistas usam essas substâncias em conjunto com novos exames de imagem para explorar a ligação entre cérebro e mente e esperam desvendar alguns mistérios sobre a consciência (POLLAN, 2018; p. 9).

Neste contexto, a canabis representa uma porta de entrada acessível para este universo.

Vamos fazer uma analogia às viagens náuticas, para tentarmos entender os diferentes processos de subjetivação que operam nos diferentes contextos psíquicos e sociais.

Dentro da analogia às navegações (psico)náuticas, a canabis representa um veículo de transporte para um novo mundo de sentimentos, pensamentos e conexões. Um tipo de embarcação. Uma canoa que representa a primeira embarcação, de fácil manejo e segura para o aprendizado psiconáutico, e permite visitar outros estados mentais e ativar outras percepções corporais. Navegações psiconáuticas podem trazer autopoiesis a partir da descoberta de novos territórios mentais. No entanto, a subjetividade operante em nós determina a qualidade destas experiências.

Pretendi fazer uma analogia com as viagens náuticas nos diferentes contextos em que as experiências com canabis são realizadas, a partir destes encontros com usuários/pacientes de canabis. Estes usuários/pacientes constituem diferentes personagens nesta jornada cartográfica em busca do entendimento dos fatores que fazendo uso de canabis um agenciador (positivo) ou atravessador (negativo) para novos mundos. Este estudo procura buscar superar os processos de subjetivação que demonizou e idolatrou a canabis. Nesta busca procuro entender os processos de produção de

universos psicossociais que favorecem ou desfavorecem as experiências com a cannabis. Assim como embarcar em uma canoa furada pode nos levar a um naufrágio, embarcar na companhia de pessoas queridas e em um barco seguro pode levar a viagens incríveis que nos transformam.

A cannabis, por ser uma droga psicoativa muito prevalente em todos os meios sociais, representa, na grande maioria das vezes, a primeira oportunidade de experiência psiconáutica para muitas pessoas. Os usuários/pacientes são os marinheiros que usam esta embarcação para realizar viagens para outros territórios mentais e físicos. A trajetória destes marinheiros/maconheiros tem o potencial de demonstrar alguns perigos e algumas maravilhas desta navegação/experiência.

Dependendo do contexto que determina o uso de cannabis vamos considerar diferentes tipos de marinheiros:

Piratas: Aqueles que fazem uso de cannabis em um contexto fora da lei, de proibição ou de desobediência civil.

Náufrago: Aqueles em que o uso de cannabis atrapalha e retira potência da vida.

Papagaio de Pirata. É aquele que, em virtude de seus exemplos negativos de vida, dá margem à construção da imagem de derrotado do usuário de cannabis.

Clandestino: é aquele que usa para confrontar uma situação de disciplina ou de ordem.

Mestre capitão: Aquele usuário/navegante que representa o perfil de uma vida potente a partir do uso da cannabis. Representa o ideal do usuário. Aqueles que sabem aproveitar o efeito para exercitar suas capacidades mentais, criativas, relacionais e perceptivas.

Marinha mercante: São os agentes da indústria farmacêutica ou empresários implicados no negócio lucrativo da cannabis. Interessam mais pelo lucro que o negócio pode gerar do que pelos benefícios à saúde.

Traficante é aquele que trabalha para a indústria do crime, envolvido no comércio clandestino de drogas e armas.

Tripulante: Aquele usuário/paciente que apenas usa por e sob orientação médica.

Pescador: É aquele que usa para obter uma intuição, *insight* ou busca uma resposta a uma questão pessoal.

A utilização de cannabis em um contexto de proibição é, na maioria das vezes, uma viagem onde se parte em uma embarcação *pirata*. Considerando a questão da ilegalidade que abrange o contexto da maior parte das situações do uso de cannabis no Brasil, estas navegações/experiências são, na maioria das vezes realizadas infringindo-se a lei, ou seja, em situações em que é necessário esconder ou dissimular socialmente o uso. A criminalização é o principal efeito nocivo e prejudicial a uma boa experiência. Além do medo da prisão, é muito frequente, num contexto ilegal, que maconheiros *piratas* desenvolvam um sentimento de inferioridade perante os não usuários. Incorporam a subjetivação dominante de que usar cannabis é uma prática negativa e desvitalizante. Incorporam a imagem preconcebida do maconheiro que vive “doidão”, o “sequelado”, preguiçoso e imprevidente. Este é um dos fatores que mais prejudicam as experiências positivas, e muitas vezes são os responsáveis pelas viagens ruins (*bad trips*) ou pelas sensações desagradáveis.

Em contraponto aos piratas existem as situações em que o uso de cannabis é permitido e legal. Estas são situações que se aplicam em casos de usuários/pacientes que adquiriram o direito legal de usar. Não se configuram mais viagens em embarcações *piratas*, o que transforma consideravelmente a subjetividade e a experiência. Algumas vezes, se este uso se dá por uma recomendação médica, o contexto dominante é a da medicamentação da cannabis e o paciente tende a se comportar como um *tripulante* passivo, não se importando em conquistar autonomia e entendimento das possibilidades de manejo. A viagem pode até levar ao destino pretendido (alívio do sintoma em questão), porém outras percepções e descobertas que poderiam acontecer durante o trajeto, e potencializar ainda mais a experiência, poderão passar despercebidos. A descoberta de outros lugares (mentais) possíveis de se conhecer – e habitar – muitas vezes não são reconhecidos como positivos. Estas experiências que refletem a medicamentação como forma de relação com a cannabis, ou seja: de forma sistematizada, controlada, certificada, regida por orientações externas e dependente de um esquema predeterminado para o uso, com doses exatas em intervalos definidos, e uso de produtos com concentrações determinadas e certificadas, são viagens em embarcações da *marinha mercante*, onde as relações comerciais é que definem a subjetividade operante.

Podemos considerar dois propósitos diferentes para estas psiconavegações, em relação ao dilema cannabis medicinal x recreativa. Existem aqueles que buscam na cannabis um alívio para situações de sofrimento físico ou mental a partir do chamado uso

medicinal. Nestes casos esta intenção representa uma busca por uma *travessia* para um lugar específico. Um estado de saúde físico ou mental que se traduz como um estado de bem-estar superior àquele em que a pessoa se encontra. Existe neste contexto uma expectativa de resultado. Este contexto está relacionado com a subjetividade construída em torno da ideia de uso medicinal. Sofre a influência dos mesmos processos que operam na utilização de qualquer medicamento alopático, com uma finalidade específica. Vamos considerá-las *viagens de travessia*. Outra situação são as viagens onde não se tem exatamente um objetivo exato, um lugar certo para se chegar e não existem expectativas de resultado. São as chamadas experiências recreativas. Vamos considerá-las *viagens de passeio*. Embarcar em uma experiência psiconáutica, com o objetivo de se chegar a um lugar psíquico ou físico mais potente, pode acontecer a partir de uma viagem de passeio (uso recreativo) que traça a sua própria rota individualizada e sem destino capturado, ou a partir de uma *viagem de travessia* (uso medicinal), onde a rota será definida por um objetivo específico.

