

Compaixão canábica:

as dimensões simbólicas e políticas no manejo da dor e do sofrimento no Brasil

Cannabis compassion:

the symbolic and political dimensions in the management of pain and suffering in Brazil

Frederico Policarpo¹

RESUMO: Neste artigo, pretendo discutir um aspecto do controle das drogas que é secundário nos debates públicos que giram em torno da proibição. Da mesma forma que as convenções da ONU destacam que as drogas provocam dor e sofrimento por conta da “toxicomania”, da “dependência química”, gerando o comércio ilícito e a violência do “tráfico”, as mesmas convenções admitem que as drogas também continuam “indispensáveis para o alívio da dor e do sofrimento”. Vou utilizar dados etnográficos que produzi nos Estados Unidos e no Brasil para discutir o uso terapêutico da maconha para o manejo do “alívio da dor e sofrimento”. Tendo em vista que os conceitos médicos e legais são construções políticas, utilizo os regulamentos normativos sobre o uso terapêutico da maconha – o brasileiro e o estadunidense – com o objetivo de vislumbrar o clima político e moral do momento histórico em que são atualizadas. Espero, assim, contribuir para a elaboração de uma “farmacopeia política”, em torno da maconha, considerando os textos normativos como uma maneira de observar como são instaurados os vínculos morais, biológicos, comerciais, etc, entre os seres humanos e a planta.

Palavras-chave: maconha; compaixão; terapêutica; política.

ABSTRACT: In this article, I intend to discuss an aspect of drug control that is secondary in public debates about prohibition. Just as UN conventions point out that drugs cause pain and suffering because of “drug addiction”, “chemical addiction”, generating illicit trade and “trafficking” violence, the same conventions admit that drugs also continue “indispensable for the relief of pain and suffering”. I will use ethnographic data that I have produced in the United States and Brazil to discuss the therapeutic use of marijuana for handling “pain relief and suffering.” Considering that medical and legal concepts are political constructs, I use the normative regulations on the therapeutic use of marijuana – the Brazilian and the North American – in order to glimpse the political and moral climate of the historical moment in which they are updated. I hope, therefore, to contribute to the elaboration of a “political pharmacopoeia” around marijuana, considering the normative texts as a way of observing how moral, biological, commercial, etc., bonds between human beings and the plant are established.

Keywords: marijuana; compassion; therapeutics; politics.

1. Professor adjunto do curso de Políticas Públicas e da Pós-graduação em Sociologia e Direito, na Universidade Federal Fluminense.

Introdução

*“Reconhecendo que o uso médico dos entorpecentes continua indispensável para o **alívio da dor e do sofrimento** e que medidas adequadas devem ser tomadas para garantir a disponibilidade de entorpecentes para tais fins.”¹*

Essa epígrafe abre o preâmbulo da Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, a primeira convenção realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) para controlar, em nível global, certas substâncias psicotrópicas, ou drogas no sentido mais comum do termo. O primeiro esforço de controle internacional de drogas tem início décadas antes, com a Comissão de Xangai, de 1906, criada com para regular o comércio de ópio entre Inglaterra e China. Apesar dos interesses geopolíticos e econômicos que estavam por trás dessa comissão, e das implicações na expansão do controle para outras substâncias (Scheerer, 1993), o foco era ainda local. Foi a partir de 1945, com a criação da ONU, e a realização da convenção de 1961 – seguida das convenções de 1971 e 1988 –, que se estabelecem de fato os controles institucionais nacionais em escala planetária. Assim se consolida o chamado “proibicionismo” (Rodrigues, 2008).

Neste artigo, pretendo discutir um aspecto do controle das drogas que é secundário nos debates públicos que giram em torno da proibição. Da mesma forma que as convenções da ONU destacam que as drogas provocam dor e sofrimento por conta “toxicomania”, da “dependência química”, gerando o comércio ilícito e a violência do “tráfico”, as mesmas convenções admitem que as drogas também continuam “indispensáveis para o alívio da dor e do sofrimento”.

Assim, podemos pensar que a fórmula de Paracelso estabelecendo, no plano microbiológico, que a diferença entre o veneno e o remédio é a dosagem, também é válida no plano macropolítico. Isto é, as drogas podem causar dor e sofrimento, mas também os aliviam. Porém, no plano macropolítico a compreensão não pode ficar limitada à ação das drogas no organismo, como no plano microbiológico, no qual o que importa é verificar a transmissão celular, as redes neurais, os testes experimentais em animais de laboratório, a comunicação sináptica e outras diversas formas de produção de conhecimento científico dessa natureza. No plano macropolítico, o que importa é observar as relações de poder que instituem as barreiras de produção e circulação das drogas, criando as de uso lícito e as ilícitas, bem como as disputas acerca das classificações de quem pode e não pode usar, quando e quanto, como e por quê.

