



VI ENADIR

Encontro Nacional de Antropologia do Direito
26 a 29 de agosto de 2019

FFLCH-USP
Conjunto Didático de Filosofia e Ciências Sociais

Demandas pelo acesso legal à maconha no Rio de Janeiro: o direito ao cultivo doméstico¹

Yuri J. de P. Motta²

RESUMO

Este artigo se propõe a analisar comparativamente as fronteiras entre “uso social” e o “uso terapêutico” da maconha na cidade do Rio de Janeiro. A pesquisa ocorreu durante os anos de 2017 e 2018 onde frequentei dentro desses dois anos uma associação canábica na cidade do Rio de Janeiro. Realizei seis entrevistas com pacientes da associação que cultivam maconha em casa para produzirem artesanalmente seu medicamento. Escolhi apenas uma entrevista para dar conta desta proposta, considerando que a descrição trazida neste trabalho é fruto da experiência etnográfica produzida no trabalho de campo.

ABSTRACT

This article proposes to comparatively analyze the social use and therapeutic use of marijuana in the city of Rio de Janeiro. The research took place during the years 2017 and 2018 where I attended within the last two years a cannabis association in the city of Rio de Janeiro. I conducted six interviews with patients from the association who grow marijuana at home to craft their medicine. I chose only one interview to account for this proposal, considering that the description brought in this work is the result of the ethnographic experience produced in the field work.

¹ Trabalho apresentado no VI ENADIR (Encontro Nacional de Antropologia do Direito), entre os dias 26 a 29 de agosto de 2019, em São Paulo - SP. Grupo de Trabalho 15: “Pesquisas em fronteiras difusas e contextos de (i)legalidades”.

² Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Direito da Universidade Federal Fluminense (PPGSD/UFF). Pesquisador vinculado ao INCT-InEAC/UFF (Instituto de Estudos Comparados em Administração de Conflitos).

Introdução

Durante dois anos realizei trabalho de campo nas reuniões semanais de uma associação canábica na cidade do Rio de Janeiro. Essa associação é sem fins lucrativos e tem como objetivo principal a promoção do auto cultivo doméstico como fonte primária para a produção do óleo de maconha para fins terapêuticos. Composta por advogados, médicos, pacientes e seus responsáveis, cultivadores e ativistas, a associação garante auxílio médico e jurídico para pessoas portadoras de doenças graves, em sua maioria neurológicas e dores crônicas.

Frequentemente, a associação realiza diversos eventos, como reuniões de acolhimento para novos membros e cursos de cultivo, que geralmente acontecem durante os finais de semana. O conteúdo das aulas deste curso aborda em um primeiro dia questões fisiológicas da cannabis, técnicas de cultivo protegido, controle de pragas, ou seja, questões especificamente biológicas, ministrados por experientes cultivadores. No segundo dia, as questões trabalhadas pelos professores são sobre a garantia do direito ao cultivo individual, ministradas por advogados especialistas, e informações sobre prescrição e efeitos clínicos da maconha, ministradas por médicos também especialistas.

Nos anos de 2014 e 2015 uma forte mobilização social pressionou a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) a iniciar o processo de regulação da importação do óleo de maconha, mais conhecido como Canabidiol. Porém, devido ao alto custo da importação e também a lentidão burocrática, novas técnicas para adquirir o óleo e não interromper o tratamento surgiram, sendo este um dos objetivos deste artigo, analisar o processo de regulação/legalização do cultivo doméstico de maconha no Brasil, e principalmente no Rio de Janeiro.

A garantia do direito ao cultivo individual se dá através de um *Habeas Corpus* preventivo, que corresponde ao direito que toda pessoa tem de ir e vir sem ser preso por isso. Para que isso aconteça um crime já deve ter sido cometido. No caso do cultivo doméstico de maconha, a pessoa que requer o *Habeas Corpus* já deve estar cultivando. Juntamente com toda a documentação médica prescrevendo e comprovando o “uso compassivo”³. (POLICARPO; VERÍSSIMO; FIGUEIREDO. 2017)

³ O “uso compassivo” é um requisito obrigatório para que o paciente possa utilizar legalmente a maconha no Brasil. É uma categoria médica que significa que só se pode acionar tal alternativa (maconha) caso já tenha sido tentado todas as alternativas tradicionais do mercado farmacêutico. No caso dos meus interlocutores, eles relataram diversas vezes que após o início do tratamento com os medicamentos

Esta técnica jurídica é recente, tendo início no ano de 2016, onde pela primeira vez uma família obteve na justiça o direito de cultivar maconha em casa para produzir o medicamento para a filha de treze anos, portadora de uma síndrome rara que causava em média trinta convulsões diárias desde seu nascimento. Se tratando regularmente com a maconha, e não sendo boicotada pela lentidão burocrática e o alto custo da importação, o número de crises da garota, de hoje quinze anos, diminuiu para zero.