Nos casos de uso recreativo (*viagens de passeio*), é na experiência psicoativa que está o interesse principal da experiência. As sensações e percepções que aparecem no percurso destas viagens tendem a ser consideradas positivas quando envolvem um ambiente social e cultural favorável (BECKER, 2008). Estas experiências têm o potencial de recriação da vida e fortalecimento pessoal ainda maior, quando a subjetividade dominante envolve um contexto de espiritualização, sacramento e ritualização (BENNET; OSBURN; OSBURN, 1955; STENGERS; PIGNARRE, 2005; MACRAE, 2016; HAN, 2021).

Nos casos das *viagens de travessia*, onde existe a expectativa de um resultado específico, como o alívio de determinado sintoma ou a substituição de outro tratamento que gera mais efeitos colaterais, as frustrações são mais susceptíveis quando não se obtém o resultado desejado, e outros efeitos não esperados são percebidos como efeitos colaterais negativos. Principalmente quando este uso acontece num contexto mediado por paixões negativas em relação à cannabis, é difícil o marinheiro não “abandonar o barco” (desistir do uso), mesmo que a cannabis tenha trazido outros benefícios não esperados. O contexto social e cultural pouco favorável é um dos fatores mais prevalentes para a aversão aos efeitos psicoativos, e para uma percepção de que este é um efeito colateral e não terapêutico.

Os *náufragos* são usuários para os quais o uso de canabis representa um problema na vida. Habitualmente fazem uso cotidiano e abusivo. Acabam caindo frequentemente em situações problemáticas e viram os *papagaios de pirata* para aqueles que condenam o uso e propagam que a canabis é uma droga entorpecente e viciante. Muitos destes náufragos desenvolvem síndrome desmotivacional, paranóias, preguiça e problemas sociais e relacionais. O abuso, a falta de propósito para o uso – e a falta de ritualização – são, a meu ver, fatores que contribuem para esta situação. As viagens a partir de *piratas traficantes* aumentam as chances de naufrágio, por estarem carregadas de contextualizações negativas.

Os *mestres capitães* representam o ideal de potência recreativa de vida resultante do uso de canabis. Habitualmente reconhecem o valor e a força da ritualização e de sacramentar o uso. São senhores da sua viagem e sabem a hora e os momentos mais oportunos para se usar. Também reconhecem os momentos menos oportunos para o uso e as atividades e estados de espírito onde usar canabis atrapalha. Conseguem fazer desta prática uma forma de intensificar suas aptidões e criar vida e potências de vida. Muitas vezes também são cultivadores e conhecem as etapas do ofício, desde o cultivo e a produção de extratos, e nunca fazem uso de produtos oriundos do tráfico. Reconhecer os efeitos colaterais negativos, e atuar para permitir experiências positivas para outros usuários com conhecimento e segurança, é que fazem destes personagens verdadeiros mestres canábicos. Neste sentido, agem como agenciadores de saúde, cuidando de outras vidas, além da sua própria, e contribuindo para a produção de outros processos de subjetivação em relação à canabis.

Neste contexto, o uso de canabis representa uma abertura para uma nova era regida pela sabedoria vegetal. Um tempo de abertura para experiências que buscam uma nova relação com os outros seres do planeta e do cosmos e nos fazem questionar essa visão antropocêntrica da vida (VIVEIROS DE CASTRO, 2015; KOPENAWA; ALBERT, 2015; KRENAK, 2019). Um movimento cultural de resgate de práticas ancestrais e do conhecimento obtido através de experiências místicas mediadas por plantas, inspirado na cultura dos povos originários e nas medicinas da floresta. Plantas tropicais que têm a potencialidade de abrir a mente para uma transformação psíquica; uma experiência de reflorestar mentes de afetos e saberes mediados pelo mundo vegetal. Uma nova era de grandes navegações psiconáuticas mediadas por psicotrópicos, que representam a nova

corrida por outros mundos e outros tesouros da sabedoria. Um movimento cultural que propomos chamar de *psicotropicalismo!*

MANIFESTIM PSICOTROPICALISTA

Um sonoro sim às culturas tradicionais e suas verdades tropicais. Um sonoro sim aos povos originais, com suas tecnologias ancestrais. Afirmando o valor da diferença e a pobreza da indiferença, afinado com suas sintonias e seus rituais mais que atuais para fora desse cerco de grades diagnósticas, para além do controle farmacomercadológico, reconhecendo psicoativadores de vidamais plena com suas planta-ações e infinidade de conexões, alimentando pertencimento e diversidade, legitimando outros modos de vida e sociabilidade, trincheiras biopolíticas à flor da pele d'alma, de volta às raízes, aos caules às folhas, tomando de assalto o futuro de si mesmos (MOEBUS, 2012, p.42).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerar que existe uma dicotomia entre os usos recreativo x medicinal em relação à cannabis é uma captura semiótica que não permite enxergar a infinidade de possibilidades e modos de relações com esta planta/entidade, além de criar um engano de que o uso recreativo não possa ser ao mesmo tempo terapêutico.

Sustentar esta dicotomia serve principalmente aos interesses mercadológicos e conservadores, porque, por um lado, favorece o negócio do medicamento canábico, e, por outro, permite a continuidade da repressão e criminalização do chamado uso recreativo.

Valorizar as diferentes formas e propósitos do uso como práticas de cuidado permite ampliar a compreensão de que a cannabis pode trazer benefícios à saúde de diferentes formas. O chamado uso recreativo deverá também ser considerado terapêutico para a maior parte dos usuários, onde o uso regular de cannabis não tem representado um problema na vida, mas uma forma de benefícios para a saúde física e mental.

Da mesma forma, buscar na cannabis uma solução para todos os males, ou a única solução para alguns problemas crônicos e de difícil controle, é uma ilusão que compromete o reconhecimento do verdadeiro valor dos usos desta planta.

Neste contexto, é preciso redesenhar o papel do médico consultor, por um lado, desconstruindo preconceitos e estigmas e, por outro lado, amenizando o entusiasmo daqueles que buscam no reconhecimento médico uma salvaguarda para seu uso indiscriminado, ou uma solução mágica para todos os tipos de problemas.

