

Redes canábicas e usos medicinais de maconha: associativismo como parte do processo terapêutico

Luciana Barbosa¹

Resumo:

O presente artigo tem como objetivo construir um panorama sobre como se mobilizam os atores sociais em torno do acesso à maconha para fins medicinais no Brasil, especialmente no que se refere às ações coletivas promovidas entre os anos de 2014 e 2019 por meio do associativismo canábico. A partir de uma pesquisa etnográfica realizada junto a associações canábicas brasileiras, e pela análise documental e de audiências públicas, compreendeu-se que o ativismo em torno do tema tem resultado no maior acesso a tal tratamento, por meio da desobediência civil e da judicialização da saúde. Como o conhecimento necessário para realizar o tratamento com cannabis não tem sido produzido pelas instituições médicas ou institutos de pesquisa, para acessá-los é necessário engajar-se em coletivos ou associações canábicas. Nesse sentido, o engajamento promove o maior acesso à saúde, uma vez que tais movimentos têm resultado em possibilidades para tal tratamento. Além disso, a credibilidade e legitimidade alcançada pelas associações canábicas tem potencial para ampliar a democratização do debate sobre o tema da cannabis, uma vez que aumentam a participação social nos processos de tomada de decisão, e demandam meios democráticos de acesso.

Palavras-chave: Associativismo; Produção de conhecimento; Saúde; Cannabis.

Cannabis networks and their medicinal uses of marijuana: associativism as part of the therapeutic process

Abstract:

This article aims to build an overview of how social actors are mobilized around access to marijuana for medicinal purposes in Brazil, especially about collective actions promoted between 2014 and 2019 through cannabis associations. From ethnographic research carried out with Brazilian cannabis associations, and through the analysis of documents and public hearings, it was understood that activism around the topic has resulted in greater access to such treatment, through civil disobedience and the judicialization of health. As the knowledge needed to carry out cannabis treatment has not been produced by medical institutions or research institutes, to access them it is necessary to engage in cannabis collectives or associations. In this sense, engagement promotes greater access to health since such movements have resulted in possibilities for such treatment. In addition, the credibility and legitimacy achieved by cannabis associations has the potential to expand the democratization of the debate on the topic of cannabis, as they increase social participation in decision-making processes, and demand democratic means of access.

Keywords: Associativism; Knowledge production; Health; Cannabis.

¹ Doutora em Sociologia Política (UENF). Mestre em Antropologia Social (UFSCar). Graduada em Ciências Sociais (UENF). Atualmente, bolsista de pós-doc em Sociologia Política na UENF. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Poder, Imagens e Representações (UFF). CV: <http://lattes.cnpq.br/4601039676925981> [lucianadecamposbarbosa@gmail.com]

Redes canábicas e usos medicinais de maconha: associativismo como parte do processo terapêutico

Este artigo tem como objetivo construir um panorama sobre como se mobilizam os atores sociais em torno do acesso à maconha para fins medicinais no Brasil, especialmente no que se refere às ações coletivas promovidas entre os anos de 2014 e 2019. Inspirado nas ideias de Maria da Glória Gohn (2013), o intuito é produzir um retrato, uma fotografia da sociedade civil organizada que se mobiliza em torno da solução para problemas nesse âmbito. Como argumenta Gohn, “na realidade, os movimentos e as redes estão sempre se recriando” (2013, p. 7). Nesse sentido, a construção de uma fotografia nos ajuda a pensar as ações coletivas acerca do tema, ainda que as redes e movimentos sejam continuamente modificados pelos próprios atores, pelas contingências e de acordo com as transformações sociais que os acompanham.

Os dados apresentados foram construídos por meio de uma etnografia multisituada (MARCUS, 2001) realizada a partir de um trabalho de campo que buscou seguir as redes de organização civil e movimentos sociais que dialogavam em torno dos usos medicinais de maconha². Para tais fins, foi realizada observação participante junto à duas associações do Rio de Janeiro durante os anos de 2017 e 2019, além de visitas pontuais realizadas à duas associações paraibanas. A fim de compreender como o problema público em torno do tema foi construído, foram contempladas as ações coletivas promovidas em parceria entre movimentos sociais diversos relacionados ao antiproibicionismo e a legalização da maconha. Paralelamente a isso, foi realizado um levantamento e análise de matérias de jornais impressos e televisivos publicados no Brasil a partir de 2014, tal como outros materiais audiovisuais produzidos estrategicamente pelos atores e atrizes a fim de publicizar o problema e mobilizar a atenção dos demais cidadãos e cidadãs.

Compreendendo que tais movimentos e organizações civis tem promovido mudanças nas práticas jurídicas que possibilitam o autocultivo, em caráter de exceção, e a importação, regulamentada pela ANVISA em 2016 (BARBOSA, 2021), o objetivo é contribuir para o debate acerca do associativismo no

âmbito da saúde a partir da análise das organizações civis e movimentos sociais voltados para o processo de transformação social relacionada aos usos medicinais de maconha. Intui-se também lançar luz sobre como os atores e atrizes desses movimentos tem alcançado credibilidade em relação ao tema, a ponto de promoverem tais mudanças e pautarem o debate público.

Cabe demarcar que as organizações apresentadas se conformam enquanto associações civis, tal como definido por Cefai:

Uma organização associativa se consolida reunindo diversos contextos de experiência e de atividade, pontos de perspectiva e estratos de competências que ela coloca em sinergia. Ela se constitui através da troca de conhecimentos e informações, na formulação de denúncias e de reivindicações coletivas; através da co-produção de um projeto coletivo, ao mesmo tempo tecnicamente viável e válido do ponto de vista normativo; e, ainda, através das atividades de circulação das notícias relativas ao andamento dos casos sob deliberação. Em cada uma das situações problemáticas com as quais a associação é confrontada, colocam-se as perguntas: o que seria mais apropriado ao bem público e o que se deveria fazer, estratégica e taticamente, para alcançá-lo? Sob a *mise en scène* da associação como representação una e própria, através de sua identidade jurídica e de sua localização geográfica, através das performances dos seus porta-vozes nas reuniões públicas, do uso do pronome nós e de seu logotipo na redação de cartas e de panfletos, o personagem “associação” se consolida, resultante de uma série de ações conjuntas (CEFAI, 2011, p.25).

Considero ainda tais associações como associações de pacientes, construídas em torno de um “ativismo terapêutico” e “baseado em evidências” (RABEHARISOA et al, 2014). Nessa forma de ativismo, relacionado à tratamentos experimentais e a doenças raras e de difícil controle, uma prática coletiva fundamental tem sido a produção de conhecimento e de evidências que comprovem os argumentos apresentados e embasem novas descobertas. Nesse modelo, as organizações coletam experiências e constroem *conhecimento experiencial*, articulando-o a conhecimentos credenciados a fim de torná-los politicamente relevantes. Por meio desse processo, reformulam o que está em jogo, desestabilizando as

² O trabalho de campo citado foi realizado no âmbito da minha pesquisa de doutorado em Sociologia Política/UENF, entre os anos de 2017 e 2021, financiada pela CAPES.

compreensões existentes podendo levar a retomada de questões anteriormente excluídas pela ciência oficial, ao questionamento de práticas médicas e à abertura de novas questões complexas a partir de fatores anteriormente ignorados (RABEHARISOA et al, 2014).

Como *conhecimento experiencial* compreende-se o conhecimento adquirido por meio da experiência, narrada em primeira pessoa, e sua posterior reflexão, racionalização e análise, frequentemente construída através de processos coletivos de troca (BORKMAN, 1976).