Os dados mais recentes⁴ mostram que o a “justiça” brasileira concedeu trinta e três *Habeas Corpus* dentro do território nacional, sendo onze no estado do Rio de Janeiro. A “judicialização da saúde”⁵ (BIEHL, 2012) parece estar se tornando um caminho obrigatório para as famílias e pacientes. Arcar com os custos da importação é praticamente impossível. Portanto, cultivar maconha em casa para fins terapêuticos é uma ação inovadora no Brasil, dando não só visibilidade para os “pacientes”, mas também para o grupo de pessoas que sempre esteve na clandestinidade, os cultivadores. (POLICARPO; VERÍSSIMO; FIGUEIREDO. P.20. 2017)

Retornando para o trabalho de campo, durante mais ou menos seis meses acompanhando as reuniões, fui promovido a *staff*, ou seja, passei a compor o corpo técnico-administrativo da associação. A pesquisa foi finalizada, porém, minha participação nas atividades da associação não. Minhas tarefas são basicamente o gerenciamento das redes sociais, como o *e-mail* institucional e o *Instagram*⁶. Produzo semanalmente as atas das reuniões e também organizo juntamente com outros membros os cursos de cultivo, reuniões de acolhimento, Marchas da Maconha e atos públicos.

As relações de confiança que tracei com meus interlocutores foram construídas a partir do trabalho desenvolvido durante a etapa da pesquisa, onde a minha chegada, aproximação e dedicação foram fundamentais para garantir a interlocução. Ou seja, a coleta de dados se deu através tanto da minha experiência enquanto membro da associação, considerando os espaços e relatos que tive acesso, quanto das entrevistas

disponíveis nas farmácias, as crises convulsivas e degradação do sentido cognitivo, principalmente das crianças, aumentavam consideravelmente.

⁴ Dados coletados em abril de 2019 junto a equipe jurídica da associação, que trabalha justamente com a produção dos pedidos à justiça e realiza regularmente o levantamento das decisões no Brasil.

⁵ João Biehl (2012), em seu artigo “Tratamentos Jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito a saúde”, discute sobre a luta de pais para que filhos portadores de *mucopolissacaridose* tenham acesso a medicamentos caros, em nome do direito universal à saúde. O trabalho explora como, no Brasil, o litígio pelo direito à saúde tornou-se um caminho alternativo de acesso à saúde e evidencia a disputa de diferentes atores dos setores público e privado no processo de judicialização da saúde. Este processo é conhecido popularmente como “entrar na justiça”.

⁶ Rede social cujo objetivo principal é a divulgação fotográfica.

realizadas com pacientes da associação que cultivam maconha em casa para se tratarem terapeuticamente.

Ao todo, foram realizadas seis entrevistas. Para realiza-las me dirigi à residência de cada um dos pacientes no intuito de não só ter um tempo de conversa esperado⁷, mas também de conhecer seus respectivos cultivos, familiares e ambiente doméstico, afim de me situar melhor com suas rotinas e dificuldades. O recorte das entrevistas se deu a partir dos perfis de pacientes mais comuns que compõe a associação: duas pessoas que já cultivavam para “fins sociais”⁸ e passaram pelo processo burocrático médico-jurídico e se tornaram pacientes legalmente; duas pessoas que aprenderam a cultivar para tratarem suas próprias doenças; e por fim, dois mães e pais que aprenderam a cultivar para tratarem seus filhos.

A ordem das entrevistas é um fator fundamental para compreender a principal reflexão trazida na pesquisa completa, pois, corresponde a linha de transmissão de conhecimento entre “growers”⁹ mais experientes e novatos. No caso da associação na qual faço parte, o processo de socialização dos novatos começa nas reuniões, onde geralmente também são “rodas de fumo”¹⁰.

As “rodas de fumo” que acontecem durante as reuniões da associação foram uma das minhas primeiras pistas de investigação. Digo isso pois, acostumado a fumar maconha *prensada*¹¹, me deparei durante as sessões para discussão de assuntos administrativos com

⁷ As entrevistas não foram previamente estruturadas. A ideia era deixar livre para que cada interlocutor demonstrasse suas principais preocupações com relação ao cultivo e ao tratamento.

⁸ Categoria nativa utilizada por meus interlocutores para substituírem a ideia de “uso recreativo”, onde apontam a infantilização do ato ao se referirem como algo recreativo.

⁹ “Grower” é uma categoria nativa que quer dizer cultivador caseiro de maconha. Marcos Veríssimo (2017) nos traz bem essa ideia: “Consiste o “grow” (do inglês “to grow” = crescer) na área provida de iluminação artificial e reservada para a prática do autocultivo doméstico no interior da casa. Não raro, armários, banheiros, *closets*, ou quartos de empregada podem ser convertidos em *grow*. (VERÍSSIMO, 2017, p. 19)

¹⁰ Círculo de pessoas onde o intuito é compartilhar o cigarro de maconha e se camuflar de possíveis repressões sociais e policiais.

¹¹ Nas cidades do Sul e do Sudeste do Brasil, prevalece nesse mercado o chamado “prensado”, cannabis colhida em latifúndios paraguaios e colocada numa prensa para depois seguir na forma de pedra para os mercados brasileiro, argentino e uruguaio. Não raro, o maconheiro fica temporariamente sem o produto, a maconha, ou de posse de um produto de qualidade duvidosa. “Malhada”, “palha”, “velha”, “mofada”, algumas com muita amônia, além de outros tipos de impurezas (tais como inseticidas usados na plantação), muitas vezes colhida há mais de um ano e mantidas por força de reagentes químicos (VERÍSSIMO, P.277, 2016). A maconha vendida ilegalmente no Brasil, geralmente vinda do Paraguai, por motivos de transporte ilegal, a planta é submetida ao processo de prensagem e que sem os devidos cuidados na hora do cultivo, não apresenta potencial terapêutico.

cigarros de flores de maconha oriundas de cultivos domésticos, que para fluírem requisitavam certas etiquetas por parte dos participantes.