Trata-se, portanto, de compreender as implicações políticas da atualização do paradigma médico-jurídico (Vargas, 2006). Esse paradigma se institui com o proibicionismo do início do século XX, que garante a hegemonia e legitimidade do Direito e da Medicina para controlarem as práticas e discursos autorizados e oficiais em torno das drogas. Desde então, o uso baseado em critérios autônomos do próprio sujeito vai perdendo espaço para os critérios heteronômicos, isto é, externos

1 Os textos das três convenções das Nações Unidas sobre o controle de drogas podem ser consultados em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>>. Acesso em 18 nov. 2018.

ao sujeito, que passam a ser criados pelas autoridades médicas e legais (Carneiro, 2008). Esse encontro não é causal, uma vez que podemos observar, por um lado, que desde meados do século XIX os profissionais da medicina vinham disputando com os farmacêuticos e grandes laboratórios o monopólio sobre a circulação das drogas, fazendo *lobby* para a formulação de legislações cada vez mais restritivas (Musto, 1999; Silva, 2009). E, por outro lado, também pela mesma época, o Direito começa a ceder espaço para que outros saberes, como o médico e psicológico, participem do julgamento, da sentença da justiça (Foucault, 2004). O Direito e a Medicina, portanto, já vinham namorando, trocando alianças. O proibicionismo sacramenta a união e nasce o paradigma médico-jurídico, que orienta tanto as políticas universalistas da ONU, bem como as nacionais dos países membros, signatários da lista de presença desse casamento.

Esse é o pano de fundo da macropolítica mundial que começa a dar inteligibilidade ao modo como as sociedades modernas lidam com as drogas atualmente. Mas é preciso ir além. Pois, para compreender seu funcionamento de fato e não só *no* direito, é preciso levar em consideração a maneira particular e local de como esse paradigma médico-jurídico é atualizado nos regimes políticos instituídos de cada país membro da ONU. As políticas universalistas também sofrem modulações para se acomodarem às políticas locais dos países. Os partidos políticos, as moralidades, as crenças, as guerras, as preferências estéticas e nutricionais, enfim, uma série de elementos particulares presentes nos processos sócio-históricos de formação de cada grupo, de cada sociedade, de cada cultura, influenciam o modo de efetivação das políticas de drogas nos países. Poderíamos ir aprofundando a análise, indo em direção a contextos cada vez mais locais, saindo da esfera nacional, indo para a estadual, municipal, os bairros, serviços de saúde, tribunais, as coberturas dos prédios de luxo, os condomínios, as festas, as ruas, os becos, as bocas de fumo, enfim, nas mais variadas práticas de consumo, de repressão e de cuidado, através de descrições etnográficas cada vez mais detalhadas sobre as atualizações cotidianas dos “dispositivos das drogas” locais (Vargas, 2008).

Neste artigo, vou me basear em dados etnográficos que produzi nos Estados Unidos e no Brasil² para discutir o uso terapêutico da maconha para o manejo do “alívio da dor e sofrimento”. Tendo em vista que os conceitos médicos e legais são construções políticas³, utilizo os regulamentos normativos sobre o uso terapêutico da maconha – o brasileiro e o estadunidense – com o objetivo de vislumbrar o clima político e moral do momento histórico em que são atualizadas. Espero, assim, contribuir para a elaboração de uma “farmacopeia política” (Góngora, 2018), em torno da maconha, considerando os textos normativos como uma maneira de observar como são instaurados os vínculos morais, biológicos, comerciais, etc, entre os seres humanos e a planta.

2 Graças a uma bolsa-sanduíche durante o meu doutorado, concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), fiz pesquisa durante todo o ano de 2011 na cidade de São Francisco, EUA.

3 Ver o texto “A fabricação do vício”, de Henrique Carneiro, disponível em: <http://www.neip.info/downloads/t_hen1.pdf>. Acesso em 18 nov. 2018.

Breve panorama do ativismo canábico no Brasil

Brandão (2014) apresenta um panorama interessante sobre a maconha no país, utilizando a ideia de “ciclos de atenção” sobre a planta. Ele caracteriza quatro ciclos. O primeiro é no século XVIII, devido ao interesse dos colonizadores portugueses pela produção de cânhamo para a indústria têxtil.