Rabeharisoa (2013), ao pesquisar as ações coletivas construídas por associações de pacientes e seu papel na democratização da saúde, descreveu o compartilhamento de experiências, a oposição à biomedicina e a coprodução de conhecimento junto a especialistas como reivindicações características de associações de pacientes ao longo da história. Para a autora, o compartilhamento de experiências é tanto um princípio de identidade quanto uma reivindicação epistemológica. Nesses casos, a experiência funda de um saber coletivo e produz uma identidade em comum, sendo a consequência e não causa do associativismo. Tanto Epstein (1995) como Rabeharisoa (2013) delimitam que é o compartilhamento de experiências que fundamenta a identidade nesses casos, por meio de um processo reflexivo através do qual se tornam conscientes de seu envolvimento ativo na construção das reivindicações e conhecimentos. Epstein (1995, p. 413) argumenta ainda que a identidade desempenha uma função instrumental importante no processo de mobilização, influenciando a disposição das pessoas em “investir emocionalmente” no movimento, assumindo riscos pessoais em seu nome. Apesar de estarem tratando de temas distintos, essa ideia também é compartilhada por Becker (2008), ao compreender que a partilha de sentimentos, problemas e perspectivas é o que possibilita a existência de uma identidade em comum entre membros de grupos desviantes.

Nesse artigo, destacarei as experiências relacionadas ao associativismo em torno do acesso aos usos medicinais de maconha, com ênfase nas associações canábicas, a fim de compreender como os atores se mobilizam e como tal mobilização tem alcançado

transformações nas práticas jurídicas a ponto de promoverem tratamentos medicinais com uma planta cujo acesso é ainda restrito em grande parte do mundo.

A partir da concepção de um ativismo terapêutico, compreendo que a própria organização social, no caso aqui apresentado, é parte do percurso para o acesso ao tratamento com cannabis, uma vez que é com outros usuários do grupo que pacientes e cuidadoras em geral aprendem sobre o tratamento e a manipulação do medicamento artesanal ou industrializado.

Associações canábicas e arenas públicas: como se mobilizam os usuários medicinais de maconha

De maneira geral, foi observado que o primeiro passo para que o indivíduo se interesse de maneira mais detida pelo tema dos usos medicinais de maconha³ relaciona-se a uma doença rara ou condição de difícil controle para qual a medicina não oferece tratamentos - ou estes são insatisfatórios do ponto de vista do paciente e de seus familiares -, e sobre os quais se tem relatos de que a terapia com maconha pode ocasionar melhores resultados.

As informações de que o uso de um óleo feito com as flores da planta pode trazer melhor qualidade de vida para si ou para uma pessoa próxima, conduz à realização de pesquisas pessoais pelos interessados. Algumas vezes a informação que inicia a pesquisa pessoal vem de programas de TV ou matérias de jornais que apresentam histórias de pessoas com condições semelhantes, que obtiveram melhoras com o uso do extrato da planta. As pesquisas pessoais são feitas com pessoas conhecidas e informadas e/ou em buscas na internet, podendo levar os possíveis novos usuários ou cuidadoras/es aos atos públicos organizados por ativistas, observados como locais comuns para o primeiro contato presencial entre pessoas interessadas e usuários, mães e outros familiares - especialistas não credenciados. Um exemplo é descrito abaixo, na narrativa da trajetória de uma mãe da Zona Oeste do Rio de Janeiro para acessar as informações sobre como tratar seu filho de 28 anos, que sofre com “crises epiléticas generalizadas” para as quais os tratamentos médicos alopáticos não se mostraram eficientes.

³ Compreendo aqui apenas usuários que não consumiam maconha previamente ao uso medicinal. Essa diferenciação é necessária analiticamente por ter sido observado que os atores que faziam uso social da planta antes de tornarem-se usuários medicinais já compartilhavam da cultura da maconha e suas carreiras de usuários perpassaram outras etapas já demonstradas por Becker (2008), MacRae & Simões (2000), Veríssimo (2013).

A primeira vez que eu ouvi falar que a maconha estava sendo usada para o tratamento da epilepsia foi em 2014 por uma amiga minha que mora na Califórnia. Mas ela não soube me explicar direito, disse que era vendido como suplemento alimentar. Eu não dei muita importância. Mas, mesmo assim, ela me falou que já tinha ouvido falar tão bem desse suplemento no tratamento da epilepsia que eu pedi que ela me enviasse ou trouxesse, pra eu experimentar no meu filho. Ela se negou a fazer, dizendo que seria presa por ser considerado tráfico. Eu deixei pra lá. Já em 2017, quando ele [o filho] estava muito mal no CTI, minha irmã caçula nos visitou no hospital e disse que viu no *Facebook*, em um grupo de pais aqui do Rio que se reuniam pra fazer panelaços do óleo para seus filhos. Tudo na clandestinidade. E que iriam participar no dia seguinte da Marcha da Maconha em Ipanema. Minha irmã disse pra mim “essa vai ser a sua oportunidade de encontrar com esses pais. Vai nessa, minha irmã!”. E assim eu fiz, fui e lá conheci mães, pais e seus filhos. Um mês depois eu já estava dentro do laboratório do Fundão com a APEPI fazendo o primeiro curso do cultivo. Fui muito acolhida pelas mães que estavam lá. Todas na mesma situação que eu. Mas eles já usavam, o único que não usava ainda era o meu filho (Relato realizado por áudio pelo *WhatsApp* em junho de 2020)⁴.

Ao chegarem às associações, os novos usuários e seus familiares tem a oportunidade de conhecer as técnicas e práticas necessárias para o desenvolvimento do tratamento: técnicas de cultivo por meio dos cursos e oficinas ofertados e pelo compartilhamento de experiências em grupos de *WhatsApp*; técnicas de produção do óleo medicinal feito com as flores da maconha; aprendem a manipular as doses e efeitos do medicamento artesanal, observá-los e anotá-los, a identificar as concentrações ideais para seus usos assim como as melhores variedades das plantas de acordo com suas necessidades.

Como o conhecimento necessário para fazer usos medicinais do óleo de maconha não tem sido produzido pelas instituições médicas ou institutos de pesquisa, é com outros pacientes e especialistas *não credenciados* (BORKMAN, 1976), que os novos pacientes e seus familiares têm aprendido tais informações. Isso ocorre porque no último século as políticas proibicionistas restringiram o acesso à maconha de tal maneira, que

mesmo as pesquisas científicas encontram barreiras no acesso à planta e às suas substâncias. Nesse sentido, no caso dos usos medicinais de maconha, foi observada a importância do ato de associar-se como etapa do processo terapêutico buscado.

O aprendizado ocorre em rodas de conversa, grupos de *WhatsApp*, reuniões, atos públicos e atividades de lazer promovidos pelos associados em espaços coletivos de compartilhamento de experiência, promovendo processos de educação informal (GOHN, 2011). Nesses encontros ocorre também uma *educação política* (GOHN, 2011), oportunizando aos participantes se aprofundarem acerca das problemáticas relacionadas ao proibicionismo e se organizarem.