O que percebi durante as “reuniões” da associação é que muitos pais, mães e responsáveis, que muitas vezes nunca tinham tido nenhum contato com a maconha, passaram a respeitar “regras” informais (BECKER, 2008), ou em outras palavras, adotar etiquetas que são compartilhadas por “maconheiros” e “growers”. Muitos pais e mães que não fumam maconha, durante as “reuniões” quando o *baseado*¹² chegava em suas mãos, eles simplesmente pegavam e passavam sem fumar, seguindo a ordem do círculo, que mesmo não sendo linear representa uma fila para os que fumam, ao invés de apenas recusar.

Interpreto dessa forma que as “rodas de fumo” são ambientes de sociabilidade onde conhecimentos, saberes e técnicas são compartilhados por “usuários”, “pacientes” e consumidores de maconha para fins terapêuticos, ou não. (MACRAE & SIMÕES, 2000)

O objetivo da pesquisa completa é compreender o que é ser “paciente” de maconha no Brasil, considerando que essa categoria está em constante mudança e disputa, e também pode ser analisada através de vários ângulos, no meu caso, através de um saber normativo e jurídico e também através de um conhecimento produzido pelos próprios pacientes, ou seja, como eles próprios justificam suas práticas.

A reflexão sobre a transmissão de conhecimentos, portanto, se dá desde as reuniões, onde saberes específicos sobre a maconha e técnicas de consumo são trocadas entre os membros mais experientes e os novatos. Até o suporte técnico de cultivo realizado pela associação, onde os “growers” mais experientes e responsáveis por essa tarefa visitam os pacientes e atendem virtualmente através de aplicativos de mensagens instantâneas, sanando dúvidas e ensinando técnicas.

Para refletir comparativamente e esboçar o que cabe este artigo, minha proposta é utilizar uma das seis entrevistas para pensar questões em torno da diferença entre o uso social/recreativo e o uso terapêutico. Minha intenção é abordar especificamente o contexto da minha experiência na associação e dos dados coletados juntamente com um de meus interlocutores.

Descreverei primeiro o caso do paciente, ou seja, o momento em que descobriu a doença até o início do tratamento com a maconha, depois as reflexões em torno da entrevista, sendo elas contrastivas e metodológicas. O caso escolhido para dar conta da

¹² Cigarro de maconha confeccionado artesanalmente.

desta proposta comparativa é o de “Pedro”¹³, paciente da associação que sofre com dores crônicas e aprendeu a cultivar maconha para se tratar terapêuticamente.

“Tu caiu de um prédio?”

(O caso de Pedro)

Algumas olhadas rápidas no celular e também algumas perguntas solicitando informações e rapidamente consegui pegar o ônibus. O percurso durou mais ou menos 40 minutos e no caminho, já refletindo sobre a entrevista me deparei com minhas primeiras indagações. A primeira foi justamente sobre a questão de Pedro ser proibido por recomendações médicas a andar de ônibus. Assim fui traçando questões como perfil (gênero, idade, filhos, casa, doença, profissão), uso e consumo, cultivo, procedimentos burocráticos (ANVISA e HC), mercado. De acordo com que fui realizando as entrevistas pude ir percebendo que quanto mais perguntas eu me preparava para fazer, menos as conversas fluíam e menos as pessoas falavam aquilo que queriam. Porém, desta vez a conversa foi mais fluida. Talvez porque Pedro já tivesse tido contato com antropólogos antes, ou talvez porque essa seja mesmo uma característica dele, quase não falei durante a entrevista, que foi principalmente guiada por ele, contando sobre o cultivo, sua experiência enquanto paciente e também sobre a doença.

Assim que entrei em sua casa ele me mostrou o quarto, que me pareceu até então um quarto de visitas. Lá estava seu *grow*, que mais tarde ele me contou que era a antiga estufa de Luiz¹⁴. Logo que abriu a estufa foi me mostrando as plantas que já estavam na flora e dizendo que talvez perdesse mais uma colheita por problemas com pragas, já havia tentado de tudo e já tinha tido quase todos os tipos de praga, conseguindo resolver as outras, porém essa estava fora de controle e que ele já tinha desistido, depois de tentar diversas receitas. O nome desta praga é *tripe*.

Após conhecer o *grow* com as plantas florescendo, Pedro me levou para a área de serviço onde estavam em um complemento de luz as plantas na vega. Notei que também estavam danificadas, porém estavam muito mais vivas e saudáveis. Perguntei com relação as *strains* e ele me disse que tinham várias, algumas com marcações nos vasos e outras ele havia ganhado de amigos.