O segundo surge no século XIX, quando a maconha passa a ser discutida no âmbito médico. E tem um ponto a destacar, que é a disputa entre a homeopatia e alopata. A homeopatia utilizava há muito tempo a maconha, devido ao seu potencial terapêutico. Mas os alopatas entraram na disputa pelo monopólio do poder médico, e devido às teorias racistas em voga na época, a maconha foi logo associada à inferioridade dos negros. Brandão indica que os médicos alopatas da época omitiram e silenciaram sobre os efeitos terapêuticos, forjando a falsa associação entre o uso de maconha e os escravos e recém libertos, sem nenhuma base empírica. Quer dizer, já existia conhecimento sobre o potencial terapêutico da maconha, mas os médicos ativamente deixaram de lado, e produziram análises racistas. Desde então, a maconha mudou de status: de remédio a droga.

O terceiro ciclo surge a partir dos anos 1980, com o fim da ditadura. Tanto a academia, quanto os artistas passaram a dar atenção à maconha, de um modo sem o viés patológico ou criminalizante. O uso recreativo, digamos assim, com finalidades hedonísticas e por prazer, passou a ser pesquisado. Profissionais do campo médico e do direito também passaram a pesquisar o tema de modo crítico, positivo, valorando os aspectos terapêuticos da planta.

Por fim, nessa esquematização proposta por Brandão, estamos atualmente em outro ciclo: a maconha deixar de ser droga e voltar a ser remédio. A maconha se tornou um “problema público”, mobilizando não só o aparato estatal, mas também diferentes setores da sociedade que conseguem dar visibilidade ao tema, como as Marchas da Maconha.

Penso que o ativismo especificamente canábico se situa nos dois últimos ciclos. Podemos observar que o ativismo canábico já começa a se organizar na década de 1980, com o fim da ditadura e a redemocratização no país, encabeçada pelo movimento estudantil (Delmanto, 2015). Há outras manifestações pontuais, como a moção aprovada pela Associação Brasileira de Antropologia, em 1986, pela legalização da cannabis, e outros eventos realizados em universidades. Mas o assunto extrapola o debate acadêmico e tem um alcance maior em meados da década de 1990, quando a banda de música Planet Hemp lança o CD *Usuário*, faz sucesso nas rádios e torna o tema da maconha um assunto nacional. No início da década de 2000, as primeiras Marchas da Maconha são organizadas, e o movimento cresce. Através da internet, a discussão em torno da maconha se difunde e se consolida no país. O uso das redes sociais virtuais é fundamental para entender a mobilização inicial sobre os potenciais terapêuticos da planta, pois permitiu a comunicação direta, segura e sem intermediários de pessoas interessadas no cultivo e no uso terapêutico da maconha, apesar da proibição (Góngora, 2018; Ribeiro, 2016) como se verá adiante. A partir da década de 2010, o debate sobre os usos terapêuticos da maconha ganha os holofotes e começam a surgir as associações cannábicas (Zanatto, 2016).

A discussão sobre os usos terapêuticos da maconha não é novidade no país, como já apontou Brandão ao se referir às disputas entre alopatas e homeopatas no século XIX. Porém, a atual discussão tem uma diferença fundamental: agora, são os próprios médicos alopatas e cientistas que passam a reconhecer o potencial terapêutico da planta. O médico e pesquisador pioneiro nas pesquisas sobre a maconha no país é Elisaldo Carlini, professor da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que a partir da década de 1970, publica dezenas de artigos sobre a maconha e coordena a criação do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), na década de 1980. Carlini, que atualmente está chegando aos 90 anos de idade, continua ativo e participando de debates sobre a maconha.

O “renascimento” da maconha como remédio

Destaco a atuação de Carlini não só porque ele é uma figura central na divulgação dos efeitos terapêuticos da maconha no Brasil, mas também por conta de uma controvérsia pública que ele se envolveu e que faz referência direta ao paradigma médico-jurídico mencionado antes. Há pouco mais de dez anos, em 2006, Carlini apresentou a conferência “Maconha: medicamento esquecido que renasce pela ciência”, na 58ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência⁴. Com base em suas próprias pesquisas e na revisão da literatura científica, Carlini defendeu os potenciais dos usos terapêuticos da maconha. Nesta mesma conferência, Carlini anunciou que a recém-criada Associação Brasileira Multidisciplinar sobre Drogas (Abramd) estava elaborando um documento sobre os efeitos terapêuticos da maconha, de autoria de um grupo de especialistas dessa associação, para contrapor o manifesto que o Departamento de Dependência Química da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) tinha lançado, no início de 2006, afirmando o oposto, isto é, condenando o uso da maconha.