É relevante explicitar que já havia redes de mobilização e movimentos sociais em torno das demandas por regulamentação da maconha previamente ao movimento pela maconha para fins medicinais aqui descrito, sendo sua maior expressão a Marcha da Maconha, que ocorre nacionalmente em diversas cidades brasileiras desde 2002 (REED, 2014). Considero que a aproximação entre pacientes de doenças raras e/ou de difícil controle, mães cuidadoras e seus familiares à cultura canábica e suas redes de sociabilidade e militância, expandiu o alcance de tais redes (tanto as que se organizavam em torno das doenças raras como as redes canábicas) para grupos até então não conectados, ampliando a capacidade de circulação do conhecimento produzido.

Os novos atores e atrizes, embora conhecessem pouco sobre maconha a princípio, agregam também a essa rede suas experiências e conhecimentos adquiridos ao longo de suas trajetórias como pacientes ou familiares de pacientes. Ao buscar cultivadores para acessarem o tratamento com cannabis – seja para adquirir óleo, flores ou aprender sobre cultivo – usuários medicinais e seus familiares passaram a integrar as redes canábicas. Ao iniciarem o tratamento e empregarem as técnicas já utilizadas com outros medicamentos para verificar a eficácia do tratamento com maconha, esses conhecimentos passam a circular nessa rede e a informar outros usuários (medicinais ou não) (BARBOSA, 2021).

Das redes que se formam a partir de tais encontros, nasceram as associações canábicas: associações civis

⁴ Conheci a autora do relato em 2017, durante o trabalho de campo junto à APEPI, associação do Rio de Janeiro, e nos encontramos ao longo dos anos seguintes. O trecho citado foi enviado por *WhatsApp* devido ao período de Pandemia de Covid-19, que inviabilizou encontros presenciais.

que se organizam em torno do acesso à maconha e atuam de forma semelhante às associações de pacientes, embora tenham algumas características distintas, como o fato de reivindicarem autonomia para produzir seu próprio medicamento ou obtê-lo por meio do cultivo associativo.

As primeiras associações foram oficializadas nos anos de 2014 e 2015. Em um mapeamento inicial da pesquisa, em 2017, registrei seis associações: ABRACE, APEPI, ABRACannabis, Liga Canábica da Paraíba, AMA+ME e CULTIVE. Atualmente existem 35 associações filiadas à FACT – Federação das Associações de Cannabis Terapêutica, criada conjuntamente por associações civis e coletivos antiproibicionistas em 2020.

Além de compreender tais associações dentro do escopo do ativismo baseado em evidências e do ativismo pelo tratamento, compreendo que também se assemelham aos clubes de cultivo para fins medicinais que surgiram na década de 1970, na Califórnia/EUA (FELDMAN & MANDEL, 1998). Como sublinham os autores, o histórico de proibição ocasionou que médicos saibam muito menos sobre os efeitos da maconha que os próprios pacientes. Além disso, os cultivadores dos clubes já conheciam bem os usos da maconha e o cultivo da planta, enquanto farmacêuticos e outros especialistas credenciados ainda estavam especulando sobre como produzi-la e distribuí-la em farmácias. Isso não difere muito da realidade brasileira atual, uma vez que profissionais da área da saúde não tem formação relacionada aos usos medicinais de maconha ou ao que se tem convencionado chamar de “medicina canabinoide”. Caracteriza ainda essas redes a potência de sua expansão, ocasionada pela diversidade dos usos da planta e pessoas interessadas.

Compostas por pessoas com doenças raras e/ou de difícil controle, suas mães e outros familiares cuidadores, cultivadores experientes, médicos, advogados, usuários de maconha interessados e movimentos sociais pró-regulamentação e antiproibicionistas, as associações canábicas compartilham experiências em torno dos usos da planta, material biológico (sementes, flores, óleos medicinais feitos com a cannabis), produzem conhecimento, evidências dos potenciais terapêuticos e se articulam aos movimentos sociais que reivindicam a descriminalização da maconha e sua regulamentação para cultivo doméstico e associativo. Vigoram ainda dentre as características de tais associações o fato de

serem representadas por pessoas que compartilham a experiência do adoecimento, seja o próprio usuário medicinal ou um familiar.

Dentre as principais atividades realizadas pelas associações catalogadas durante o trabalho de campo estão: a organização de reivindicações na esfera pública sob a justificativa do acesso à saúde garantido constitucionalmente; realização de cursos de cultivo, elaboração do óleo medicinal com suas flores e cursos para profissionais da saúde; produção do óleo medicinal de cannabis para os associados; *advocacy*; organização de palestras, workshops e seminários sobre o tema; acolhimento de novos usuários medicinais e seus familiares; organização de atos públicos. Em relação às reivindicações comuns às associações canábicas brasileiras encontram-se a descriminalização do cultivo doméstico e a regulamentação do cultivo associativo.

As associações não atuam de forma isolada, mas em diálogo com movimentos antiproibicionistas e aqueles que se organizam em torno do acesso à saúde. Observo que tais relações compõem uma rede de movimentos sociais que se articulam direta ou indiretamente ao tema da cannabis para fins medicinais. Portanto, as próprias associações canábicas se conformam como movimentos sociais, segundo a definição fornecida por Gohn (2008): são a expressão de uma ação coletiva que decorre de uma luta sociopolítica, sua identidade está associada às demandas que organiza, têm aliados e adversários, lideranças e assessorias, práticas comunicativas diversas, projetos e visões de mundo que lhe conferem suporte às demandas, e uma cultura própria nas formas como encaminham suas reivindicações.

Sobre carreiras desviantes, Becker (2008) observou que é no encontro com outros desviantes semelhantes e mais experientes que os novatos aprendem argumentos que tornam suas ações aceitáveis para si mesmo e para os outros com quem, porventura, precisem se explicar, adquirindo “uma série de racionalizações e justificativas com as quais podem responder a objeções” (2008, p. 83).

Nos casos dos usos de maconha, é necessário algum tipo de reorganização moral para que o indivíduo percorra a trajetória entre interessar-se em usar um medicamento produzido com uma planta sobre a qual tem referências negativas socialmente consolidadas (ainda que tenha novas referências recentes que vão de encontro a elas), experimentá-la e permanecer

utilizando-a. Dentre as técnicas apreendidas na carreira desviante, Becker cita aquelas utilizadas “para neutralizar a força dos valores de aceitação da ordem” (2008, p. 39), e que indicam, por exemplo, que o desvio não é tão grave à luz de determinadas circunstâncias ou que normas mais importantes devem ser priorizadas no evento apresentado.

Uma das estratégias de neutralização da força dos valores morais identificada foi o argumento de que a substância não faz mal se utilizada de determinada maneira (não fumada) e ainda acarreta benefícios para a saúde. Além disso, o argumento de que o cultivo doméstico não provoca danos à sociedade é recorrentemente utilizado para deslegitimar contextos que relacionam todo e qualquer uso de maconha ao tráfico de drogas, identificando que as sanções e moralidades direcionadas para tal crime não se aplicam a esse caso.

Tais mecanismos não necessariamente alcançam o objetivo de neutralizar os questionamentos em torno de tal desvio, mas ao menos tornam possível que eles não sejam considerados dentro do mesmo escopo que outros desvios semelhantes.

O iniciante partilhou em algum momento a visão convencional. No curso de sua participação num segmento não convencional da sociedade, contudo, é suscetível de adquirir uma visão mais “emancipada” dos padrões morais implícitos na caracterização habitual do usuário de drogas, pelo menos a ponto de não rejeitar sumariamente atividades porque são condenadas por convenção. [...] Essa interação, portanto, tende a fornecer as condições que permitem ao noviço escapar da influência das normas (BECKER, 2008, p. 83).