Recusando o acesso ao mercado criminal clandestino e driblando, na medida do possível, as regulações impostas pelo mercado farmacêutico, o movimento associativo

canábico vem atuando como uma terceira via, na disputa pela autonomia e transformação da subjetividade em torno do uso de cannabis.

A possibilidade de construir outras subjetivações para a cultura canábica, diferentes das subjetivações criminal ou medicinal, parece ser imprescindível para a continuidade de sua ação como cultura emancipadora, de autonomia e cultivadora dos “inumeráveis estados do ser” (SILVEIRA, 1987).

O uso de cannabis tem o potencial de ativar as sensibilidades corporais-mentais e, para muitas pessoas, representa uma primeira janela de abertura para experimentações dos estados extra-ordinários de consciência mediados por plantas psicoativas.

A cannabis é uma planta que permite uma experiência única e singular, por isso sempre representou uma ferramenta de resistências a padrões de normatização cultural e de intervenção disciplinar. A cannabis tem a capacidade de restituir sentidos e produzir percepções e emoções novas, que se traduzem em valores diferentes dos valores culturais que são estabelecidos como universais. É neste sentido que estamos propondo que este uso pode se constituir em muitos casos, em uma ferramenta de “recriação” e potencialização da vida a partir de experiências corporais de ressensibilização e da expansão de subjetivações pré-determinadas. A superação dos estigmas em torno do uso de cannabis se constitui em um movimento micropolítico transformador de abertura de caminhos para um movimento cultural, que propomos chamar de psicotropicalismo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEL, E. **Marihuana: The first twelve thousands years**. New York: Ed Springer Sciences, 2013.
- ABRAHAO, A.; MERHY, E.; CHAGAS, M.; GOMES, M.; SILVA, E.; VIANNA, L. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum** (UFRJ), n.39; pp 133-144, 2013.
- AGAMBEN, G. **Qu'est-ce qu'un dispositif ?** São Paulo: Ed Rivages poche, 2007.
- AIKINS, R. From recreational to functional drug use: the evolution of drugs in American higher education, 1960–2014. **Hist Educ**, v.44, n.1, pp 25-46, 2015.
- ALENCAR, P. **Inferno: memórias e reflexões durante 49 dias passados no inferno carcerário**. Ed Halley: Teresina 2020.
- ANDERSON, M.; REES, D.; SABIA, J.; SAFFORD, S. Association of Marijuana Legalization With Marijuana Use Among US High School Students, 1993-2019. **JAMA Netw Open**, v. 4, n. 9, 2021.
- ANGELA, D.; GOFFARD, S.; MIRON, J.; PARTIN, E. **The Effect of State Marijuana Legalizations: 2021 Update**. Policy Analysis n. 908, Cato Institute, Washington, DC, 2 fev 2021. Disponível em <https://www.cato.org/sites/cato.org/files/2021-01/PA908.pdf>. Acesso 2 out 2021.
- ANTONIUK, S.; BRICK, I.; SPESSATO, A.; HALICK, S.; BRUYN, L.; MEISTER, E.; PAOLA, D. Síndrome de West: evolução clínica e eletrencefalográfica de 70 pacientes e resposta ao tratamento com hormônio adrenocorticotrófico, prednisona, vigabatrina, nitrazepam e ácido valpróico. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** v.58, n.3A, pp.683-690, 2020.
- ATAKAN Z. Cannabis, a complex plant: different compounds and different effects on individuals. **Ther Adv Psychopharmacol**; v.2, n.6, pp 241–254, 2012.
- BANNINGAN, P.; EVANS, J.; ALLEN, C. Shifting the Paradigm on Cannabis Safety. **Cannabis Cannabinoid Res.**, v.7, n.1, pp 3-10, 2022.
- BECKER, H., S. **Outsiders**. Estudos de sociologia do desvio. Trad. Maria Luisa Borges. Ed. Zahar: Rio de Janeiro, 2008.
- BENNET, C.; OSBURN, L.; OSBURN, J. **Green Gold, The tree of life: marijuana in magic and religion**. California: Frazier Park Ed, 1955.
- BLACK, N.; STOCKINGS, E.; CAMPBELL, G.; TRAN, L.; ZAGIG, D.; HALL, W.; FARRELL, M.; DEGENHARDT, L. Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Psychiatry**, v. 6, n. 112, pp 995-1010, 2019.

BONNET, U.; PREUSS, U. The cannabis withdrawal syndrome: current insights. **Subst Abuse Rehabil**, v. 27, pp 9-17, 2017.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2 ed. Brasília: Ed Ministério da saúde, p 96, 2015.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Os riscos do uso da maconha e de sua legalização** [livro eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Cidadania, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/ministerio-da-cidadania-lanca-cartilha-sobre-os-riscos-do-uso-e-da-legalizacao-da-maconha/copy2_of_RISCOS_USO_MACONHA_DIGITAL_SENAPRED.pdf. Acesso 2 fev 2021.

BUDNEY, A.; HUGHES, J. The cannabis withdrawal syndrome. **Curr Opin Psychiatry**, v. 3, pp 233-238, 2006.

BUDNEY, A.; HUGHES, J.; MOORE, B.; VANDREY, R. Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. **Am J Psychiatry**, v. 11, pp1967-1977, 2004.

CAMARGO Jr, K. **A Biomedicina. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15(Suplemento), pp 177-201, 2005.

CANADA GAZETTE. **Marihuana for medical purposes regulations**. Part I, v. 146, n. 50, pp 3422-3536, 15 dez 2012. Disponível em: <https://gazette.gc.ca/rp-pr/p1/2012/2012-12-15/html/reg4-eng.html>. Acesso em 2 out 2021.

CARLINI, E. The history of marihuana in Brazil. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.55, n.4, pp.314-317, 2006.

CARNEIRO, H. Proibição da Maconha: racismo e violência no Brasil. **Cahiers des Amériques Latines**, n. 92, pp. 135-152, 2019.

ČEVERNY, J.; CHOMYNOVA, P.; MRAVCYK, V.; OURS, J. Cannabis decriminalization and the age of onset of cannabis use. **International Journal of Drug Policy**, v.43; pp 122-129, mai 2017.

CHAPKINS, W., WEBB, R. **Dying to get high: marijuana as medicine**. Nova Iorque: NYU Press, 2008.

CHOMSKY, N. **Drug Policy as Social Control. Prison Nation: The Warehousing of America's Poor**. New York: Routledge, 2003.

CHOMSKY, N. **What Uncle Sam Really Wants**. Trad Guillermo Calderón Devandas. Berkley: Ed Odonian press, 1993.