Neste dia Pedro me disse que estava passando por uma semana difícil, estava tendo crises de dor constantemente e por isso não estava nem saindo de casa, justificando dessa forma o porquê de não comparecer nas últimas reuniões da

¹³ Os nomes são fictícios.

¹⁴ Membro da associação.

associação. Algo que foi marcante e antropológicamente interessante, foi que mesmo Pedro tendo crises e dores fortes constantes naquele dia, ele me esperou para se medicar. Nos dirigimos ao quarto dele onde dorme com a esposa. No quarto tinha uma poltrona virada para a televisão, uma cama de casal, uma banqueta virada de frente para a poltrona e um criado mudo com um vaporizador *Volcano*, e alguns itens relacionados a canábis.

Quando começamos a entrevista, a primeira coisa que ele me falou foi: preste bem atenção em como eu estou agora e como vou ficar depois que me medicar. Foi nítida a melhora física e de humor dele. Digo isto pois, enquanto observador foi uma das transformações que pude notar, afinal, a maconha é umas das coisas que podemos compartilhar, portanto notei a diferença em mim e nele. Sentei na banqueta enquanto ele se acomodou na poltrona e logo começamos a conversar sobre seu uso. (Caderno de Campo, 30/08/2018)

Pedro tem entre 35 e 40 anos. Possui duas graduações, uma em Direito e a outra em produção de jogos eletrônicos. É casado e tem um filho de 5 anos. Mora em um apartamento na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Atualmente não pode trabalhar e a renda familiar é provinda diretamente de sua esposa. Quando demos início a entrevista, conversamos um pouco sobre o uso que faz da maconha, e quando toquei no assunto da doença ele não se incomodou em me contar sua história, porém me disse que não era fácil para ele porque ao lembrar o que era e o que é hoje o deixa profundamente triste.

Pedro gostava de praticar esportes, já chegou a ser um atleta federado, corria todos os dias, praticava tênis, handball e artes marciais. Em 2011, estava passeando um dia com sua esposa e sentiu uma dor nas costas muito forte. Deu entrada no hospital e duas horas depois realizou um exame onde foram diagnosticadas duas hérnias na região dorsal. Ao receber essa notícia, o radiologista que estava presente juntamente com o médico, ao analisar os exames percebeu alguma coisa estranha e perguntou se Pedro se incomodava de realizar um exame no pescoço.

Após 3 horas passadas após o primeiro exame, ou seja, já haviam se passado 5 horas dentro do hospital, os médicos retornaram, porém desta vez acompanhados do neurocirurgião chefe. A notícia foi de que Pedro tinha um problema congênito, ou seja, algo que o acompanhava desde seu nascimento e que somente agora foi se manifestar. A notícia desta vez era um quadro clínico de compressão medular, ou seja, sua medula espinhal estava sofrendo uma compressão pelos ossos da coluna (que protege a medula espinhal) e também pelas hérnias. O risco naquele momento de se ficar paraplégico ou tetraplégico eram quase que garantidos. Quando este neurocirurgião lhe deu a notícia, já

lhe deu também um cartão sugerindo uma cirurgia emergencial. O problema é que Pedro não acreditou que tudo isso estava acontecendo tão de repente e também devido a uma dor na coluna. Por isso decidiu buscar outro médico para saber a opinião e para evitar entrar em um procedimento cirúrgico logo de cara.

Quando foi no segundo médico alguns dias depois, ele analisou os exames e perguntou a Pedro: “Tu caiu de um prédio?”, o ele respondeu: “Não.”. Então o médico fez outra pergunta inusitada: “Então você foi atropelado?”. Pedro mais uma vez respondeu que também não. Foram realizados mais alguns exames e foi diagnosticado uma patologia chamada Invaginação, que era a causa dos desmaios que ele vinha sofrendo tanto em casa quanto na rua. A invaginação consiste de uma penetração de uma estrutura orgânica em outra, sendo ambas no mesmo indivíduo. No caso de Pedro, era a coluna penetrando no cérebro. E justamente na zona cerebral que é responsável pelo controle do sistema respiratório, por isso os sufocamentos e os desmaios.

Pedro me relatou que inclusive chegou a desmaiar algumas vezes na rua enquanto ia a padaria, por exemplo, e que além da dor na coluna também se machucou muito com a queda, o deixando muitas vezes constringido. Este segundo médico também sugeriu que Pedro operasse rapidamente e o preparou para uma notícia nada agradável: ele tinha cem por cento de chance de não andar mais, portanto a cirurgia seria para evitar a sua morte.

Pedro decidiu procurar o terceiro médico, onde obteve as melhores referências, e a notícia não foi diferente. O terceiro médico também recomendou a cirurgia o quanto antes, o que cairia durante as comemorações de natal. Mais uma vez Pedro decidiu procurar outra opinião e foi então para o quarto médico. Foram feitos mais exames e finalmente, no início de 2012 foi marcada a cirurgia.

A cirurgia durou 10 horas, e Pedro pediu para seu melhor amigo, que é médico para que assistisse a cirurgia e que se ele fosse ficar paraplégico, gostaria de ter os aparelhos que o mantinham vivos durante a cirurgia desligados, tamanho era sua frustração com o que estava acontecendo.