Portanto, além do aprendizado das técnicas, o associativismo promove mudanças culturais, necessárias para fomentar o debate em torno dos tratamentos com cannabis, seja ele na esfera micro (na esfera familiar, por exemplo) ou na macro (nos debates públicos).

A partir das relações com outros usuários, e do conhecimento ao qual tem acesso por meio dessas relações, assim como à distintas explicações e justificativas para seus usos, o indivíduo, aceitando tais ideias, pode reorganizar suas noções morais de maneira a permiti-lo seguir com suas ações, “sobretudo ao adquirir a concepção de que os valores morais convencionais sobre drogas não se aplicam a esta droga

que ele consome” (BECKER, 2008, p. 85) ou, no caso dos usos medicinais de maconha, à forma como consome e ao seu intuito. Ou seja, esse processo não implica necessariamente em um questionamento que abranja todos os usos de uma substância, ou grupos diversos de usuários. O novo usuário pode, por meio da observação dos demais, rejeitar os padrões convencionais apenas em relação à cannabis, e não às drogas como um todo. Em trabalho anterior (BARBOSA, 2021), observei que os usuários e seus familiares podem desconsiderar ou criticar os padrões convencionais apenas no que diz respeito aos usos medicinais ou, de maneira ainda mais restrita, aos usos medicinais “comprovados” mediante prescrição médica.

No início do movimento organizado em torno da regulamentação da maconha para fins medicinais no Brasil, muitos familiares se referiam exclusivamente ao canabidiol (CBD) como composto terapêutico da planta, distinguindo-o da planta em si, apesar do canabidiol ser exclusivo apenas nos óleos em que o composto foi isolado, o que corresponde a uma pequena parte dos produtos importados, classificados como “pure”. Os óleos, em geral, são produzidos com flores secas, contendo diferentes concentrações de todos dos mais de 100 canabinoides presentes na planta.

Dentre as justificativas para a escolha pelo termo “canabidiol”, destaco o intuito de distanciar os usos e os usuários medicinais dos estigmas associados ao uso adulto de maconha, afastando a discussão do contexto das drogas, na busca por alcançar um caráter mais “sensibilizador” da população e dos órgãos públicos, aproximando os objetos em questão (o óleo e a planta) do contexto dos medicamentos, da medicina e da saúde.

A divergência política em torno dos nomes utilizados em referência à planta da maconha e ao óleo feito com suas flores ocasiona, por vezes, conflitos entre familiares e usuários medicinais, cultivadores e membros de movimentos antiproibicionistas, uma vez que parte desses grupos veem no uso exclusivo do termo “canabidiol” o efeito de uma despolitização dos usuários medicinais.

Esses aprendizados e deslocamentos são realizados com intensidade nas associações. Como aponta Strauss, “qualquer grupo de pessoas que permanece por algum tempo num lugar desenvolve uma ‘linguagem especial’, um dialeto ou um jargão, que representa sua maneira de identificar aqueles objetos importantes para a ação do grupo” (1999, p. 40). Dessa maneira, a identificação e

nomeação das coisas é um problema contínuo, uma vez que o mundo está organizado por quadros simbólicos que são transformados e tensionados constantemente. E é desse tensionamento constante que surgem as necessidades de reavaliação e ressignificação das coisas, pois, como demonstra Strauss, “da ambiguidade nasce o desafio e a descoberta de valores novos: é nas zonas de ambiguidade que ocorrem as transformações [...] sem essas zonas a transformação seria impossível” (1999, p. 44). O autor ressalva ainda que tais reavaliações não ocorrem de processos serenos, ao contrário, tendem a ser processos cansativos para aqueles que às atravessam.

Visto que os valores não estão nos objetos, mas constituem avaliações dos objetos, segue-se que as pessoas, para fazerem sua própria avaliação, devem ter sua própria experiência. Isso não quer dizer que não lhes posso ensinar o sentido de alguma coisa anterior à experiência direta que terão dessa coisa. [...] Mas nenhuma descrição dada de antemão, se a mudança de perspectiva exigida for radical, conseguirá nos ensinar como nós mesmos acabamos por nos avaliar. Nós mesmos devemos agir, sofrer e aguentar – para usar os termos de John Dewey. [...] À medida que as pessoas “sofrem”, suas avaliações mudam. Os valores não são eternos. As expectativas nem sempre podem ser satisfeitas. As coisas mudam e nós também mudamos. [...] Enquanto perdurar o aprendizado, persistirá a revisão dos conceitos; e enquanto ocorrer a revisão, ocorrerá a reorganização do comportamento (STRAUSS, 1999, p. 43).

Para Cefai (2018), a constituição do problema público promove arenas públicas, onde os atores vão formular e estabilizar novas perspectivas, interesses e opiniões e possibilitarão a si e ao grupo reorganizar o campo de percepção e de ação, construindo e adotando novas crenças, atitudes e hábitos, fomentando processos de aprendizagem e conversão.

Compõe ainda a arena pública grupos representativos de especialidades médicas que reivindicam o lugar hegemônico de prescritores; diversas esferas estatais, parlamentares, universidades e institutos de pesquisa, uma vez que o Estado passa ser cobrado a intervir no problema e promover soluções, e as instituições de pesquisa a produzir conhecimento que lance luz sobre o assunto.

É relevante ainda ressaltar o papel de mães de pessoas com doenças raras na construção do problema público em torno da cannabis medicinal. Já fazia parte

do cotidiano dessas mulheres a observação regular de seus filhos em relação à constante experimentação de medicamentos, assim como o próprio ato de informar aos médicos sobre os efeitos encontrados em cada novo tratamento. Essas mães produziam e trocavam informações tanto em relação às doenças e tratamentos médicos, reações adversas, efeitos esperados, como acerca das dosagens e efeitos do óleo, ao passo que sistematizavam os dados empíricos catalogados, alguns em termos médicos por elas conhecidos. Muitas já constituíam redes de troca de informações em torno das experiências de serem mães de pessoas com doenças raras. Esse conhecimento foi importante para comunicar os benefícios encontrados nos usos medicinais de maconha tanto para médicos como para o público em geral. Dentre as diversas formas de troca de experiência, destaco a criação de grupos de conversa no aplicativo *WhatsApp*, por meio do qual compartilham experiências sem a restrição das barreiras geográficas.

Essa percepção é corroborada por Oliveira (2016) que, ao tratar de crianças com doenças raras que iniciaram tratamentos com maconha em 2015, também encontrou a prevalência de mães a pais, mas isso não deve ser considerado como um caso específico de determinadas doenças. A responsabilidade das mães – e extensivamente das mulheres – em relação ao cuidado da saúde da família não é uma novidade, tendo sido demonstrada em estudos anteriores (FLEISCHER & FRACH, 2015; SCAVONE, 2005).

A partir do exposto, compreendo que o encontro de *expertises* entre pessoas que sabem cultivar e familiares de pessoas com doenças raras e/ou de difícil controle - que detinham a experiência acerca das doenças e suas próprias redes de troca e organização social -, e a mobilização desses atores, teve papel preponderante no processo de alçar o tema dos usos medicinais da maconha ao centro do debate público. Tal como para o desenvolvimento de conhecimento e construção de possibilidades de acesso.

O termo *expertise* se refere à concepção cunhada por Borkman (1976), sendo compreendido como competência ou habilidade em lidar ou resolver um problema por meio do uso da própria experiência. Embora todas as pessoas com o mesmo problema possam ter conhecimento experiencial, o autor sinaliza que o grau em que cada indivíduo integrou as informações e se tornou competente para aplicá-las

a um problema é variável. O desenvolvimento dessa competência é o que consideramos expertise.