CONNER, S.; BEDELL, V.; LIPSEY, K.; MACONES, G.; CAHILL, A.; TUULI, M. Maternal marijuana use and adverse neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Obstet Gynecol.**, v. 128, n.4, pp 713-723, 16 out 2016.

CRIVES, M.; DIMENSTEIN, M. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um programa público. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo; v.12, n.2, pp.26-37, 2003.

DE CARCER, G., A. **Global cannabis report: growth and trends throught 2025**. New Frontier Data. Washington, 2021. Disponível em <https://f.hubspotusercontent10.net/hubfs/3324860/Reports/NFD-GlobalCannabisReport.pdf>. Acesso 10 abr 2021.

DELEUZE, G. **O mistério de Ariana**. Tradução de Edmundo Cordeiro. Ed. Vega – Passagens: Lisboa. 1996.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**, v. 2, 34ª ed. Rio de Janeiro: Letras, 1995.

DELEUZE, G. **Qu'est-ce qu'un dispositif?** In: Michel Foucault philosophe. Rencontre Internationale. Paris: Seuil, 1989.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**. Curitiba: Editora UFPR, n. 24; 2004.

EBERT-CHATELEIN, E.; DESPREZ, T., SERRAT, R.; BELLOCCHIO, L.; SORIA-GOMEZ, E.; BUSQUETS-GARCIA, A.; ZOTTOLA, A.; DELAMARRE, A.; CANNICH, A.; VINCENT, P.; VARILH, M.; ROBIN, L.; TERRAL, G.; GARCÍA-FERNÁNDEZ, D.; COLAVITA, M.; MAZIER, W.; DRAGO, F.; PUENTE, N.; REGUERO, L.; ELEZGARAI, I.; DUPUY, J.; COTA, D.; LOPEZ-RODRIGUEZ, M.; BARREDA-GÓMEZ, G.; MASSA, F.; GRANDES, P.; BÉNARD, G.; MARSICANO, G. A cannabinoid link between mitochondria and memory. **Nature**, v. 539, n. 7630, pp 555–559, 2016.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES As farmácias vivas no ciclo da assistência farmacêutica: histórico e evolução. / Escola de Saúde Pública do Ceará. Gerência de Educação Permanente em Saúde – GEDUC. - Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2022

FANKHAUSER, M. **History of cannabis in western medicine**. In GROTENHERM, F., RUSSO, E. Cannabis and Cannabinoids: Pharmacology, toxicology and therapeutic potential. New York: Ed Haworth, 2002.

FISCHER, B.; RUSSELL, C.; SABIONI, P.; VAN DER BRINK, W.; LE FOLL, B.; HALL, W.; REHM, J.; ROOM, R. Lower-risk cannabis use guidelines: a comprehensive update of evidence and recommendations. **Am. J. Public Health**, v.107, n.8, pp e-1 – e-12, 2017.

FOUCAULT, M. **Crise da medicina ou crise da antimedicina?** In: Motta M., B, (org). Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, pp 374-393, 2011.

FOUCAULT, M. **Le jeu de Michel Foucault.** In Ornicar? **Bulletin periodique du champ freudien**, n. 10, pp 62-93, 1977.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 15a Ed. Graal: Rio de Janeiro, 2000(a).

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade:** curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Ed Martins Fontes; 2000(b).

FRANCO T.; MEHRY, E. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudança para os modelos tecnoassistenciais. *In* Saúde em debate. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, v.27, pp 316-323. Ed Cebes: Rio de Janeiro, 2003.

FRANCO, T.; MERHY, E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus Actas de saúde coletiva**, v.6, n.2, pp 151-163, 2012.

GABLE, R. Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances. **Addiction**, n. 99; pp 686 – 696, 2004.

GARAT, G. **El camino:** cómo se reguló el cannabis en Uruguay según sus actores políticos y sociales. Montevideo: Ed Friedrich-Ebert Stiftung/ Junta Nacional de Drogas, 2015. Disponível em <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/uruguay/11201.pdf>. Acesso em 21 out 2021.

GOMES, C. Lazer: necessidade humana e dimensão da cultura. **Revista Brasileira de Estudos do Lazer**, Belo Horizonte, v. 1, n.1, pp.3-20, 2014.

GREELY, H.; SAHAKIAN, B.; HARRIS, J.; KESLER, R.; GAZZANIGA, M.; CAMPBELL, P.; FARAH, M. Towards responsible use of cognitive enhancing drugs by the healthy. **Nature**, n. 456, pp 702-705, 2008.

GUATTARI F.; ROLNIK, S. **Micropolítica:** Cartografias do desejo. Petrópolis: Ed Vozes, 1996.

HAN, B. **O desaparecimento dos rituais.** Trad. Gabriel Salvi. Petrópolis: Ed Vozes, 2021.

HAN, B. **Sociedade do cansaço.** Petrópolis: Ed Vozes, 2015.

HART, C.; ILAN, A.; GEVINS, A.; GUNDERSON, E.; ROLE, K. COLLEY, J.; FOLTIN, R. Neurophysiological and cognitive effects of smoked marijuana in frequent users. **Pharmacology, Biochemistry and Behavior**, v.3, pp 333-341, 2010.

HARTUNG, B., KAUFERSTEIN, S., RITZ-TIMME, S.; DALDRUP, T. Sudden unexpected death under acute influence of cannabis. **Forensic Sci Int.**, n. 237, 2014.

HASIN, D.; WALL, M.; KEYES, K.; CERDA, M.; SCHULENBERG, J.; O'MALLEY, P.; GALEA, S.; PACULA, R.; FENG, T. Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the USA from 1991 to 2014: results from annual, repeated cross-sectional surveys. **The Lancet Psychiatry**, v.2, n.7, pp 601-608, 2 jul 2015.

HENMAN A., R. **A guerra as drogas é uma guerra etnocida**. In. MacRae, E.; Coutinho, W (org). Fumo de Angola. Salvador: Ed UFBA, pp 319-343, 2016.

HILL, K. Medical Marijuana for Treatment of Chronic Pain and Other Medical and Psychiatric Problems: A Clinical Review. **JAMA**, v. 313, n.24, pp 2474–2483, 2015.

HUXLEY, A. **As portas da percepção e céu e inferno**. Trad Manuel da Costa Pinto. Ed Globo, 1979.

IANNACONE, G.; ABBATE, A.; KEEN, L.; PORTO, I. Cannabis medical and recreational use: science beyond ethical and political issues. **Minerva Cardiol Angiol.**, v. 69, n.4, pp 475-476, 2021.

IVERSEN, L. **Drogas**. Porto Alegre: Ed L&PM, 2012.

KAHAN, M. SHRIVASTAVA, S., SPITHOF, E., BROMLEY, L. Prescribing smoked cannabis for chronic noncancer pain **Can Fam Physician**, v. 60, n.12, pp 1083–1090, 2014.

KEMPKER, J.; HONIG, E.; MARTIN, G. The effects of marijuana exposure on expiratory airflow. A study of adults who participated in the U.S. National Health and Nutrition Examination Study. **Ann Am Thorac Soc.**, v.135, n.41, pp 135-141, 12 fev 2015.

KOPENAWA, D.; ALBERT, B. **A queda do céu**. Trad. Beatriz Perrone-Moisés. São Paulo: Ed Companhia das Letras, 2015.

KRENAK, A. **A vida é selvagem**. In *Cadernos Selvagem*. Dantes Editora Biosfera, 2020. Disponível em <https://selvagemciclo.com.br/wp-content/uploads/2020/12/CADERNO12-AILTON.pdf>. Acesso em 2 fev 2021.

KRENAK, A. **Idéias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Ed. Companhia das Letras, 2019.

KROON, E.; KUHNS, L.; HOCH, E.; COUSIJN, J. Heavy cannabis use, dependence and the brain: a clinical perspective. **Addiction**, v.115, n.3, pp 559-572, 2020.

KSIR, C.; HART, C. Cannabis and Psychosis: a critical overview of the relationship. **Curr Psychiatry Rep.**, v. 2, n.12, 2016.

LEWIS, M.; RUSSO, E.; SMITH, K. Pharmacological Foundations of Cannabis Chemovars. **Planta Med.**, v.84, n.4, pp 225-233, 2018.

LO, J.; HEDGES, J.; GIRARDI, G. Impact of cannabinoids on pregnancy, reproductive health, and offspring outcomes. **Am J Obstet Gynecol**, v.227; n.4, pp 571–581, 2022.

MAC CALLUM, C.; LO, L.; BOIVIN, M. Is medical cannabis safe for my patients? A practical review of cannabis safety considerations. **Eur J Intern Med**, v.89; pp 10-18, 2021.

MACIEL, L. **Cultura e estados de consciência**. In: Maconha em debate. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1985.

MACRAE, E. **Canabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade**. In: Edward Macrae, Wagner Coutinho Alves (Org.) Fumo de Angola: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade. Salvador: ED UFBA, 2016.

MACRAE, E. **Confissões de um antropólogo fumador de maconha**. In: Macrae, E. A questão das drogas: pesquisa, história, políticas públicas, redução de danos e entógenos. Salvador: Ed. EDUFBA, 2021.

MACRAE, E., SIMOES, J., **A subcultura da maconha, seus valores e rituais entre setores socialmente integrados**. In: Drogas e pós-modernidade- faces de um tema proscrito. Vol 2. Batista, M., Cruz, M., S., Matias (org), pp 95-108. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2003.

MADEIRA, P. **A redenção da cannabis**. Carta Capital, 2023. Edição número 1255 de 19/04/2023. Disponível em <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/a-redencao-da-cannabis/>. Acesso em 2 mai 2023.

MALCHER-LOPES, R.; RIBEIRO, S. **Maconha, cérebro e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Viera e Lent; 2007.

MARSICANO, G., LAFENÊTRE, P. Roles of endocannabinoid system in learning and memory. **Curr. Topic. Behav. Neurosci.**, v. 1, pp 201-230, 2009.

MATURANA, H.; VARELA, F. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano**. Trad. Jonas Pereira. Campinas, SP: Editorial Psy II, 1995.
MECHOULAN, R., HANUS, L. A historical overview of chemical research on cannabinoids. **Chemistry and Physics of Lipids**; v.108, pp 1–13, 2000.

MECHOULAN, R.; PETERS, M.; MURILLO-RODRIGUEZ, E.; HANUS, L. Canabidiol-recent advances. **Chem Biodivers**, v.8, n.8, pp 1678-1692, 2007.

MEIER, M.; CASPI, A.; CERDÁ, M.; HANCOX, R.; HARRINGTON, H.; HOUTS, R.; POULTON, R.; RAMRAKHA, S.; THOMSON, W.; MOFFITT, T. Associations Between Cannabis Use and Physical Health Problems in Early Midlife: A Longitudinal Comparison of Persistent Cannabis vs Tobacco Users. **JAMA Psychiatry**, v.73, n.7, pp 731-740, 1 jul 2016.

MERHY, E. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido**. In: FRANCO, T.; PERES, M. (org.). Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho, v. 1, p. 21-45. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MERHY, E.; FRANCO, T. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde Debate**, v.27, n.65, pp 316-323, set/dez 2003.

MOEBUS, R. **Psico Trópicos: uso com(sagrado) de psicoativos na Amazônia Yawanawa**. Belo Horizonte: Ed Asa de Papel, 2012.

MOIR, D., RICKERT, W.; LEVASSEUR, G.; LAROSE, Y.; MAERTENS, R.; WHITE, P.; DESJARDINS, S. A comparison of mainstream and sidestream marijuana and tobacco cigarette smoke produced under two machine smoking conditions. **Chem Res Toxicol.**, v. 21, n.2, pp 494-502, 2008.

MOKRYSZ, C.; LANDY, R.; GAGE, S.; MUNAFÒ, M.; ROISER, J.; CURRAN, H. Are IQ and educational outcomes in teenagers related to their cannabis use? A prospective cohort study. **J Psychopharmacol.**, v.30. n.2, pp 159-168, 30 fev 2016.

MORAIS, P. **Características demográficas e perfis de uso de maconha entre brasileiros que usam internet**. Tese (Doutorado). Escola Paulista de Medicina. USP, São Paulo, 2019. Disponível em <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/59568> . Acesso em 21 out 2021.

MORAIS, P.; ARECO, K.; FIDALGO, T.; SILVEIRA, T. Mental health and quality of life in a population of recreative cannabis users in Brazil. **J Psychiatr Res.**, pp 11-20, fev 2022.

MORRISEY, K.; Mc CANN, M.; TOMARES, N. **The Global Cannabis Report: Growth & Trends Through 2025**. Washington, D.C: Ed. New Frontier, 2021. Disponível em: <https://f.hubspotusercontent10.net/hubfs/3324860/Reports/NFD-GlobalCannabisReport.pdf>

NGUYEN, L.; DONGBO, Y.; NICOLAESCU, V.; BEST, T.; GULA, H.; SAXENA, D.; GABBARD, J.; CHEN, S.; OHTSUKI, T.; FRIESEN, J.; DRAYMAN, N.; MOHAMED, A.; DANN, C.; SILVA, D.; ROBINSON-MAILMAN, L.; VALDESPINO, A.; STOCK, L.; SUÁREZ, E.; JONES, K.; AZIZI, S.; DEMARCO, J.; SEVERSON, W.; ANDERSON, C.; MILLIS, J.; DICKINSON, B.; TAY, S.; OAKES, S.; PAULI, G.; PALMER, K.; NATIONAL COVID COHORT COLLABORATIVE CONSORTIUM; MELTZER, D.; RANDALL, G.; ROSNER, M. Cannabidiol inhibits SARS-CoV-2 replication through induction of the host ER stress and innate immune responses. **Sci Adv.**, v. 8, n.8, fev 2022.