Carlini apoia-se no campo de pesquisa que domina, a psicofarmacologia, para entrar no campo da política. Com isso, e mais ainda com o documento elaborado pela Abramd contra a ABP, Carlini explicita as disputas políticas no campo pretensamente asséptico da medicina, o que Fiore chama de “controvérsias médicas” (2007). Os resultados dessas disputas informam o campo jurídico, já que a lei de drogas é uma “norma penal em branco”, ou seja: se os médicos dizem que maconha deve ser proibida, o direito classifica como ilegal; mas se falam que deve ser liberada, o direito classifica como legal. Obviamente, há disputas políticas no campo pretensamente neutro do direito, como nas decisões sobre quem é traficante e quem é usuário. Mas não é meu intuito desenvolver isso aqui. Quero apenas destacar importância de observarmos a construção política dos conceitos médicos e legais em torno do uso da maconha.

Para o que me interessa aqui, essas políticas estão relacionadas, em primeiro lugar, às definições estatais sobre os usos da maconha para lidar com a dor e sofrimento e de como tratá-los; e em segundo lugar, os sentidos conferidos a esses termos. Meu argumento é que através dos

4

Disponível em: <<http://www.sbpcnet.org.br/livro/58ra/pdf/5%20Medicina%20&%20Sa%FAde.pdf>>. Acesso em 18 nov. 2018.

regulamentos normativos podemos vislumbrar modos particulares e moralidades locais de se manejar a dor e o sofrimento das pessoas através da utilização da maconha.

Com isso chego ao que importa: comparar dois documentos sobre o uso terapêutico da maconha. Um é a proposição legislativa que permitiu o uso na cidade de São Francisco, na Califórnia, Estados Unidos; e outro é a recomendação do Conselho Federal de Medicina para a prescrição de maconha no Brasil. A partir dessa comparação, pretendo mostrar que a ideia de “compaixão” presente nos dois documentos carregam sentidos distintos e, conseqüentemente, implicam atitudes também diversas sobre o manejo do alívio da dor e sofrimento das pessoas que demandam maconha com fins medicinais.

Meu argumento está baseado na ideia de que a dor e o sofrimento, bem como as formas de tratá-los, não se limitam a uma patologia no organismo que devem ser tratados na clínica médica. A dor clínica, física, é inegável, porém não dá conta de todos os sintomas e muito menos dos modos de se lidar com eles. Dessa forma, procuro dar ênfase aqui ao encontro da dor com o significado, com os sentidos locais que conformam as expressões dos sintomas, do alívio e do sofrimento (Duarte, 1998; Sarti, 2001).

Contextualizando os regulamentos

Os dois regulamentos estatais a que farei referência foram criados para dar conta desse momento de interrogação, quando a racionalidade médica ocidental flexibiliza o seu rigor metodológico científico e cede para novas experimentações. São regulamentos criados para pavimentar o caminho de acesso à maconha para fins terapêuticos na cidade de São Francisco, na Califórnia, Estados Unidos, e na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Começo com o primeiro. No primeiro caso, o *Compassionate Use Act* está ligado ao surgimento da Aids nos Estados Unidos; e, no caso do regulamento nacional, a resolução do Conselho Federal de Medicina está associada à epilepsia de difícil controle. Nos dois regulamentos aparece a ideia da compaixão para justificar o uso da maconha, tendo em vista que a tecnologia científica e médica disponível se mostra ineficiente. Esse é o sentido comum e compartilhado entre os dois regulamentos.

O *Compassionate Use Act* foi aprovado em 1996, como a *proposition 215*, uma iniciativa legislativa no Estado da Califórnia. Mas a história começa anos antes, no início da década de 1990, quando Dennis Peron, ativista da causa gay e da maconha, lança a *proposition P*, uma iniciativa para regulamentar o uso de maconha medicinal na cidade de São Francisco (Malott, 2009). Apesar de ter uma boa acolhida e colocar a questão da maconha medicinal na agenda de debate público, a *proposition P* não tinha força de lei, e foi vetada pelo governador da Califórnia.

É interessante observar, como já indiquei, que o movimento pela regulamentação da maconha medicinal, tanto em São Francisco, como no Rio de Janeiro, está relacionado com doenças que a medicina não consegue lidar de início. No caso de São Francisco, o movimento está ligado ao início da epidemia da Aids.

Peron vivia no bairro The Castro, em São Francisco, que foi um dos centros da epidemia na década de 1980, quando o vírus se espalhou rapidamente e os médicos ainda não sabiam direito o que estava acontecendo. Ninguém sabia explicar os sintomas e muito menos a transmissão da doença. O desconhecimento era tanto que, como os sintomas começaram a aparecer primeiro entre homossexuais, frequentadores do reduto gay no bairro The Castro, a Aids foi chamada inicialmente de “câncer gay”. Peron começa a usar a maconha para tratar de seu parceiro, que tinha contraído o vírus. Ele notou que a maconha aliviava os sintomas e melhorava a qualidade de vida de seu parceiro, apesar do avanço dos sintomas. A morte de seu parceiro não parou Peron, que se une a médicos e outros ativistas pela regulamentação da maconha.

No Rio, não foi a Aids, mas a epilepsia de difícil controle, refratária aos tratamentos disponíveis, que impulsionou o debate em torno do uso terapêutico da maconha⁵. No ano de 2013, uma mãe do Rio, que tem uma filha com uma síndrome rara que provoca crises epiléticas, de difícil controle, toma conhecimento do uso de maconha com sucesso em uma criança nos Estados Unidos, com a mesma síndrome de sua filha. Ela entra em contato com o fabricante e recebe uma amostra grátis. A partir daí ela começa a difundir o uso do óleo da maconha entre outras mães. O documentário *Illegal*, de 2014, mostrando a situação de três mães para ter acesso ao óleo, coloca a questão em discussão na esfera pública. Ainda em 2014, a justiça brasileira aprova a importação do óleo de maconha e, em seguida, o Conselho Federal de Medicina (CFM) elabora a Resolução 2.112/2014, regulando a prescrição da maconha no país, com base no “uso passivo”. Apesar dos avanços que continuam no sentido de regulamentar o uso de maconha nos anos seguintes, com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) retirando, em 2015, o CBD – um dos canabinóides presentes na planta – da lista de substâncias proibidas no país, e em 2016 o THC, a orientação do CFM é a mesma de 2014.

Mas, da mesma forma que na Califórnia, a história da regulamentação do uso terapêutico no Rio é anterior. Como mencionei acima, ela começa no início dos anos 2000, com o ativismo canábico dos cultivadores, que se encontram e se reconhecem pelas redes sociais, em torno de sites como o *Growroom* e o *CanabisCafé*. Depois de alguns anos como anônimos, por motivos de segurança, em que só se conhecem pelos apelidos que usam nos sites, um grupo de cultivadores resolve “sair do armário” e realizar encontros presenciais. Esse é o embrião do que depois ficou conhecido como “Rede Compromisso”, uma rede de cultivadores ativistas que produz e distribui o óleo gratuitamente (Figueiredo; Policarpo; Veríssimo, 2018).

Além disso, em outra direção, a internet foi importante para desenvolver as bases de um “governo ético-político dos usuários de maconha” (Ribeiro, 2016), através de discussões e reflexões que problematizavam as formas de controle estatal e as práticas de uso da planta. O debate em fóruns canábicos colaborou para que os próprios usuários produzissem uma ética baseada no uso “responsável”, que justificava moralmente o uso da planta dando confiança e segurança para escapar do rótulo estigmatizado de “maconheiro”. Velho (1998) já tinha encontrado resultado semelhante no país, ao observar que o uso de drogas entre os “nobres” não sofria rotulação negativa. Especificamente

5 Uma boa introdução a essa discussão é feita por Oliveira (2016).

sobre a maconha, MacRae e Simões (2000) também já tinham observado esse mesmo fenômeno no país, ao mostrarem que usuários de classes médias urbanas, em ocupações e renda estáveis não tinham problemas com uso abusivo e não sofriam preconceitos ou eram estigmatizadas por fumarem maconha. Ser de classe média, bem-sucedido na profissão ou no estudo garantia essa proteção. Essas pesquisas e as posteriores na área das humanas que problematizaram a associação vulgar e direta entre uso de drogas, crime e estigma, de maneira geral, estão baseadas na premissa de que o uso só pode se tornar inteligível se o contexto de uso for levado em conta, ao lado da pessoa que usa e da substância utilizada (Becker, 2008; Zinberg, 1984).

No entanto, o advento da internet e a utilização de redes sociais e sites permitiram, através dos fóruns de discussão, o debate de ideias e o compartilhamento de informações com segurança, já que os usuários podem manter o anonimato de suas identidades. A rede de comunicação assim possibilitada pela internet, me parece, promoveu uma nova alternativa de contato entre usuários que não existia antes. E isso estabeleceu um circuito específico de trocas de informação e de desenvolvimento de ideias sobre o uso da maconha com um alcance e diversidade muito maior do que antes. Há ainda, em paralelo, o movimento dos primeiros médicos no país, antenados com essa discussão, que se aproximam dos ativistas e começam a usar a maconha de forma medicinal. Esse é o pano de fundo que oferece as bases para a atual cena de cultivo e de associações no país.

Compaixões

O uso da ideia de “compaixão” é frequente em textos religiosos para expressar valores como piedade, amor ao próximo, altruísmo, perdão e solidariedade, por exemplo. Valores que, se exercidos através de ações práticas, aproximariam o crente do sagrado, o terreno do espiritual. A medicina ocidental também utiliza essa ideia, mas de uma maneira mais objetificada e burocratizada, embora o sentido religioso esteja sempre à espreita, pronto para ser acionado e vir à luz em casos em que a política e a ciência, o Estado e Medicina se encontram, como na discussão sobre o uso terapêutico da maconha, aborto ou eutanásia. Nesses casos não se trata mais da prática do procedimento científico em si; a questão fundamental é se determinada prática é moralmente certa ou errada.

Na medicina, para o caso em que se enquadra o uso terapêutico da maconha, a compaixão é acionada quando a racionalidade médica se esgota, quando se chega à fronteira do conhecimento, como a última arma, o recurso final, derradeiro. Neste momento, apela-se à compaixão e tudo passa a ser possível: técnicas e procedimentos ainda não comprovados podem ser tentados e remédios ainda não testados podem ser experimentados. É quando a medicina chega ao seu limite e um novo limiar se esboça no horizonte, ainda sem contornos e profundidade definidas, sem completa codificação, quase ininteligível. O receio é que o resultado é imprevisível.

O surgimento da Aids nos anos 1980 em São Francisco, de um lado, e novas tentativas para o controle da epilepsia refratária nos anos 2010 no Rio de Janeiro, por outro lado, criaram situações em que a racionalidade da medicina ocidental chegou ao limite e a compaixão apareceu como uma alternativa. O que interessa observar agora é como a compaixão foi utilizada em cada local.

Comparando os dois regulamentos, dois pontos saltam aos olhos. O primeiro é que o *Compassionate Use Act* de São Francisco regulamenta a produção e o consumo, isto é, o cultivo da maconha e a sua prescrição *in natura* por qualquer médico são permitidos. Já aqui, a Anvisa não regulamentou o cultivo, que continua expressamente proibido, e o regulamento do CFM restringiu a prescrição compassiva somente ao canabidiol, por médicos especialistas em neurologia.

Mas o contraste mais marcante é com relação a quem pode usar: em São Francisco, o *Compassionate Use Act* lista algumas condições médicas que podem ser tratadas com a planta, como câncer e Aids, e, ao fim da lista, faz um pequeno destaque que tem importantes implicações: “e qualquer condição em que a maconha sirva de alívio”. Esse destaque acabou abrindo as possibilidades para a prescrição da maconha para potencialmente qualquer uso terapêutico. Se o médico achar que deve usar, ele pode fazer isso, com a proteção do regulamento. Além disso, essa flexibilidade no uso da maconha fez com que a própria noção do que é considerado “terapêutico” se ampliasse, incorporando aspectos da “boa saúde”, do “bem-estar” (DeAngelo, 2015), isto é, não é preciso estar doente para recorrer à maconha.

No Rio de Janeiro, essa possibilidade não existe. Logo no artigo 1º, o regulamento do CFM diz que o “uso compassivo” do canabidiol pode ser usado como terapêutica médica exclusiva para o tratamento de epilepsias na infância e adolescência refratárias às terapias convencionais. Ou seja, só é liberado o CBD, que deve ser importado, e só para o tratamento de epilepsia em crianças e jovens. Adultos e idosos estão excluídos, bem como outras condições médicas que não a epilepsia refratária.

Como não é difícil de imaginar, mesmo nessas situações limites, quando a ideia de compaixão é acionada, as controvérsias existem. O paradigma médico-jurídico reage a essas flexibilizações morais e técnicas. Isso fica claro quando observamos que a lei federal dos Estados Unidos continua proibindo a maconha. As leis que permitem são estaduais e municipais. No Rio, apesar das mudanças, o CFM e a Associação Brasileira de Psiquiatria continuam se posicionando de forma contrária. Enfim, as políticas em torno da maconha e das “compaixões” estão em disputa.

Apontamentos finais

Colocar esses regulamentos em perspectiva nos ajuda a ver os agenciamentos mobilizados em torno da maconha em cada lugar. Na tentativa de se chegar a alguma conclusão, penso que o ponto que está em jogo em São Francisco é a luta por direitos. O direito de ter acesso a um remédio, a maconha medicinal. É a maconha que se transforma num remédio, não o usuário que se transforma em um doente. Em contraste com o Rio, a estratégia de insistir na proibição do cultivo acaba transformando os usuários em “dependentes químicos” ou “traficantes”, e o regulamento da CFM limita o uso da planta ao CBD e para um leque pequeno de condições médicas. Os usuários que demandam o uso da maconha não são vistos como cidadãos plenos de direitos, só aparecendo na esfera pública de forma tutelada pelo Estado, seja como doentes, hipossuficientes ou criminosos (Figueiredo; Policarpo; Veríssimo, 2017). Aqui, não é a maconha que vira remédio, mas o usuário que tem que se enquadrar no perfil do “doente” regulamentar.