A escolha pelo termo “encontro” (encontro de redes e coletivos diversos) se justifica por explicitar que as redes de mobilização e ativismo vinham sendo construídas, tanto as relacionadas à cultura da maconha, como as que tem como foco os cuidados em saúde relacionados às doenças ou condições de difícil controle. Evitamos, assim, a concepção limitada de que todos os atores apenas incorporaram a rede canábica já existente, compreendendo que esse movimento é mútuo e permite também à cultura canábica adentrar essas redes em torno da saúde, entrando em contato com toda uma gama de conhecimentos derivados de outras experiências.

Esses encontros podem ser compreendidos à luz do que Ilse Scherer-Warren (2006) denomina como “redes de redes”. Para a socióloga a sociedade civil é a representação de diferentes níveis de organização social. No primeiro nível estão as associações civis, as Organizações Não-Governamentais e outros grupos de expressão local ou comunitária, por isso chamado de associativismo local. No segundo nível estão as articulações inter-organizacionais, como fóruns ou *redes de redes*, muitas vezes viabilizados pela internet, ocasionam com frequência parcerias institucionalizadas entre a sociedade civil e o Estado. No terceiro nível estão as mobilizações na esfera pública. Resulta desse processo articulatório o que a autora denomina como *rede de movimento social* (SCHERER-WARREN, 2006, p. 111), que “pressupõe a identificação de sujeitos coletivos em torno de valores, objetivos ou projetos em comum, os quais definem os atores ou situações sistêmicas antagônicas que devem ser combatidas e transformadas (2006, p. 113).

Esses encontros não se dão, porém, sem conflitos ou necessariamente de maneira horizontal. Scherer-Warren (2006) denota que a ideia de rede pode sugerir que tais movimentos não compartilham de estruturas de poder ou que este se dilui e se redistribui construindo relações horizontais. Mas, como argumenta a autora, mesmo em uma rede é possível perceber elos fracos e fortes, capazes de maior influência e maior poder de mobilização, por exemplo.

No caso das redes em torno dos usos medicinais de maconha, surgem conflitos que vão desde os formatos e conteúdo dos cursos de cultivo oferecidos, nomenclaturas utilizadas – CBD, Canabidiol, Cannabis

Medicinal, Maconha, Cânhamo – às escolhas das estratégias políticas para difundir os usos medicinais, a produção de óleo e/ou o cultivo.

Mas se as redes são permeadas por conflitos, o são também por possibilidades de solidariedade, reciprocidade e de compartilhamento (SCHERER-WARREN, 2006). Nesse sentido, muitos são os pontos de convergência, que mantêm os elos entre as redes conectados e os atores organizados.

Dentre as estratégias identificadas como comuns às associações e atores desses movimentos de maneira geral, está a produção e publicização de conhecimento informal e evidências como propulsoras do debate público.

Fiore (2018) assinala que o debate sobre políticas de drogas, sendo um debate político, não se encerra em evidências científicas, por mais robustas que sejam, pois as políticas são construídas também por valores e escolhas morais. Nesse sentido, o que aponto como evidências produzidas por usuários medicinais, seus familiares e pelas associações de maneira geral, atuam de forma diversa àquelas produzidas pela ciência e não tem o objetivo de substituí-las. Ao contrário, o conhecimento e as evidências produzidos pelas associações buscam promover um debate em torno das questões morais que amparam a criminalização do acesso à cannabis, e apontam os possíveis benefícios dos usos medicinais da planta, sensibilizando o público e pressionando os saberes institucionalizados a realizar pesquisas. Inclui-se no “público” alvo dessas organizações tanto cidadãos de maneira geral, como médicos, pesquisadores e parlamentares.

Dentre as produções de evidências não científicas, destaco a construção de planilhas de registro de crises convulsivas, organização de resultados de exames médicos realizados durante o tratamento, depoimento de médicos que concordaram em acompanhar o tratamento com cannabis, com destaque para os neurologistas e neuropediatras, especializações médicas com grande prestígio social. É relevante também a produção de vídeos caseiros que transmitem aos que os assistem a experiência de quem convive com tais doenças, como vídeos de pessoas tendo crises convulsivas ou comportamentos violentos associados ao Alzheimer, por exemplo, assim como documentam de maneira amadora as melhoras apresentadas ao decorrer do tratamento com a planta. Os documentários e matérias de jornais de grande visibilidade também

tem sido importantes ferramentas para produzir e comunicar as evidências compartilhadas por ativistas e sensibilizar o público. Cabe salientar que o objetivo não é apenas quantificar as informações e produzir dados, mas encontrar meios de comunicar a outras pessoas o sofrimento associado ao percurso terapêutico dessas famílias e o alívio e melhora na qualidade de vida ocasionados pelo tratamento, além das controvérsias médico-científicas em torno do tema.

A produção de imagens de testemunho e/ou amadoras são poderosos instrumentos de afeto, que intuem comunicar situações e sentimentos vivenciados por aqueles que gravaram as imagens, atingindo os que consomem por meio de aparelhos eletrônicos individuais (SILVA, 2016). Para Silva, “a imagem do corpo, gerada através de equipamentos digitais por indivíduos amadores ou em situação de testemunho, e inserida dentro do ambiente das redes de comunicação digital, gera afetos que contribuem para a mobilização social” (2016, p. 98).

Cefaï (2018) aponta uma relação entre publicidade, visibilidade e responsabilidade, no sentido de que a publicização do problema o torna manifesto e acessível a todos, promovendo sua visibilidade e, conseqüentemente, demanda uma resposta pública acerca de sua resolução ou um posicionamento sobre as novas concepções que surgem a partir da perturbação da experiência coletiva. Nesse sentido, o autor associa o processo de publicização ao processo de politização, pois a situação deixa de ser particular e passa a compor a esfera pública. Ademais, a publicização pode criar “ambientes de apoio”, o que é notável no caso dos usos medicinais de maconha, uma vez que são muito comuns os grupos de apoio recíproco construídos nas redes sociais, centrados nas mais diversas especificidades como categorias de doença, região do país, gênero, formas de uso etc.

Assim, as organizações de pacientes dedicam uma grande quantidade de energia à articulação de conhecimento credenciado e conhecimento experiencial e, por meio da publicização desses conhecimentos, tornam as doenças e seus tratamentos problemas públicos.

No caso das associações canábicas, o próprio tratamento proposto pelos pacientes foi tornado o centro do debate público, devido ao fato de não ser realizado por profissionais da biomedicina e ter como base uma planta ilegal em torno da qual diversos

estigmas são manipulados. Nesse sentido, essas associações produzem conhecimentos em resposta a suas próprias demandas, uma vez que a ciência e a medicina não têm muito a colaborar em relação a dosagens, variedades de plantas e todas as questões relacionadas ao tratamento. Rabeharisoa *et al* (2014) ressaltam que, em muitos casos, ativistas constroem um conjunto de conhecimentos sobre aspectos que os especialistas não consideraram centrais, suficientemente relevantes ou que já foram descartados pela ciência. A politização desses conhecimentos, por meio da construção de problemas públicos, pode levar à reformulação de algumas questões e desestabilizar compreensões já existentes, acarretando à retomada de questões anteriormente excluídas ou ignoradas pela ciência e por especialistas e, ainda, à abertura de novas questões complexas a partir da percepção desses outros fatores publicizados (RABEHARISOA *et al*, 2014), como é o caso aqui demonstrado.