NIETZSCHE, F. **A Gaia Ciência**. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

NIETZSCHE, F. **Além do bem e do mal**. Tradução: Márcio Pugliesi. Curitiba: Ed Hemus, 2001.

NIETZSCHE, F. **Ecce Homo: de como a gente se torna o que a gente é**. Porto Alegre; Ed L&PM, 2003.

NIETZSCHE, F. **Genealogia da Moral**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Ed Companhia das Letras, 2009.

NIETZSCHE, F. **Genealogia da Moral**: uma polêmica. Trad Paulo César de Souza. São Paulo: Ed Companhia das Letras, 1998.

OLIVEIRA, M.; VIEIRA, M.; AKERMAN, M. O autocultivo de cannabis e a tecnologia social. **Saúde Soc**. São Paulo, v.29, n. 3, 2020.

ORTIZ-MEDINA, M.; PEREA, M.; TORALES, J.; VEMTRIGLIO, A.; VITRANI, G.; AGUILAR, L.; RONCERO, C. Cannabis consumption and psychosis or schizophrenia development. **Int j Soc Psychiatry**, v. 7, pp 690-704, 2018.

PASSOS, E., KASTRUP, V., ESCOSSIA, L. **Apresentação**. In: Katrup, V., Passos, E., Escossia, L. *Pistas do método da cartografia pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. (org). Ed Porto Alegre, 2009.

PEACOCK, A.; LEUNG, J.; LARNEY, S.; COLLEDGE, S.; HICKMAN, M.; REHM, J.; GIOVINO, G.; WEST, R.; HALL, W.; GRIFFITHS, P.; ALI, R.; GOWING, L.; MARSDEN, J.; FERRARI, A.; GREBELY, J.; FARRELL, M.; DEGENHARDT, L. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. **Addiction**, v.10, pp 1905-1926, 2018.

PETRILLI, K.; OFORI, S.; HINES, L.; TAYLOR, G.; ADEAMS, S.; FREEMAN, T. Association of cannabis potency with mental ill health and addiction: a systematic review. **Lancet Psychiatry**, v.9, n.9, pp 736–750, 2022.

POLLAN, M. **Como mudar sua mente**: o que a nova ciência das substâncias psicodélicas pode nos ensinar sobre consciência, morte, depressão e transcendência. Tradução Rogério Galindo/Rosiane Correia. Rio de Janeiro: Ed Intrínseca, 2018.

PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA. **Covid-19 Essential Services 10/12/2020**. The official web site of the government of British Columbia. Disponível em <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/safety/public-safety/cannabis>. Acessado em 2/03/2021.

ROBINSON, R. **O grande livro da cannabis: guia completo de seu uso industrial, medicinal e ambiental**; tradução Maria Luiza Borges. Rio de Janeiro: Ed Zahar, 1999.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2011.

ROSA, J. **Meu Tio Iauaretê**. In *Estas Estórias*. Rio de Janeiro: Ed Nova Fronteira, 2013.

ROTERMMAN, M. What has changed since cannabis was legalized? **Health Reports**, v.31, n.2, pp 11-20, 2020.

RUSSO, E. Taming THC potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. **Br J Pharmacol.**, v.163, n.7, pp 1344-1364, 2011.

RYBKA, L.; NASCIMENTO, J.; GUZZO, R. Os mortos e feridos na “guerra às drogas”: uma crítica ao paradigma proibicionista. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 35, n.1, pp. 99-109, 2018.

SAAD, L. **A maconha nos cultos afro-brasileiros**. In: Edward MacRae, Wagner Coutinho Alves. Fumo de Angola: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade. Salvador: EDUFBA, 2016.

SAAD, L. **Fumo de negro: a criminalização da maconha no pós-abolição**. Salvador: Ed UFBA, 2018.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 11ª ed. Record: Rio de Janeiro, 2004.

SCHLEIDER, L.; ABUHASIRA, R.; NOVACK, V. Medical cannabis: aligning use to evidence-based medicine approach. **Br J Clin Pharmacol.**, v.84, n.11, pp 2458–2462, 2018.

SHOVER, C.; YAN, P.; JACKSON, N.; BUHR, R.; FULCHER, J.; TASHKIN, D.; BARJAKTAREVIC, I. Cannabis consumption is associated with lower COVID-19 severity among hospitalized patients: a retrospective cohort analysis. **Journal of Cannabis Research**, v. 4, n. 46, 2022.

SILVEIRA, N. **Os inumeráveis estados do ser: catálogo da exposição**. Luiz Carlos Melo (org). Museu da Imagem do Inconsciente. Hospital Pedro II. Rio de Janeiro, 1987. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/inumeraveis_estado_ser.pdf. Acesso 5 abr 2023.

SIMPSON, R.; BAYER, J. **Cure for cancer: The Rick Simpson protocol**, 2013. Disponível em: https://img1.wsimg.com/blobby/go/13df6bd7-46c8-4e02-ae1b-bc80faabba9c/downloads/1cpt4ufr8_833921.pdf?ver=1618950759333. Acesso 10 fev 2021.

SIRKUS, M. **Medicina canabinoide: o poder da cannabis no tratamento de doenças**. Trad. Monique Leonardi. Belo Horizonte: Ed Laszlo, 2021.

SLOMP JUNIOR, H.; KULPA, S.; SEIXAS, C.; BORTOLETTO, M.; BADUY, R.; CRUZ, K.; MERHY, E. Engravitando de outros sentidos a coordenação do cuidado em saúde. In: Laura Camargo Feuerwerker; Debora Bertussi; Emerson Merhy (Org). Engravitando de outros sentidos a coordenação do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Hexis, v.2, pp 365-379, 2017.

SOUZA, L.; BRITO, C.; TOMASI, A. Significados e Representações do Uso Recreativo de Maconha para Mulheres. **LICERE - Revista Do Programa De Pós-graduação Interdisciplinar Em Estudos Do Lazer**, v.25, n.1, pp 248–276, 2022.
SPINELLA, T.; BARTHOLOMEUSZ, J.; STEWART, S.; BARRETT, S. Perceptions about THC and CBD effects among adults with and without prior cannabis experience **Addict Behav**, v.137, 2023.

SPINOZA, B. **Ética**. 2a edição. Tradução de Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

STENGERS, I.; PIGNARRE, P. **La Sorcellerie capitaliste: Pratiques de désenvoûtement**. Paris: Ed La Découverte, 2005.

STJ notícias. 2022. Disponível em:

<https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/20062022-Programa-STJN-destaca-salvo-conduto-para-cultivo-de-maconha-com-fim-medicinal.aspx>.

Acesso 21 out 2022.

SULLIVAN, E.; AUSTRIACO, N. A virtue analysis of recreational marijuana use. **The Linacre Quarterly**; v.83, n. 2, pp 158–174, 2016.

TASHKIN, D. Effects of marijuana smoking on the lung. **Ann Am Thorac Soc.**, v.10, n.3, pp 239-247, 2013.

UNIMED BH. Campanha: Leve seu corpo para passear.2020. Disponível em:

<http://portalbelohorizonte.com.br/eventos/encontro/saude/caminhada-energia-do-sol-com-calma-espaço-de-eventos-unimed-bh>. Acesso 3 dez 2020.

VERISSIMO, M. **Maconheiros, fumons e growers: um estudo comparativo do consumo e do cultivo caseiro de cannabis no Rio de Janeiro e em Buenos Aires**. 1ª ed. Ed. Autografia: Rio de Janeiro, 2017.

VIEIRA, L. **Maconha: um problema político**. In: *Maconha em debate*. Maria Sabina (org). Ed Brasiliense, pp 75-88, 1985.

VIN-RAVIV, N.; AKINYEMIJU, T.; MENG, Q., SAKUJA, S.; HAIWARD, R. Marijuana use and inpatient outcomes among hospitalized patients: analysis of the nationwide inpatient sample database. **Cancer Medicine**, v.6, n.1, pp 320-329, 2017.

VIVEIROS DE CASTRO, E. **Metafísicas canibais**. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

WALL, M.; MAURO, C.; HASIN, D.; KEYES, K.; CERDA, M.; MARTINS, S.; FENG, T. Prevalence of marijuana use does not differentially increase among youth after states pass medical marijuana laws: 56 Commentary on and reanalysis of US National Survey on Drug Use in Households data 2002–2011. **International Journal of Drug Policy**, v.29; pp 9-13, 2016.

WHITE, C. A review of human studies assessing cannabidiol's (CBD) therapeutic actions and potential. **J Clin Pharmacol**, v.59; pp 923–934, 2019.

WHITING, P.; WOLFF, R.; DESHPANDE, S.; DI NISIO, M.; DUFFY, S.; HERNANDEZ, A.; KEURENTJES, C.; LANG, S.; MISSO, K.; RYDER, S.; SCHMIDLKOFER, S.; WESTWOOD, M.; KLEIJNEN, J. Cannabinoids for medical use: a systematic review and meta-analysis. **JAMA**, v.313; n. 24, pp 2456-2473, 2015.

WORLD DRUG REPORT 2021. **Drug market trends: opioids, cannabis.** United Nations publication, 2021. Disponível em: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html. Acesso 2 jul 2022.

WU, T.; TASHKIN, D.; DJAHED, B.; ROSE, J. Pulmonary hazards of smoking marijuana as compared with tobacco. **N Engl J Med.**, v. 318, n. 6, pp 347-351, 1998.

ZEYL, V.; SAWYER, K.; WIGTHMAN, R. What do you know about maryjane? A systematic review of the current data on the THC:CBD ratio. **Subst Use Misuse**, v.55, n.8, pp 1223-1227, 2020.

ZIMMER, L.; MORGAN, J. **Marijuana Myths Marijuana Facts: A Review of The Scientific Evidence.** Nova York: Ed Bookwolrd Services, 1997.

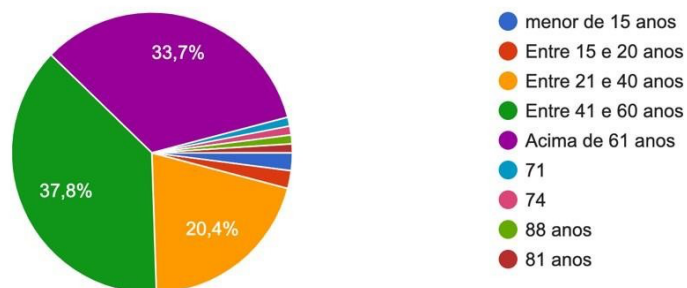
.

ANEXO I: Gráfico do perfil dos participantes da ACMG

Pesquisa realizada com os participantes da ACMG, enviada a 200 associados pelo formulário *Google Forms*, com a participação efetiva de 98 pessoas.

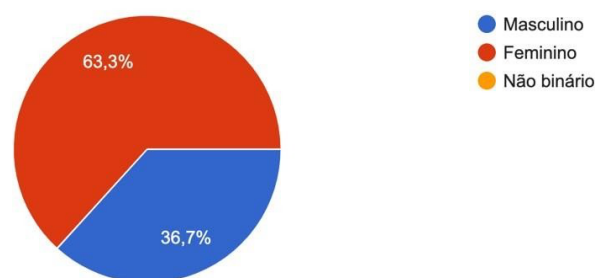
Qual a sua idade ?

98 respostas



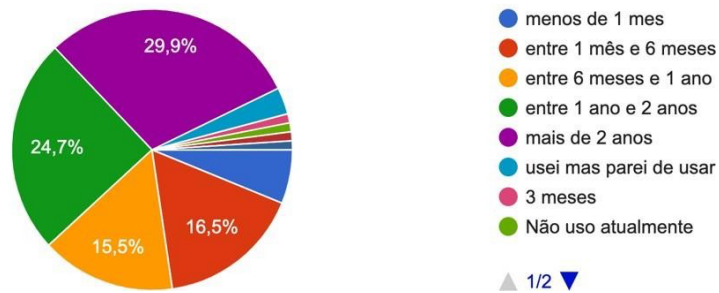
Qual o seu gênero?

98 respostas



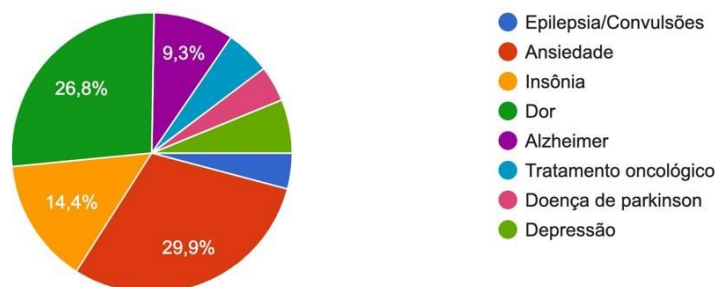
Ha quanto tempo você faz uso de medicamento a base de cannabis?

97 respostas



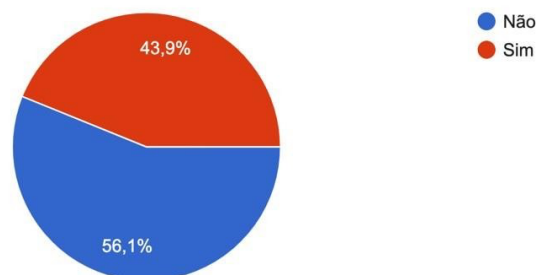
Qual o principal problema que te motivou a fazer uso de medicamento a base de cannabis?

97 respostas



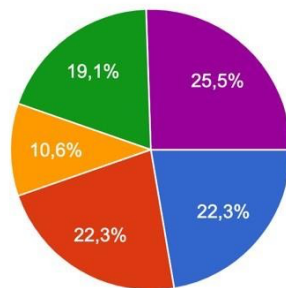
Você usa outro medicamento para este problema?

98 respostas



Modificou a dose deste medicamento depois que passou a usar a cannabis?

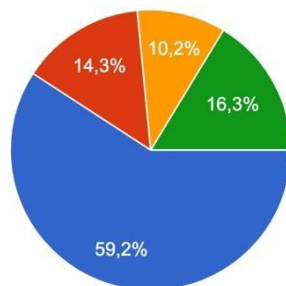
94 respostas



- Não, continuo usando igual.
- Sim, reduzi a dose.
- Sim, aumentei a dose.
- Parei de usar e agora uso apenas a cannabis.
- Nunca usei outro medicamento

Como você ficou sabendo do tratamento com cannabis ?

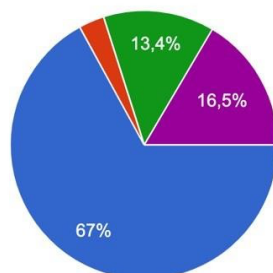
98 respostas



- Amigo ou parente
- Médico
- Mídia
- Outro

Como você consegue o medicamento?

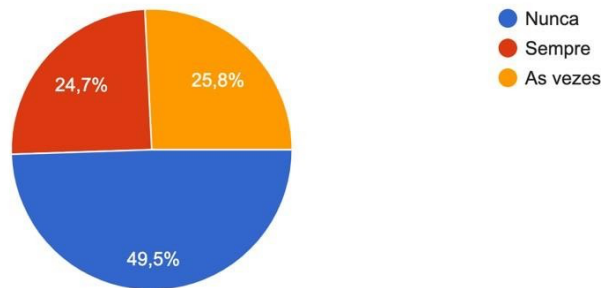
97 respostas



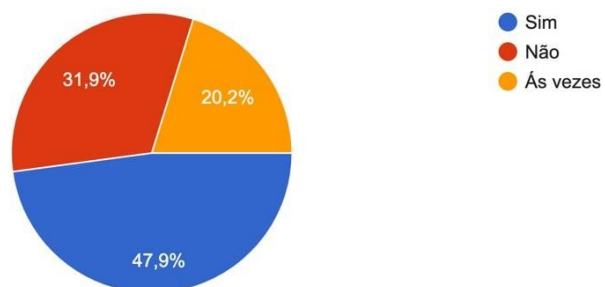
- Associações canábicas
- Importação
- Farmácias
- Produção própria
- Outros

Você usa cannabis de forma recreativa?

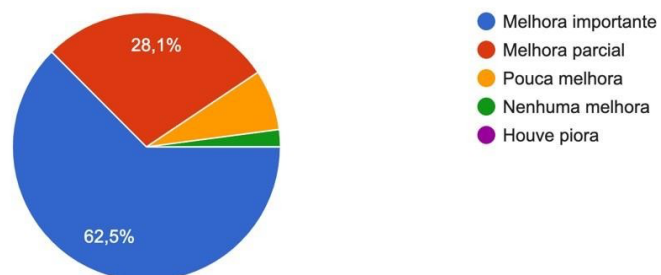
97 respostas

**Você considera o uso recreativo terapêutico?**

94 respostas

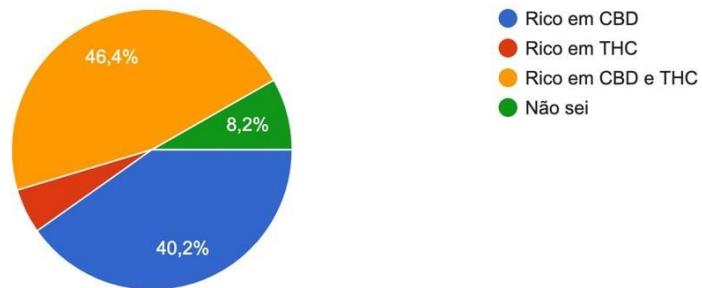
**Como você avalia a melhora do seu problema com o tratamento com cannabis?**

96 respostas



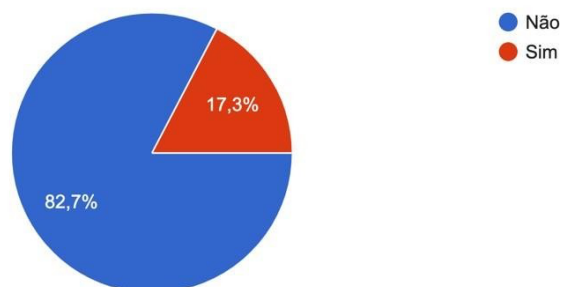
Qual tipo de extrato de cannabis você usa?

97 respostas



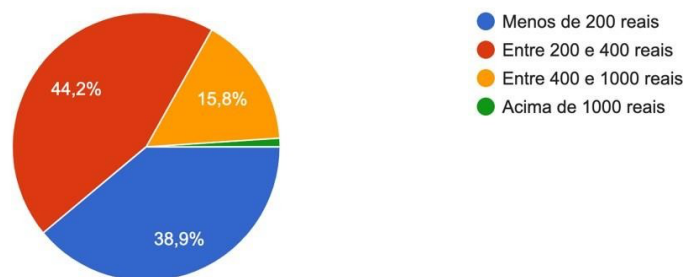
Você já teve algum efeito colateral com o medicamento?

98 respostas



Qual o seu gasto com o tratamento com cannabis por mês?

95 respostas



Você consultou algum médico antes de usar o medicamento a base de cannabis?

98 respostas