Após o procedimento cirúrgico, Pedro ficou mais 20 dias internado e tendo dores insuportáveis, onde me relatou que gritava demais no hospital e chegou várias vezes ao limite do seu corpo, quando não aguentava mais e desmaiava. A medicação de Pedro era estritamente controlada, no hospital estava recebendo altas doses de morfina, e quando saiu de lá não foi diferente. Não conseguia andar e continuou tomando altas doses de morfina e também mais um coquetel de onze remédios.

O médico recomendou também que ele procurasse terapias alternativas como acupuntura e hidroterapia. Devido as dores e a todos as patologias que ele vinha enfrentando seguidamente, me relatou que enfrentou a depressão, justamente porque não estava conseguindo resolver a dor. Mesmo após sair do hospital a dor continuava e o médico disse que ele teria que enfrentar isso por mais ou menos um ano, até o organismo se recuperar e com isso o médico sempre trocava de remédio. Nessa fase Pedro disse que estava “sobrevivendo” e mesmo assim, bem mal.

Foram testados praticamente todos os medicamentos disponíveis no Brasil, inclusive o chamado *Vicodin*, que é um opioide utilizado para tratar dores fortes. Esta substância que é a base de *Hidrocodona*, pode causar dependência química e segundo ele, este remédio o deixava vegetando, ou seja, completamente dopado sem conseguir ao menos se comunicar. Isso sem contar as altas doses de morfina que ainda estava tomando, o que me relatou que eram doses tão altas que tinha alucinações, pois não sabia se estava acordado ou dormindo.

Procurou todos os tipos de tratamentos alternativos, por exemplo, tratamento com picadas de abelha, chás, plantas, e foi nesse período de experimentação de tratamentos que encontrou algo que aliviava suas dores. Era um tratamento à base de cortisona via injeção. Pedro realizou diversas sessões semanais e vale ressaltar que cada sessão deste tratamento custava na época 500 reais. Ele chegou a engordar 40 kg, e ao pesquisar sobre o tratamento que vinha realizando descobriu que já tinha ultrapassado duas mil vezes a dosagem permitida por ano nos Estados Unidos.

Mais uma vez iniciou uma busca de tratamentos alternativos que aliviassem sua dor. Foi aí que assistiu um documentário sobre dor onde diversos pacientes já vinham sendo tratados com maconha fora do Brasil. Pesquisou muito na internet, leu diversos artigos científicos e estudos acadêmicos. Nesse momento começou a se questionar moralmente: “Como assim eu estou lendo isso? Meu pai me ensinou a vida inteira que maconha era uma merda, que não prestava.” Foi então que ligou para um amigo “maconheiro” e ele levou uma pouco de prensado para Pedro. Mas ao ver a maconha prensada logo conseguiu diferenciar daquelas que vinha pesquisando, oriundas de cultivos domésticos.

Importou sementes de maconha ilegalmente e começou a comprar equipamentos para cultivo. Mas assim que tinha feito os pedidos pela internet estava assistindo televisão e viu no jornal uma notícia sobre apreensão de cultivo e que a casa do suposto “criminoso” tinha sido invadida pela polícia. Neste momento ele me contou que sua preocupação era

tamanha porque não tinha conhecimento algum sobre isso, e tinha sua esposa e filho em casa. Tentou fazer o cancelamento do pedido, mas já tinha sido enviado para o Brasil.

Foi então a época de mobilização nacional com relação a regulação do CBD, entre 2013 e 2014. Passou no “Fantástico” uma reportagem sobre mães que utilizavam maconha para tratar seus filhos com patologias graves. Teve a ideia de assistir os créditos da reportagem e foi então que adicionou no *facebook* o homem que havia feito a filmagem da reportagem. Mandou diversas mensagens, mas por questões de sigilo de reportagem não foi possível ter nenhum contato com os protagonistas.

Pesquisando na internet também encontrou o site do *growroom*, que também enviou diversas mensagens, mas sem obter sucesso. Em 2014 assistiu o documentário “*Illegal: a vida não espera*”, e fez a mesma coisa: entrou em contato com a produção do filme e dessa vez obteve uma resposta. A produção encaminhou para ele o telefone de um médico ortopedista e especialista em tratamento com canabidiol. O médico respondeu a mensagem e prontamente encaminhou o telefone de sua clínica. A primeira consulta durou mais de duas horas e foram receitados quatro remédios, e nas primeiras consultas não foi falado nada sobre o tratamento com a maconha.

Depois de mais algumas consultas, mesmo com os medicamentos receitados pelo médico as dores não cessavam. Foram realizados mais exames e o ortopedista detectou algo anormal na prótese instalada no pescoço de Pedro, anormalidade essa resultante de um erro médico em sua primeira cirurgia. Um dos doze parafusos da prótese do pescoço, especificamente do lado direito foi colocado de forma errada, sendo apertado demais, o que comprometeu a enervação, por isso as dores sempre do lado direito no pescoço e no braço.

“Três anos sentindo essa dor insuportável, passando por vários médicos e ninguém nunca me falou nada?”, essa foi a reação dele ao descobrir o que estava acontecendo, algo que talvez esteja relacionado a ética médica, que pode comprometer a carreira profissional deles ou até mesmo de algum médico tentar mexer e fazer “mais merda”.

Foi então que Pedro foi encaminhado para a segunda cirurgia, esta para correção da primeira que resultou na implantação da prótese que continha um parafuso que foi instalado de forma errônea: a retirada da prótese. Dessa vez Pedro não pode tomar anestesia geral e teve que fazer a cirurgia acordado e conversando com o médico. A cirurgia foi tão complicada que para ser realizada foi necessário entrar em contato com a fabricante da prótese no exterior para que enviassem uma chave específica para sua retirada.

Foi nesse momento, após a cirurgia que o ortopedista então realizou o teste com Pedro utilizando o Canabidiol. Disse que era para ele pingar cinco gotas na boca e com a língua passar no céu na boca. Eles já haviam conversado antes a respeito, porém a receita veio apenas após o teste. Em poucos minutos ele sentiu o efeito e começou a chorar, porque depois de tanto tempo finalmente tinha conseguido. “Quando comecei a usar a maconha eu comecei a viver de novo, porque antes eu estava apenas sobrevivendo.”

O médico ortopedista fez então a prescrição do medicamento, prontificou todos os documentos necessários, orientou todos os passos que deveriam ser seguidos burocraticamente tanto com a Anvisa quanto a indicação para que Pedro entrasse em contato com a associação. Foi então que depois de algumas mensagens trocadas ele participou de uma reunião de acolhimento.

Nos primeiros minutos participando da reunião conversou conheceu Júnior, o advogado da associação, e durante a conversa foi questionado sobre o auto cultivo, Pedro respondeu que tinha comprado os materiais, mas que tinha muito medo por causa de sua família. Esse advogado, “grower” e ativista, o garantiu segurança indicando não só boas práticas enquanto cultivador, mas também com recursos jurídicos que o possibilitariam cultivar maconha legalmente. Resumidamente essa é a história de Pedro até entrar em contato com a associação. Nos subtópicos a seguir serão abordadas questões referentes ao consumo, cultivo e produção.

Consumo

Pedro consome a planta *in natura*, através de aparelhos denominados vaporizadores. Em casa tem um vaporizador chamado *volcano*, que funciona através de um compartimento de cerâmica que é aquecido a temperaturas reguladas pelo usuário. O vapor oriundo deste aquecimento enche um saco de plástico grande que através de um bocal se inala o vapor, semelhantemente ao ato de fumar. Também consome o óleo em ocasiões específicas como por exemplo quando vai viajar.

Realiza também um tratamento com um adesivo corporal à base de morfina, colado sempre do lado direito aonde sente mais dores. Este adesivo é denominado emplasto e deve ficar colado no corpo de cinco a oito dias. Também utiliza para tratar suas dores uma lâmpada de infravermelho. Me relatou que a planta sozinha não resolveu. Porém, antes ele tomava 11 remédios por dia, algo que hoje foi reduzido para apenas os usos descritos acima.

No começo da nossa conversa, quando ele sentou na poltrona e começou a preparar o *volcano*, me disse que é um erro as pessoas dividirem a planta em apenas CBD e THC, pois me disse que as genéticas da planta são individuais. Ele vem realizando testes de experimentação durante o dia inteiro, anotando e classificando as plantas através do efeito que produz em seu corpo.

O sistema classificatório adotado por ele é baseado em quanto ela tira a dor e quanto tempo dura o efeito, portanto, para Pedro as plantas ideais são aquelas que o efeito tira a dor totalmente e que dure por muito tempo. Ele me disse que dessa forma está selecionando genéticas. Outros pontos que são anotados por ele são baseados no sabor da planta ao vaporizar, a região do corpo onde o efeito predomina e seus efeitos colaterais.

Pedro afirma que os médicos não têm noção de potenciais misturas entre diferentes *strains*. Segundo ele as misturas podem ser ou não processos potencializadores de efeito, por exemplo: uma *strain* que tire muita dor misturada com uma *strain* que o efeito dure muito não significa que os efeitos vão ser potencializados, portanto, não se pode esperar uma resposta certa.

Pedro me relatou também que consome a planta que já foi vaporizada, ou seja, após ter sido aquecida no compartimento do vaporizador. Recebeu essa dica de um *grower* experiente que recentemente também se tornou “paciente”, que disse que é ótimo para dormir. Ou seja, toda erva *in natura* utilizada durante o dia, Pedro a reutiliza para vaporizar novamente a noite antes de dormir, processo que segundo ele, dá sono. Já ouviu de alguns outros *growers* membros da Associação que isso é uma besteira, porém, ele acredita nesses efeitos, não só por ter recebido a “dica” mas também por pesquisar, vendo que mesmo após a vaporização ainda restam alguns canabinoides na planta.

Para dor é recomendado o THC, portanto a maior parte do dia ele consome plantas sativas, com maior concentração de THC. Porém me relatou problemas com a “chapação mental”, ou seja, efeitos psicoativos da planta que são comumente relatados, como por exemplo a paranoia. Me disse que consegue controlar facilmente esses efeitos com algumas gotas do óleo de CBD.

Também já utilizou o chamado DAB, que é a extração pura da resina da maconha. Estava tomando o óleo regularmente e percebeu que os efeitos não estavam mais sendo os esperados, foi quando entrou com o THC. Pedro tem um vaporizador específico para este tipo de consumo que é de fato mais caro, porém tem resultados mais fortes e imediatos.

Outro dado interessante foi a maneira como Pedro vaporiza a maconha quando está com crise dor e não consegue se levantar da cama nem mexer os braços. Para isso ele criou algo parecido com um inalador, onde o saco do *volcano* se adapta a uma máscara que fica presa ao rosto, dessa forma não precisa segurar.

A frequência e a quantidade de consumo para Pedro são muito relativas ao seu estado de dor diário. É certo que todo dia irá vaporizar, porém o nível de dor é relativo ao momento do dia, que não é específico, ou seja, a crise de dor pode acontecer a qualquer hora, em qualquer lugar. Me relatou que em dias de crises agudas chega a vaporizar de cinco a seis vezes ao dia, sempre utilizando a mesma quantidade de maconha, que é medida *à mão*. Essa quantidade sempre é suficiente para encher dois balões, que Pedro vaporiza até o fim. Portanto, sempre que vai utilizar o *volcano*, sua dose é de dois balões.

Terapêutico ou social?

O consumo individual prevalece na maior parte do tempo, porém, isso não exclui momentos em que compartilha seu “medicamento”. Digo isso porque pensando sobre nossa conversa, construí minhas primeiras reflexões sobre as fronteiras entre o “uso terapêutico” e o “uso social”, objetivo central deste artigo.

Pensando nessa diferença, Pedro me relatou a primeira vez que fumou um cigarro de maconha. Ele tinha comparecido à reunião da associação pela primeira vez. Lá diversos “growers” que faziam parte da administração estavam consumindo maconha de forma social, degustando diversas *strains* oriundas de cultivos doméstico. Chegou, cumprimentou a todos, se apresentou e se acomodou em uma das cadeiras disponíveis. Rapidamente, seguindo a lógica das “rodas de fumo”, os *baseados* começaram a chegar em sua mão, e que vinham seguidos de indicações e informações sobre as *strains*, como por exemplo: “*fuma esse, é uma sativa*”, “*agora fuma esse, e tenta sentir a diferença no gosto*.”.

Essa foi a minha primeira reflexão sobre tentar compreender por onde permeiam as fronteiras entre o “uso terapêutico” do “uso social”, porque naquele momento além de estar se “medicando” e sentindo os efeitos, que para ele eram agradáveis, também estava passando por um processo de socialização e de experimentação, recebendo informações sobre as formas corretas de se usar, informações sobre as variedades das *strains* e seus efeitos. Ou seja, no mesmo ambiente, utilizando as mesmas plantas e compartilhando os

mesmos *baseados*, pessoas buscavam ali sentidos diferentes para uma mesma forma de uso. (ZIMBERG, 1984)

Também pude refletir um pouco mais sobre isso no momento em que Pedro se “medicou” durante a entrevista. Mais especificamente naquele momento em que relatei acima onde ele me disse: “esperei você chegar para que eu me medicasse, repare só como estou agora e como estarei daqui a cinco minutos.” Utilizando um *volcano*, ele me mostrou a porção de maconha que era necessária para que se enchesse o balão duas vezes.

Ele vaporizou algumas vezes e me passou o balão ainda bem cheio, e me disse: “fuma aí”. Eu nunca tinha vaporizado naquele tipo de aparelho, mas mesmo assim, seguindo as etiquetas entendi que se trataria de uma desfeita não vaporizar, mesmo se tratando de um momento de medicação para ele. Peguei o balão e tentei tragar, porém não saiu nenhum vapor da minha boca na hora que soprei o ar. Ele me explicou então que eu deveria empurrar a válvula de segurança com a boca e puxar constantemente. Assim tentei novamente obtendo sucesso. Dessa forma, durante todo o resto da entrevista, vaporizamos juntos.

Aonde eu quero chegar relatando isso se trata do mesmo ponto em que cheguei no relato anterior, ou seja, nós dois estávamos no mesmo ambiente, fazendo uso da mesma planta, da mesma *strain*, no mesmo aparelho, e compartilhando, porém, cada um estava buscando um sentido e um efeito diferente. Por isso o que separa o “social” do “terapêutico” são os sentidos que as pessoas dão aquele uso, mesmo que sejam feitos de forma compartilhada, em um mesmo ambiente e contexto social.

Considerações finais

O principal objetivo deste artigo é jogar luz sobre a utilização da maconha para fins sociais e terapêuticos, analisando contrastivamente através da experiência vivida tanto pelo pesquisador quanto por seu interlocutor. Durante minha pesquisa de mestrado realizei seis entrevistas com pacientes de uma associação canábica da cidade do Rio de Janeiro. Utilizei neste trabalho apenas uma entrevista para refletir a partir de uma perspectiva comparada sobre as fronteiras legais e ilegais, formais e informais do uso da maconha para fins terapêuticos ou sociais. Ou seja, o que diferencia esses dois tipos de uso?

Pude chegar a algumas conclusões através dos relatos obtidos durante a conversa com este interlocutor em específico, e também a partir da experiência em compartilhar

com ele o seu “medicamento”. Pude me indagar questões metodológicas e éticas ao fumar maconha com meu interlocutor, afinal, ele me ofereceu e para não fazer uma “desfeita” e faltar com etiqueta, aceitei. Descrever isso é apontar para uma descrição com ênfase na experiência e também para os laços de confiança adquiridos, mas sobretudo para a minha posição enquanto pesquisador e o significado que a “droga” tem para a construção da relação social.

Neste artigo descrevi minha chegada ao campo e o papel que assumi no mesmo, buscando contextualizar o leitor sobre o panorama atual da legislação brasileira com relação ao uso e o cultivo de maconha no Brasil, e principalmente no Rio de Janeiro. Com isso, pude explorar o funcionamento de uma associação canábica, expor seus objetivos e destacar a forma como se “torna” um paciente de maconha, pelo menos nesse contexto específico.

Coube a este trabalho também adentrar em questões sobre o paradigma médico-jurídico e seus respectivos papéis para as orientações estatais. O campo biomédico classifica as substâncias entre as que têm e não têm potencial uso terapêutico e o campo do direito determina as leis para a produção, circulação e consumo e as sanções para os infratores. Desta forma, o laudo e a prescrição médica funcionam como um instrumento para legitimar o uso da maconha para fins terapêuticos. Descrevi também para introduzir a entrevista todo o quadro clínico do meu interlocutor e o caminho que percorreu para se tornar um paciente.

Por fim, meu objetivo foi apresentar situações em que vivi durante o trabalho de campo que ajudam a compreender as fronteiras entre o “uso social” e o “uso terapêutico”. Durante a entrevista compartilhei maconha com meu interlocutor que estava se medicando na hora, e isso não alterou qualquer funcionalidade para o alívio das dores dele. A substância compartilhada era a mesma, o ambiente em que estávamos era o mesmo, o modo como utilizamos foi o mesmo, o momento em que vaporizamos foi o mesmo, a quantidade de maconha consumida foi a mesma, porém, nossos objetivos com relação aquele uso eram diferentes e portanto, seu sentido e significado.

Referências

BECKER, Howard S. 2008. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BIEHL, João *et al.* **Between the court and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil**. Health and Human Rights Journal, v.14, n.1, pp. 1-17, jun.2012.

FOOTE-WHYTE, William. **Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada**. Tradução de Maria Lucia de Oliveira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005

GEERTZ, Clifford. **O saber local: fatos e leis em uma perspectiva comparativa**. In: _____. **O Saber Local**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 249-356.

GRILLO, Carolina C. **Fazendo um doze na pista: um estudo de caso do mercado ilegal de drogas na classe média**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Filosofia e Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia. Rio de Janeiro, 2008.

GRILLO, Carolina C.; POLICARPO, Frederico; VERÍSSIMO, Marcos. “A ‘dura’ e o ‘desenrolô’: efeitos práticos da nova lei de drogas no Rio de Janeiro”. *Revista de Sociologia e Política* (UFPR), v.19. 2011.

LENOIR, Remi. **Objeto Sociológico e Problema Social in: CHAMPAGNE, Patrick et alii**. Iniciação à Prática Sociológica. Petrópolis: Vozes, 1998.

MACRAE, E. SIMÕES, J. “Rodas de fumo – O uso da maconha entre camadas médias urbanas”. CETEAD/UFBa, Salvador, 2000.

POLICARPO, Frederico; VERÍSSIMO, Marcos; FIGUEIREDO, Emílio. A “fumaça do bom direito”: demandas pelo acesso legal à maconha na cidade do Rio de Janeiro. V1_n.1. Revista da Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas. Setembro, 2017.

POLICARPO, Frederico (2013). **Velhos usuários e jovens traficantes? Um estudo de caso sobre a atualização da nova Lei de Drogas na cidade do Rio de Janeiro**. Dilemas, vol. 6, n. 1.

POLICARPO, Frederico. **O consumo de drogas e seus controles: uma perspectiva comparada entre as cidades do Rio de Janeiro, Brasil, e de San Francisco, EUA**. 1 Ed. – Rio de Janeiro: Consequência Editora, 2016.

VELHO, Gilberto. “**Observando o familiar**”. In: *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1980.

VERÍSSIMO, Marcos. **Do Maconheiro ao Canabier: os autocultivos domésticos e outras domesticações**. In: MACRAE, Edward, Wagner Coutinho. *Fumo de Angola: Cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade*. Salvador: EDUFBA, 2016.

VERÍSSIMO, Marcos. **Maconheiros, fumons e growers: um estudo comparativo do consumo e do cultivo caseiro de canábis no Rio de Janeiro e em Buenos Aires**. Universidade Federal Fluminense. Programa de Pós-graduação em Antropologia, Niterói, 2017.

VIDAL, Sérgio. **Cannabis Medicinal: introdução ao cultivo indoor**. São Paulo: Edição do autor, 2010 *a*.

VIDAL, Sérgio. **Colhendo Kylobytes: o Growroom e a cultura do cultivo de maconha no Brasil**. Salvador: Universidade Federal da Bahia (monografia), 2010.

ZINBERG, Norman. **Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicante use**. New haven: yale University Press, 1984.