Organização social e credibilidade

Steven Epstein (1995), em seus estudos sobre os movimentos sociais relacionados à saúde em torno do HIV e a produção de conhecimento confiável por ativistas, demonstrou como a *arena de produção de fatos* abrange profissionais de diversas áreas, movimentos ativistas, empresas farmacêuticas e de biotecnologia, além da mídia de massa e mídias alternativas, incluindo publicações ativistas. Assim, informações sobre segurança e eficácia de determinados regimes terapêuticos resultam de uma complexa interação entre esses atores.

[...] os movimentos ativistas, através da acumulação de diferentes formas de credibilidade, podem em certas circunstâncias tornar-se participantes genuínos na construção do conhecimento científico - que podem (dentro de limites definidos) efetuar mudanças nas práticas epistêmicas da pesquisa biomédica e nas técnicas terapêuticas do cuidado médico. (EPSTEIN, 1995, p. 409, tradução nossa).

Quando determinados problemas são tornados problemas públicos e a ciência, ao ser acionada, não tem explicações e soluções consideradas suficientes, sua credibilidade é abalada e abrem-se brechas que podem ser ocupadas por outros grupos, como aqueles formados pelas associações de pacientes e ativistas

pelo tratamento. Isso ocorre particularmente em campos de pesquisa marcados por graus extremos de controvérsias (EPSTEIN, 1995), como é o caso das doenças raras e de difícil controle e de algumas doenças crônicas para as quais a medicina convencional não apresenta tratamentos satisfatórios. Pelos mesmos motivos, isso ocorre também amplamente no que diz respeito aos usos medicinais de maconha. Nesse último caso, a medicina convencional muitas vezes não tem nem tratamentos eficientes nem um discurso robusto e cientificamente embasado sobre o uso de maconha para fins medicinais, o que abre espaço para os especialistas não credenciados que se tornaram conhecedores do tema por meio da experiência e de suas pesquisas pessoais. Ou seja, no caso do debate público em torno dos usos medicinais de maconha, a credibilidade científica é questionada tanto em relação às doenças raras e crônicas sobre as quais o conhecimento médico é insuficiente, como em relação ao conhecimento sobre maconha como um todo, uma vez que a ciência biomédica tem pouco a oferecer.

É importante sinalizar que, apesar dos grupos de usuários e mães de crianças com doenças raras que utilizam os óleos de maconha ser bastante heterogêneo, aqueles que passam a aparecer nas grandes mídias a partir de 2014 são majoritariamente pessoas brancas de classes médias e altas urbanas. Dentre as explicações para esse traço hegemônico está o racismo, que impõe inúmeros riscos a pessoas negras, frequentemente discriminadas pela polícia e pelo Estado, mais incriminadas por tráfico que brancos, mais abordadas pela polícia e mais assassinadas (ADORNO, 1996; BARROS, 2008; CARVALHO, 2016; DUARTE e SILVA, 2019)⁵. Portanto, com mais barreiras para tornar pública suas relações ilegais com a maconha em relação às pessoas brancas.

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

relevante para a categorização do cultivo como tráfico ou uso pessoal.

Art. 28 § 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente (Lei 11.343).

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

Como aponta Becker (2008), diferenças na capacidade de fazer regras e aplicá-las a outras pessoas são essencialmente diferenças de poder - seja legal, seja extralegal. Os grupos pertencentes a posições sociais privilegiadas são mais capazes de impor suas regras e, logo, também são mais capazes de disputá-las com os empreendedores morais. Ademais, em qualquer sistema de grupos ordenados, aqueles que ocupam os lugares sociais mais altos hierarquicamente são vistos como os que “sabem mais”, que terão o direito de serem ouvidos e de definir a forma como as coisas “realmente se dão”. O mesmo ocorre no sentido da acusação: aqueles que estão colocados abaixo na hierarquia social serão mais acusados do que os que estão inseridos no topo.

Epstein (1995) se refere à essa credibilidade relacionada a uma hierarquia social como *autoridade cultural* e, tal como Becker, ressalva que a credibilidade

⁵ Cabe salientar que esta realidade não se refere apenas aos homens pretos, mas também às mulheres, como apontam os dados do INFOPEN Mulher de 2017: “A análise geral dos dados apresentados neste relatório indica que a maioria das custodiadas, são jovens, pretas e pardas, pobres e com baixa escolaridade. Do total de mulheres custodiadas no Brasil, 60% foram presas por crimes relacionados ao tráfico de drogas” (INFOPEN, 2017, p.72).

pode se basear em uma série de marcadores sociais como graus acadêmicos, histórico e afiliações institucionais.

Estendendo essa concepção sobre a hierarquia da credibilidade para as classes sociais, podemos compreender que pessoas brancas, de classes médias e altas, correrão tanto menor risco de serem acusadas como terão maior chance de serem ouvidas em uma sociedade cultural e estruturalmente racista e com uma abissal desigualdade de classe como a brasileira. Isso nos ajuda a compreender por que são determinadas pessoas que frequentemente ocupam o lugar de porta-vozes do debate sobre acesso à maconha para fins medicinais, e que se tornam capazes de disputar o lugar de criadores de regras, seja no âmbito legal (em torno das mudanças nas leis e de possíveis regulamentações) como extralegal (circunscrito às transformações na cultura e nas práticas cotidianas).

Desse modo, a credibilidade das associações estudadas advém da credibilidade dos atores que a constituem, levando consigo a credibilidade relacionada ao lugar social que ocupam, seja ele relacionado à aspectos socioeconômicos, pessoais ou à credibilidade profissional, como no caso dos médicos. Toda a credibilidade, nesses casos, está ancorada em determinações culturais que indicam que certos tipos de pessoas são mais confiáveis que outras. Essas posições são utilizadas por ativistas como tática para pautar questões que não detêm a mesma atenção pública quando levantadas por outros grupos.

No sentido do diálogo público e do diálogo com o público promovido pelas mídias, é importante destacar que as mulheres que protagonizam grande parte dos documentários, matérias de jornais e programas de TV entre 2014 e 2018 são mulheres brancas, pertencentes às camadas médias e altas urbanas. Para além da representação midiática do problema, é relevante o papel de mães de pessoas com doenças raras na construção do problema público em torno da cannabis medicinal.

As mulheres são as principais responsáveis pela produção de cuidados relacionados à saúde dentro da família (SCAVONE, 2005), que vai desde a manutenção da saúde e prevenção de doenças à viabilização dos tratamentos nos momentos de enfermidade. Esse lugar

de cuidadora, embora muitas vezes não seja reconhecido como um trabalho, confere à essas mulheres uma autoridade moral socialmente reconhecida à categoria de “mães”.

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

Somam-se ainda a esse grupo, pesquisadores de diversas áreas que se tornaram especialistas a partir do trabalho realizado junto às associações, advogados antiproibicionistas e uma gama de especialistas credenciados que creditam sua credibilidade às associações e movimentos sociais. Cabe ressaltar que tais categorias não são excludentes e muitas vezes se sobrepõem, como nos casos de médicos que são também pais e mães de crianças usuárias medicinais de maconha, outros que são também farmacêuticos, ou advogados filhos de usuários medicinais, médicos cultivadores, entre outros.