É importante destacar que, apesar da resolução do CFM, há cada vez mais médicos brasileiros que estão se posicionando contrários à abordagem excludente e medicalizante do regulamento. Com apoio de juristas, pesquisadores e ativistas, os médicos estão prescrevendo o uso da maconha para um número cada vez maior de enfermidades e como primeira alternativa de tratamento, e não como a última, como preconiza o “uso passivo” da resolução do CFM. O trabalho desses profissionais, que atuam de forma pioneira e em meio à indefinição legal, colocando em risco a carreira, é merecedor de reconhecimento. Ao lado dos militantes antiproibicionistas e pela legalização da maconha dos anos 1980, passando pelos ativistas das redes sociais que defendem o cultivo nos anos 2000 até as associações de familiares e pacientes de maconha dos anos 2010, os médicos que estão prescrevendo são personagens importantes para o avanço do acesso legal à maconha no Brasil.

Contudo, há ainda fortes resistências conservadoras provenientes do campo científico e político. As controvérsias, como a destacada antes, envolvendo Elisaldo Carlini em meados de 2000, continuam existindo. Por exemplo, em 2014, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (Abead) divulgaram um manifesto assinado por todos os médicos psiquiatras da Comissão de Dependência Química da ABP, sob o título “Associação Brasileira de Psiquiatria se manifesta contra a legalização da maconha”. Nesse manifesto, essas associações listam dez motivos para se posicionarem publicamente de forma contrária à legalização da maconha⁶. Outro exemplo mais recente é a aprovação, em março de 2018, pelo Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad), da resolução que fundamenta a prevalência da abstinência e das chamadas Comunidades Terapêuticas, suprimindo a política de Redução de Danos, aprovada em 2005⁷. Além dessas reações institucionais, é possível observar reações conservadoras em um plano mais cotidiano e rotineiro, que atingem as famílias que usam a maconha de forma direta. Relatos de médicos que simplesmente preferem abandonar o atendimento depois que a família decide incorporar a maconha ao tratamento, bem como ameaças de denúncias feitas por vizinhos e às vezes membros da própria família contrários ao uso da maconha são comuns (Figueiredo; Policarpo; Veríssimo, 2017). A desconfiança, a desinformação e o preconceito produzido e difundido sobre a maconha em um século de “proibicionismo” constituíram forças conservadoras sólidas.

Atualmente, a disputa é entre a poderosa indústria farmacêutica contra os movimentos sociais, em especial as associações de familiares de pacientes de maconha. A primeira produz discursos e lança remédios cientificamente comprovados, aproveitando o aval do Estado; já as associações lutam na justiça pelo reconhecimento da demanda pelo acesso legal à maconha, via o autocultivo.

Por fim, esse artigo teve o objetivo de levantar algumas questões sobre o uso terapêutico de maconha. Procurei colocar a questão de uma perspectiva pouco comum, que é jogando luz na importância das drogas, no caso, da maconha, para o alívio da dor e do sofrimento. Através da

6 Disponível em: <<https://www.uniad.org.br/images/manifesto.pdf>>. Acesso em 18 nov. 2018.

7 Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/governo-aposta-em-guinada-rumo-a-abstinencia-no-combate-as-drogas>>. Acesso em 18 nov. 2018.

comparação de dois regulamentos acerca do tema, destaquei a dimensão da compaixão presente nessas normativas, que delimitam quem pode usar, o que pode ser tratado e como. De um lado, no regulamento estadunidense examinado, a compaixão é inclusiva, criando a possibilidade de critérios autônomos de manejo da dor e do sofrimento; por outro lado, no regulamento nacional, a compaixão é excludente, com definições restritas de uso, dando total autoridade aos médicos sobre o controle da dor e do sofrimento dos pacientes.

Espero que essas observações estimulem novas pesquisas e aprofundamentos nessa direção. Seria preciso ir além e verificar, por exemplo, como a dor e o sofrimento foram controlados ao longo da história do Brasil. Acho instigante pesquisar e interrogar sobre as dimensões simbólicas e políticas da compaixão em um país que, do ponto de vista histórico, recebeu mais de 10 milhões de escravos e que durante três séculos foi totalmente dependente do sistema de produção escravocrata, e do ponto de vista sociológico, tem uma taxa de homicídios de 60 mil por ano. Refletir sobre essas questões pode nos ajudar a compreender melhor as dimensões simbólicas da compaixão no Brasil, por um lado, e pensar em estratégias e ações políticas que garantam a todos a possibilidade do livre acesso à maconha para o manejo da dor e do sofrimento.

Referências

- BECKER, Howard. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BRANDÃO, Marcílio. O “problema público” da maconha no Brasil: anotações sobre quatro ciclos de atores, interesses e controvérsias. *Revista Dilemas*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, pp. 703-740, 2014.
- CARNEIRO, Henrique. Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. In: LABATE, Beatriz et al. (Orgs.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Edufba, 2008.
- DEANGELO, Steve. *The Cannabis Manifesto: a new paradigm for wellness*. Berkeley: North Atlantic Books, 2015.
- DELMANTO, Júlio. *Camaradas caretas: drogas e esquerda no Brasil*. São Paulo: Alameda Editorial, 2015.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. Pessoa e dor no Ocidente (o “holismo metodológico” na Antropologia da Saúde e Doença). *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 4, n. 9, pp. 13-28, 1998.
- FIGUEIREDO, Emilio; POLICARPO, Frederico; VERÍSSIMO, Marcos. Planta, droga ilegal e remédio: notas sobre o uso medicinal da maconha no Rio de Janeiro. In: LABATE, Beatriz; RODRIGUES, Thiago (Orgs.). *Política de drogas no Brasil: conflitos e alternativas*. Campinas: Mercado de Letras; São Paulo, Núcleo Interdisciplinares de Estudos sobre Psicoativos (NEIP), 2018.
- _____. A “fumaça do bom direito”: demandas pelo acesso legal à maconha na cidade do Rio de Janeiro. *Platô: Drogas e Políticas*, São Paulo, v. 1, n. 1, pp. 13-37, 2017.
- FIORE, Maurício. *Uso de “drogas”: controvérsias médicas e debate público*. Campinas: Mercado de Letras/Fapesp, 2007.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- GÓNGORA, Andrés. *Farmacopeia política: una etnografía del antiprohibicionismo y de la lucha por la liberación de la marihuana en Colombia*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) –

- Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018.
- _____. Facebook, maconha e a libertação das drogas na Colômbia. In: LABATE, Beatriz; POLICARPO, Frederico (Orgs.). *Drogas: perspectivas em Ciências Humanas*. Rio de Janeiro: Gramma Editora/Terceiro Nome/NEIP, 2018.
- MACRAE, Edward; SIMÕES, Júlio Assis. *Rodas de Fumo: o uso da maconha entre camadas médias urbanas*. Salvador: Edufba, 2000.
- MALOTT, Michael. *Medical marijuana: the story of Dennis Peron, the San Francisco Cannabis Buyers Club and the ensuing road to legalization*. Scotts Valley: CreateSpace Independent Publishing Platform, 2009.
- MUSTO, David. *The American disease: origins of narcotic control*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- OLIVEIRA, Monique Batista. *O medicamento proibido: como um derivado da maconha foi regulamentado no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Divulgação Científica e Cultural) – Instituto de Estudos da Linguagem e Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2016.
- RIBEIRO, Tiago. *Governo ético-político de usuário de maconha*. Curitiba: Editora Prismas, 2016.
- RODRIGUES, Thiago. Tráfico, guerra, proibição. In: LABATE, Beatriz et al. (Orgs.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Edufba, 2008.
- SARTI, Cynthia. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 10, n.1, pp. 3-13, 2001.
- SCHEERER, S. Comentários de Sebastian Scheerer; estabelecendo o controle sobre a cocaína (1910-1920). In: BASTOS, Francisco I.; GONÇALVES, Odair (Orgs.). *Drogas: é legal? – Um debate autorizado*. Rio de Janeiro: Imago/Instituto Goethe, 1993.
- SILVA, Maria de Lourdes. *Drogas – da medicina à repressão policial: a cidade do Rio de Janeiro entre 1921 e 1945*. Tese (Doutorado em História) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.
- VARGAS, Eduardo Viana. 2008. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, Beatriz et al (Orgs.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Edufba, 2008.
- _____. Uso de drogas: a alter-ação como evento. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 49, n. 2, pp. 581-623, 2006.
- VELHO, Gilberto. *Nobres e anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998.
- ZANATTO, Rafael. Maconha e Associativismo: modelo para o Brasil? In: COLETIVO DAR. *Dichavando o poder: drogas e autonomia*. São Paulo: Autonomia Literária, 2016.
- ZINBERG, Norman. *Drug, set and setting. The basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press, 1984.