Nos dois primeiros anos após a regulamentação da importação de produtos à base maconha pela ANVISA, em 2016, o Brasil importou legalmente mais de 78 mil produtos para fins medicinais à base da planta. Prescritos por mais de 800 médicos, esses produtos estão associados aos tratamentos de epilepsia refratária, autismo, Alzheimer, Mal de Parkinson, câncer, dores crônicas, ansiedade, depressão e insônia⁶. Além do acesso pela importação, até o início do ano de 2020, cerca de 100 famílias brasileiras obtiveram na justiça um Habeas Corpus preventivo, que lhes permite cultivar a planta com objetivos terapêuticos sem serem constrangidas pelas polícias⁷. Em relação ao cultivo associativo, quatro associações brasileiras

⁶ Os dados foram informados pela ANVISA por meio da solicitação via Lei de Acesso à Informação pelo Núcleo de Cannabis da Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD). A Plataforma divulgou as informações em seu site, disponibilizando o download da resposta da ANVISA em: <http://pbpd.org.br>.

⁷ Dados da Rede Jurídica pela Reforma da Política de Drogas.

conseguiram na justiça o direito de cultivar maconha, produzir um óleo medicinal com a planta e distribuí-lo entre seus associados.

Apesar desses fatos, ocorridos nos últimos cinco anos, não há ainda qualquer regulamentação para a produção e cultivo de cannabis que permita o acesso a tais tratamentos de maneira democrática. O acesso tem ocorrido pela via da judicialização da saúde e pelo cultivo das plantas e compartilhamento de mudas, flores, sementes, e extratos, denominado por ativistas como “desobediência civil”, uma vez que, à luz da lei, o compartilhamento de maconha com outras pessoas pode ser considerado tráfico.

Figura dentre os resultados do debate público sobre o tema, a Proposta de Lei 399/2015, em tramitação, que visa alterar a Lei 11.343/2006, “para viabilizar a comercialização de medicamentos que contenham extratos, substratos ou partes da planta Cannabis Sativa em sua formulação”⁸. O que pode ocasionar a regulamentação do cultivo de maconha para a produção de medicamentos no país. Cabe salientar, porém que a proposta aprovada para votação exclui o cultivo doméstico e restringe as possibilidades de atuação das associações em decorrência das exigências relacionadas à produção a nível industrial ou no modelo conhecido como “Farmácia Viva”, adotado pelo Sistema Único de Saúde brasileiro. Por esses fatores, os movimentos antiproibicionistas e algumas associações se posicionam críticos à redação final da PL, por compreenderem que tal proposta mantém o cultivo doméstico e associativo à margem da lei.

A participação das associações nas audiências públicas sobre o tema corrobora para a compreensão da dimensão social que tais atores ocupam atualmente, tanto na esfera municipal e estadual como federal. No decorrer da pesquisa realizada durante meu doutoramento, acompanhei audiências em Câmara dos Vereadores, Assembleias Legislativas, na Câmara dos Deputados e no Senado, nas cidades do Rio de Janeiro, João Pessoa, Brasília e São Paulo. Sempre audiências com ampla participação das associações, seus porta-vozes e profissionais da saúde e do direito a elas vinculados.

Exemplo de tal participação foram as audiências da Comissão Especial sobre Medicamentos formulados com Cannabis, ocorrida na Câmara dos Deputados

entre 2018 e 2021, destinada a proferir parecer ao Projeto de Lei nº 399, de 2015. Das 29 audiências realizadas dentre a instalação da comissão à votação do parecer do relator, ao menos duas foram destinadas exclusivamente a ouvir representantes e membros de associações.

Destaco ainda como resultados de tais movimentos o crescimento no número de associações canábicas no Brasil, que triplicou nos últimos cinco anos; a construção de grupos de pesquisa como o *FitoCannabis*, fruto de parceria entre FIOCRUZ (RJ), Universidade Federal do Rio de Janeiro e as associações cariocas APEPI e ABRACannabis; o aumento no número de médicos prescritores de cannabis (BARBOSA, 2021); e a construção da disciplina *Sistema Endocanabinoide e Perspectivas Terapêuticas da Cannabis Sativa e seus Derivados*, em 2019, na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), ministrada para os cursos de Medicina, Biomedicina e Farmácia. A disciplina foi proposta pela professora doutora Katy Albuquerque, também coordenadora do PEXCANNABIS (Pesquisa e Extensão em Cannabis Medicinal da UFPB) e colaboradora da Liga Canábica da Paraíba.

Por fim, cabe ressaltar a relação entre a maior participação social promovida pelo associativismo canábico e o processo de democratização do acesso aos tratamentos com cannabis, pois são demandas dos movimentos ativistas o acesso pela via do autocultivo e pelo cultivo associativo, como formas de expandir o acesso a públicos diversos. Por outro lado, os movimentos que se identificam como antiproibicionistas requerem também a descriminalização dos usos da maconha, a fim de evitar que a hierarquia de credibilidade permita que pessoas em busca do acesso a esse tratamento sejam consideradas criminosas por conta de aspectos socioeconômicos e discriminatórios. Para além das agendas desses movimentos, são as associações que tem promovido o acesso aos usos medicinais de maconha no Brasil, produzindo o medicamento, construindo cursos para usuários e profissionais da saúde, pautando o debate público e demandando produção de conhecimento formal.

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

Considerações finais

A demanda pública pelo cultivo para fins medicinais de uma planta sobre a qual houve intensas campanhas governamentais que a tratavam como perigosa, danosa à saúde, viciante, que ameaça às famílias e a dignidade do ser humano, agora compreendida como possibilidade de tratamento para diversas enfermidades conduz à exposição de lacunas na credibilidade dos discursos oficiais sobre maconha. Essas lacunas têm aberto espaços para outros discursos, como aqueles advindos da sociedade civil organizada em associações e movimentos sociais.

Compreender tais lacunas nos discursos oficiais como ferramenta política para a transformação do debate público e para exercer uma pressão pelo retorno de pesquisas que a medicina abandonou - ou não considerava relevante - pode ser considerado tanto uma estratégia como um ganho dessas associações, que atualmente tem seus pontos de vista representados nos debates públicos por meio da presença de seus porta-vozes.

A organização dos usuários medicinais de maconha tem sido, assim, fundamental não apenas para possibilitar o acesso e todo o conhecimento necessário para a manutenção do tratamento, como também para a construção de um aparato teórico reflexivo que ampare o uso e o questionamento público das regras que a proíbem.

Nas associações, os novos usuários e cuidadoras/es aprendem a cultivar com os cultivadores mais experientes, a fazer os óleos medicinais nas oficinas e cursos, e aprendem sobre o tratamento com outros usuários e/ou seus familiares. Eles também têm acesso ao conhecimento formal e credenciado, produzido por médicos prescritores, advogados e pesquisadores, além de todo o conhecimento informal e não credenciado, vindo do compartilhamento de experiências acerca do adoecimento e dos usos medicinais de maconha.

Longe de substituir as evidências científicas, as evidências ativistas têm buscado pressionar cientistas a retomarem pesquisas sobre o tema e as instituições responsáveis a construir leis que regulamentem o que até então tem ocorrido como exceção à lei. Essas associações produzem conhecimentos também em resposta a suas próprias demandas, uma vez que a ciência e a medicina não têm muito a colaborar em relação a dosagens, variedades de plantas e todas as

questões relacionadas aos usos medicinais de maconha. Em muitos casos, ativistas constroem um conjunto de conhecimentos sobre aspectos que os especialistas não consideram centrais, suficientemente relevantes ou que já foram descartados pela ciência. A politização desses conhecimentos, por meio da construção de problemas públicos, pode levar à reformulação de algumas questões e desestabilizam compreensões já existentes, acarretando à retomada de questões anteriormente excluídas ou ignoradas pela ciência e por especialistas e, ainda, à abertura de novas questões complexas a partir da percepção dos fatores publicizados.

Deste modo, a participação em uma associação canábica ou em um grupo de pessoas experientes é não apenas um passo importante, mas, muitas vezes, fundamental para a consolidação dos usos medicinais de maconha. Além de aprender como acessar o tratamento, a adquirir ou elaborar seu próprio óleo, a participação em tais grupos contribui para a manutenção do tratamento, o aprendizado sobre como lidar com efeitos indesejados e sobredoses, e possibilita todo o apoio necessário para que usuários medicinais e seus familiares possam lidar com as intempéries associadas a um tratamento que ainda está envolto em controvérsias médicas e jurídicas. Com frequência a participação de um familiar ou usuário em uma associação marca o início de um aprendizado mais sistemático sobre a maconha, seus benefícios medicinais, efeitos, manipulação das doses etc. Também é a partir das associações que muitos usuários e seus familiares aprenderão outras informações e outras versões sobre a proibição da maconha e os aspectos políticos que a envolvem, se transformando em ativistas organizados.

Ao passo que essas redes se formam, questões morais são reformuladas, usuários e cuidadoras aprendem uns com os outros (e cada vez mais com a diversidade do grupo), se especializam (com a seletividade de outros grupos que se tornam bem específicos sobre cada doença ou condição), demandam conhecimento especializado, sensibilizam a sociedade, avançam nas possibilidades de cultivo com os Habeas Corpus Preventivos e autorizações para as associações, ampliam também o acesso à saúde, o aumento do bem estar de quem encontra alívio no tratamento com maconha e também dos familiares que compartilham o sofrimento, se engajam e aumentam as experiências e conhecimentos que circulam.

Reitero que participação em grupos de pacientes ou cuidadoras/es é parte da terapêutica, uma vez que é por meio dos encontros com tais grupos que as pessoas aprendem como acessar tal tratamento, assim como os conhecimentos e técnicas necessárias para desenvolvê-lo. Ademais, a credibilidade e legitimidade alcançada pelas associações canábicas tem potencial para ampliar a democratização no debate sobre o tema da cannabis, uma vez que aumentam a participação social nos processos de tomada de decisão, e demandam meios democráticos de acesso.

Referências bibliográficas

ADORNO, S. *Racismo, criminalidade e justiça penal: réus brancos e negros em perspectiva comparativa*. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 18, p. 283-300, 1996.

BARBOSA, Luciana. *Redes Canábicas no âmbito da saúde: usos medicinais de maconha, mobilização social e produção de conhecimento*. 2021. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, RJ.

BARROS, G. S. *Filtragem racial: a cor na seleção do suspeito*. Revista Brasileira de Segurança Pública, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 134-155, 2008.

BECKER, H. S. *Outsiders: Estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2008.

BORKMAN, Thomasina. *Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups*. Social service review, v. 50, n. 3, p. 445-456, 1976.

CARVALHO, Salo de. *O encarceramento seletivo da juventude negra brasileira: a decisiva contribuição do Poder Judiciário*. Revista da Faculdade de Direito da UFMG, n. 67, p. 623-652, 2016.

CEFAÏ, Daniel. *Como uma associação nasce para o público: vínculos locais e arena pública em torno da associação La Bellevilleuse em Paris*. In: Daniel Cefai, Marco Antônio da Silva Mello, Felipe Berocan Veiga, Fábio Reis Mota (org.), *Arenas públicas: Por uma etnografia da vida associativa*. Niterói-Rio de Janeiro, EdUFF, 2011, p. 67-102.

CEFAÏ, Daniel. *Público, socialização e politização: reler John Dewey na companhia de George Herbert Mead*. In.: *Crítica e pragmatismo na Sociologia: diálogos entre Brasil e França*. São Paulo: Annablume Editora, p. 57-88, 2018

DUARTE, Evandro Piza; da SILVA Freitas, Felipe. *Corpos negros sob a perseguição do estado: política de drogas, racismo e direitos humanos no Brasil*. Direito Público, v. 16, n. 89, 2019.

EPSTEIN, Steven. *The construction of lay expertise: AIDS activism and the forging of credibility in the reform of clinical trials*. Science, Technology, & Human Values, v. 20, n. 4, p. 408-437, 1995.

FELDMAN, Harvey W.; MANDEL, Jerry. *Providing medical marijuana: The importance of cannabis clubs*. Journal of Psychoactive Drugs, v. 30, n. 2, p. 179-186, 1998.

FIORE, Mauricio. *Escolhas morais e evidências científicas no debate sobre política de drogas*. 2018. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8879/1/bapi_18_cap_5.pdf

FLEISCHER, Soraya; FRANCH, Mónica. *Uma dor que não passa: aportes teórico-metodológicos de uma antropologia das doenças compridas*. Política & Trabalho, n. 42, 2015.

GOHN, Maria da Glória. *Novas Teorias dos Movimentos Sociais*. Edições Loyola. São Paulo: 2008.

_____. *Movimentos sociais na contemporaneidade*. Revista Brasileira de Educação. V.16, n. 47, 2011.

_____. *Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo*. Petrópolis, RJ: VOZES. 2013.

MARCUS, George E. *Etnografía en/del sistema mundo*. El surgimiento de la etnografía multilocal. Alteridades, n. 22, p. 111-127, 2001.

MACRAE, E.; SIMÕES, Júlio Assis. *Rodas de fumo: o uso da maconha entre camadas médias*. Salvador: EDUFBA, 2000.

OLIVEIRA, Fabiana Santos Rodrigues. *Maconheirinhos: cuidado, solidariedade e ativismo de pacientes e seus familiares em torno do óleo de maconha rico em Canabidiol (CBD)*. (Mestrado em Antropologia) – Faculdade de Brasília, UNB, Brasília, 2016.

RABEHARISOA, Vololona. *Experience, Knowledge and Empowerment: The Increasing Role of Patient Organizations in Staging, Weighting and Circulating Experience and Knowledge*. IN: AKRICH, M.; NUNES, J. et al (ORG). *The dynamics of patient organizations in Europe*. Presses des Mines via OpenEdition, 2013.

RABEHARISOA, Vololona; MOREIRA, Tiago; AKRICH, Madeleine. *Evidence-based activism: Patients', users' and activists' groups in knowledge society*. 2014.

REED, Andrew Muller. *“Não tenha vergonha, vem pra Marcha da Maconha”*: ação coletiva, política e identidade em um movimento social contemporâneo. 2014. Dissertação de Mestrado. UERJ, Rio de Janeiro.

SCAVONE, Lucila. *O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir*. In.: *Gênero e Saúde: Progra-*

ma Saúde da Família em questão. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, p. 101-111, 2005.

SCHERER-WARREN, Ilse. *Das mobilizações às redes de movimentos sociais*. Sociedade e estado, v. 21, n. 1, p. 109-130, 2006.

SILVA, Tarcisio Torres. *Ativismo digital e imagem*. Estratégias de engajamento e mobilização em rede. Jundiaí, Paco Editorial: 2016.

STRAUSS, Anselm L. *Espelhos e máscaras - busca de identidade*. Edusp, 1999.

VERÍSSIMO, M. *Maconheiros, fumons e growers: um estudo comparativo dos usos e cultivo caseiro de canábis no Rio de Janeiro e em Buenos Aires*. 2013. Tese de Doutorado, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ.