



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**VINÍCIUS BATISTA VIEIRA**

**O USO DA *CANNABIS* PARA FINS TERAPÊUTICOS REQUER PRESCRIÇÃO  
MÉDICA? – ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DA MACONHA PARA FINS MEDICINAIS  
À LUZ DA BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO E OUTRAS EPISTEMES DO SUL.**

**BRASÍLIA, 2024**

**VINÍCIUS BATISTA VIEIRA**

**O USO DA *CANNABIS* PARA FINS TERAPÊUTICOS REQUER PRESCRIÇÃO MÉDICA? – ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DA MACONHA PARA FINS MEDICINAIS À LUZ DA BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO E OUTRAS EPISTEMES DO SUL.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília – UnB como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Saulo Ferreira Feitosa

BRASÍLIA-DF

2024

Bu            Batista Vieira, Vinicius  
              O uso da Cannabis para fins terapêuticos requer  
              prescrição médica? - análise da utilização da maconha para  
              fins medicinais à luz da Bioética de Intervenção e outras  
              epistemes do Sul. / Vinicius Batista Vieira; orientador  
              Saulo Ferreira Feitosa. -- Brasília, 2024.  
              156 p.

              Tese(Doutorado em Bioética) -- Universidade de Brasília,  
              2024.

              1. Cannabis. 2. Bioética de Intervenção. 3.  
              Decolonialidade. 4. Transdisciplinaridade. 5.  
              Etnofarmacologia. I. Ferreira Feitosa, Saulo, orient. II.  
              Titulo.

VINÍCIUS BATISTA VIEIRA

**O USO DA CANNABIS PARA FINS TERAPÊUTICOS REQUER PRESCRIÇÃO MÉDICA? – ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DA MACONHA PARA FINS MEDICINAIS À LUZ DA BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO E OUTRAS EPISTEMES DO SUL.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília – UnB como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Bioética.

Aprovada em 27/03/2024

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Saulo Ferreira Feitosa (Presidente)  
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

---

Prof. Dr. Volnei Garrafa (Membro Interno)  
Universidade de Brasília – UnB

---

Profa. Dra. Rachel Gouveia Passos (Membra Externa)  
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

---

Prof. Dr. Djailton Pereira da Cunha (Membro Externo)  
Universidade de Pernambuco – UPE

---

Profa. Dra. Rosane Freire Lacerda (Suplente)  
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

À vida.

À água, à terra, ao fogo e ao ar.

À Terra, à Lua e ao Sol.

Ao mar e aos rios.

Às florestas e às flores.

## AGRADECIMENTOS

Não seria possível a realização desta tese se eu estivesse sozinho. Sou grato a cada pessoa que, de alguma forma, contribuiu comigo durante este percurso. A cada ser não humano, seres sem os quais a vida não seria possível. Também a todas as circunstâncias, ocorridas ao acaso ou não, que potencializaram este trabalho.

Agradeço profundamente aos meus ancestrais, à minha mãe, Iêda, e ao meu pai e xará, Vinicius, às minhas avós, Terezinha e Dilza (*in memoriam*), e aos meus avôs, Janjão (*in memoriam*) e Maninho (*in memoriam*), às minhas tias e aos meus tios. Todo meu respeito às suas trajetórias. Tenho gratidão pelos seus primeiros ensinamentos sobre a vida.

A Carlos, meu par nessa dança da vida, pelo companheirismo, pelos sonhos sonhados juntos, por me lembrar sempre da alegria, pelos ensinamentos cotidianos, por todo cuidado e amor.

Aos meus irmãos, Bruno e Osman, agradeço por tanto carinho e admiração que sustentam minha autoestima. Às minhas cunhadas, Carol e Catarina, e aos meus sobrinhos João e Ana Clara. Amo vocês.

Agradecimentos especiais àquelas amigas-irmãs com quem vou compartilhando os aprendizados da vida e de quem me sinto sempre perto, mesmo quando distantes no quesito tempo e espaço: a todas da Pangeia, à Cintia, à Cynthia, à Gil, à Juliana, à Natáli, à Larissa. Às pessoas que vêm chegando a partir da Biodanza.

Aos gatos e cachorros da minha vida: Bethânia, Gal, Elis, Cachalott (*in memoriam*), Elza, Branco, Bebel, Frida, Hugo, Karina (*in memoriam*) e Nina (*in memoriam*).

Gratidão imensa ao professor Saulo Feitosa pela orientação tranquila e afetuosa, pelas relevantes contribuições para este trabalho e para meu processo de amadurecimento enquanto pesquisador e bioeticista.

Às professoras e aos professores do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, especialmente aos que participaram ativamente do Dinter com a UFPE, e mais ainda ao professor Volnei Garrafa, pela confiança na nossa turma, pelo exemplo de força militante e por toda a dedicação à bioética global. Às professoras e aos professores que aceitaram fazer parte da minha banca de qualificação e defesa.

Às colegas e aos colegas do Dinter e do Minter pelas partilhas, pela leveza nas discussões e pelo apoio sempre necessário, fazendo essa trajetória ser mais rica e também menos difícil.

Agradecimento às pessoas que fazem a Universidade Federal de Pernambuco, especialmente aos docentes, técnicos e estudantes do Núcleo de Ciências da Vida. Ao professor Rodrigo Cariri e a todas as pessoas que participaram e participam do Projeto de Extensão Ambulatório Cannábico. Agradeço também à equipe do Serviço Integrado de Saúde da UFPE por abraçar o Ambulatório.

Gratidão a cada participante desta pesquisa pelo tanto que provocaram neste pesquisador, instigando a reflexão crítica sobre o tema. Às pessoas que vem revolucionando a política de drogas a partir da maconha. Às pessoas que fazem a luta antimanicomial e antiproibicionista.

Sou grato ainda a tudo aquilo que está oculto à minha consciência que possa ter contribuído para esta jornada.

## RESUMO

A ressurreição da *Cannabis* como medicamento não é mais novidade no mundo acadêmico nem na população em geral; cresce o número de artigos científicos relacionados, e a sua prescrição tem se tornado mais frequente. Essa retomada contrasta com a realidade proibicionista que envolve a maconha, cuja proibição mantém na marginalidade a utilização popular e tradicional, especialmente por pessoas periféricas, negras e indígenas. Nossa pesquisa pretende analisar, com base na Bioética de Intervenção (BI) e de outras epistemes do Sul, além de alguns artigos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), a utilização da maconha para fins terapêuticos. Através de uma perspectiva epistêmica do pensamento complexo e da transdisciplinaridade (ambos fundamentos da BI), da decolonialidade, intepistêmica e sentipensante, discutimos os atravessamentos morais, sociais, raciais, sanitários e econômicos associados à planta em questão. Esta é uma pesquisa etnofarmacológica qualitativa para análise bioética que utilizou a ferramenta metodológica da observação participante (com perspectiva autoetnográfica), tendo como campo de observação o Projeto de Extensão Ambulatório Cannábico da Universidade Federal de Pernambuco. Observamos que a utilização da maconha tem ocorrido de forma diversa quanto à indicação clínica, às características dos produtos, às formas de acesso e aos aspectos sociais, econômicos e culturais dos usuários. Os riscos clínicos de utilização medicinal da planta não parecem justificar sua manutenção como proibida. Por outro lado, a regulamentação apenas do uso prescrito tem um efeito de injustiça para uma parcela da população que se beneficia do seu uso popular e para a população negra, diante do cenário nefasto do proibicionismo para este grupo. As bioéticas críticas às concentrações de poder e implicadas com a emancipação social não podem se eximir de desvelar os pactos da branquitude e os aspectos capitalistas essenciais para a manutenção de privilégios de alguns e desproteção global de uma maioria. Com abordagem não especista, consideramos a *Cannabis* como detentora do direito à vida integrada com sua função originária, entendendo sua perseguição como violação do direito a sua existência. Por fim, consideramos que a legalização mais ampla poderia ter efeitos mais integradores para a humanidade, para a planta e para o ecossistema.

Palavras-chave: Cannabis; Bioética de Intervenção; Decolonialidade; Transdisciplinaridade; Libertação; Etnofarmacologia.

## ABSTRACT

The reemergence of cannabis as a medicine is no longer news in the academic world or among the general population; the number of related scientific articles is growing, and its prescription has become more frequent. This revival contrasts with the prohibitionist reality surrounding marijuana, whose prohibition keeps popular and traditional use on the margins, especially by people from the periphery, blacks and indigenous people. Our research aims to analyze, based on Intervention Bioethics (IB) and other Southern epistemes, as well as some articles from the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, the use of marijuana for therapeutic purposes. Through an epistemic perspective of complex thought and transdisciplinarity (both foundations of IB), decoloniality, inter-epistemic and sentipensante, we discuss the moral, social, racial, health and economic crossings associated with the use of plant in question. This is a qualitative ethnopharmacological research for bioethical analysis that used the methodological tool of participant observation (with an autoethnographic perspective) of *Projeto de Extensão Ambulatório Cannábico* of *Universidade Federal de Pernambuco*. We observed that the use of cannabis has varied in terms of the clinical indication, the characteristics of the products, the forms of access and the social, economic and cultural aspects of the users. The clinical risks of using the plant medicinally do not seem to justify keeping it banned. On the other hand, regulating only prescribed use has an unjust effect on a portion of the population that benefits from its popular use and on the black population, given the harmful effects of prohibitionism on this group. Bioethics that is critical of the concentration of power and involved in social emancipation cannot shy away from revealing the pacts of whiteness and the capitalist aspects that are essential for maintaining the privileges of a few and the global unprotection of a majority. With a non-speciesist approach, we consider cannabis to have the right to life integrated with its original function, understanding its persecution as a violation of the right to its existence. Finally, we believe that broader legalization could have more integrative effects for humanity, the plant and the ecosystem.

Keywords: Cannabis; Intervention Bioethics; Decoloniality; Transdisciplinarity; Liberation; Ethnopharmacology.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Número de artigos por ano na PubMed [Medical Cannabis]

Figura 2 - Número de Metanálises por ano na PubMed [Medical Cannabis]

Figura 3 – Artigos incluídos por ano de publicação

Figura 4 – Apresentações dos produtos estudados

Figura 5 – Efeito estudado

Figura 6 – Situações clínicas com estudos promissores

Figura 7 – Situações clínicas com baixa evidência

Figura 8 – Resultado geral sobre riscos

Figura 9 – Resultado sobre conflitos de interesses

Figura 10 – Conclusões por conflito de interesse

Figura 11 – Financiamento

Figura 12 – Situações clínicas estudadas (LILACS e Scielo)

Figura 13 – Distribuição dos artigos com temas políticos, sociais, legais e éticos por nacionalidade

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Consolidado das anotações em diário de campo

Quadro 2 – Decomposição dos dados

Quadro 3 – Resultado da recomposição dos dados

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**2-AG** – 2-araquidonil-glicerol

**ABP** – Associação Brasileira de Psiquiatria

**AEA** – Anandamida

**ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**BI** – Bioética de Intervenção

**CB1** – Receptores canabinóides

**CB2** – Receptores canabinóides 2

**CBC** – Canabicromeno

**CBD** – Canabidiol

**CBG** – Canabigerol

**CCS** – Centro de Ciências da Saúde (UFPE)

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

**CFM** – Conselho Federal de Medicina

**DUBDH** – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

**FCNA** – Fiqh Council of North America

**LAFEPE** – Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco

**MCCP** – Método Clínico Centrado na Pessoa

**Nida** – National Institute on Drug Abuse

**RDC** – Resolução de Diretoria Colegiada

**RSB** – Reforma Sanitária Brasileira

**SIS** – Serviço Integrado de Saúde (UFPE)

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**THC** – Delta-9-tetra-hidrocanabinol

**UFPE** – Universidade Federal de Pernambuco

**UNESCO** – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

## SUMÁRIO

<b>PRÓLOGO: A PLANTA, UMA COAUTORA, APRESENTA</b>	<b>14</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>18</b>
<b>1 BREVE HISTÓRIA DA MACONHA E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE HUMANA</b>	<b>24</b>
1.1 Considerações a respeito da política de proibição da maconha no Brasil	24
1.2 <i>Cannabis</i> medicinal: furando a bolha do proibicionismo	28
<b>2 ASPECTOS TÉCNICOS E EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS: EXISTE OU NÃO EXISTE MACONHA MEDICINAL?</b>	<b>34</b>
2.1 Informações relevantes para o manejo clínico da <i>cannabis</i>	35
2.1.1 Características botânicas e cultivo	35
2.1.2 Fitoquímica e apresentações farmacêuticas	37
2.1.3 Sistema endocanabinoide e a aplicação clínica dos fitocanabinoides	38
2.1.4 O desafio da posologia	39
2.1.5 Principais efeitos colaterais	40
2.2 Revisão sistemática em bases de dados internacionais	40
2.3 Pesquisa com <i>cannabis</i> medicinal na América Latina e Barbados	50
2.4 Publicações sobre <i>cannabis</i> medicinal no campo da bioética	56
<b>3 REFERENCIAIS EPISTEMOLÓGICOS: DO PENSAMENTO COMPLEXO E TRANSDISCIPLINAR ÀS EPISTEMES DO SUL</b>	<b>59</b>
3.1 Bioética de Intervenção (BI) e outras epistemes do Sul	63
3.1.1 A importância da branquitude crítica para uma Bioética de Intervenção comprometida com a decolonialidade	69
3.2 Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)	72
<b>4 MÉTODO</b>	<b>75</b>
4.1 Aspectos metodológicos (desenho de pesquisa)	75
4.2 Campo de pesquisa, recrutamento dos participantes, instrumentos	

e procedimentos de coleta	79
4.2.1 O Projeto de Extensão Ambulatório Cannábico	79
4.3 Análise e processamento de dados	82
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>84</b>
5.1 Compilação dos dados	84
5.2 Decomposição dos dados	92
5.3 Recomposição dos dados	98
5.4 Interpretação dos dados e discussão	101
5.4.1 Discussão bioética com enfoque biomédico-moral	104
5.4.2 Discussão bioética com enfoque sócio-político-econômico	112
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>125</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>129</b>
APÊNDICE A – Diário de Campo da observação participante	136
APÊNDICE B – Resultado do questionário para médicos/as prescritores/as	137
APÊNDICE C – Classificação dos dados para Decomposição	144
APÊNDICE D – Quadro de análise para recomposição dos dados	151
ANEXO A – Informações sobre apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa	158

## PRÓLOGO – A PLANTA, UMA COAUTORA, APRESENTA:

*“Mas essas são palavras que os brancos não compreendem. Pensam que a floresta está morta e vazia, que a natureza está aí sem motivo e que é muda. Então dizem para si mesmos que podem se apoderar dela para saquear as casas, os caminhos e o alimento dos xapiri como bem quiserem! Não querem ouvir nossas palavras nem as dos espíritos. Preferem permanecer surdos.”*

*(Davi Kopenawa e Bruce Albert)*

Ilustríssima banca, começamos por apresentar este trabalho com uma inusitada reivindicação: a planta exige autoria na obra. Não exijo apenas colaboração, como se fosse uma coadjuvante, mas quero o reconhecimento do meu protagonismo e utilizarei esta apresentação do estudo para defender o meu argumento.

Acontece que Vinícius, cujo o corpo sentou por horas a fio para pensar, produzir e sentir todas as etapas da pesquisa e de produção desse material, sob orientação do Prof. Saulo, também contou com minha participação em todas as etapas desta pesquisa, que tem um caráter qualitativo, etnobotânico e autoetnográfico e objetivo de analisar o contexto de utilização de maconha para fins medicinais sob a ótica da bioética de intervenção e de outras epistemes do sul.

Pedimos licença para uma apresentação do trabalho com menos formalidades acadêmicas, pois eu, a planta, um dos sujeitos desta pesquisa, venho revelar que também sou coautora, e posso provar. Os acadêmicos me permitam deslizes de linguagem neste prólogo narrado por uma planta. Não se constanjam se eu recorrer a certas fantasias.

Garantimos manter o linguajar técnico das escritas acadêmicas e o rigor científico a partir do capítulo introdutório até o final; buscando também gerar um clima de credibilidade para um assunto mobilizador de afetos, decidimos narrar o trabalho majoritariamente em terceira pessoa, mas sem que isso signifique neutralidade – pelo contrário, neste trabalho buscamos sentipensar as questões morais surgidas.

Vinícius é o guia desta trajetória, foram suas experiências quem nos trouxeram

até esta pesquisa, é para o seu corpo que confluem as informações provenientes da observação de campo, do diálogo com médicos prescritores, com usuários do Ambulatório Cannábico e de mim.

Eu, a planta conhecida como cannabis, maconha, marijuana, diamba, erva, entre tantos outros termos, muitos deles pejorativos, racistas; carrego todos os sentidos a mim atribuídos ao longo das histórias da humanidade e não deixaria isso passar despercebido nesta produção. E nessa direção, torna-se especial dar notabilidade a uma outra narrativa da minha história com a humanidade, uma que seja a partir das cosmogonias do sul em contraponto ao pensamento colonial/imperialista predominante, e desequilibre a pirâmide hierárquica que situa o homem branco no topo e os seres da natureza na base.

Para Vinícius assimilar essas ideias não hegemônicas, ele foi direcionado por mim às leituras fundamentais de Achille Mbembe, Ailton Krenak, Aimé Césaire, Aníbal Quijano, Cida Bento, Davi Kopenawa, Frantz Fanon, Geni Núñez, Jessé Souza, Luísa Saad, Silvio Almeida entre outras. A Bioética de Intervenção, como método pressuposto por aquele pesquisador, foi eficiente em entrelaçar todas essas sabedorias como base para a discussão aqui pretendida.

Buscamos uma visão não colonizada da questão, na qual a vida (e não exclusivamente o humano) seja a referência paradigmática de sabedorias e valores. Isto é um desafio acadêmico para Vinícius, branco, de classe média, da categoria médica, impregnado pelo pensamento eurocentrado, colonial, mas também em constante busca de transformar-se e da transformação do mundo – e, para tanto, ciente do necessário reconhecimento de seu lugar social de privilégios pelo estereótipo branco. Por outro lado, afasta-se das formas hegemônicas de existência e sente em seu corpo as emoções provenientes da exclusão pela sua experiência como pessoa LGBT, nordestina, sertaneja e, em dimensões globais, latino-americano.

Essa disposição para a leitura colonial da realidade poderia, no entanto, ser insuficiente não fossem outros dois pré-requisitos relevantes para Vinícius encarnar essa missão. São experiências vivenciais, além do cognitivo, fundamentais para aproximá-lo minimamente de outros paradigmas da vida: em primeiro lugar, a sua prática regular de Biodanza, método vivencial de expansão de consciência a partir de

movimentos e música criado pelo chileno Rolando Toro que busca justamente uma integração humana de acordo com o paradigma biocêntrico e, em segundo lugar, suas experiências xamânicas pontuais com os povos Huni Kuin e Yawanawá, nas quais foi capaz de estabelecer conexões com os seres da natureza.

Imerso em contexto de transformações paradigmáticas em sua vida, encontrou na interface entre o pensamento decolonial e a bioética de intervenção as ferramentas fundamentais para discutir o problema por ele identificado: a ambivalência de tratamento social destinado à maconha e a relevância da branquitude nessa estrutura.

Talvez eu tenha sido ousada demais ao propor como pergunta guia se o meu uso (da *Cannabis*) para fins terapêuticos requer prescrição médica, mas ora, a minha relação com a humanidade é anterior a existência da própria medicina em si, então acho justo questionar o que para mim são formalidades institucionais humanas.

Consideramos relevantes fazer uma análise crítica da bibliografia recente sobre o uso dos meus derivados para fins médicos. Respeitamos a ciência quando usada a favor da vida e não podíamos nos esquivar da análise dessas evidências.

Já a escolha metodológica pela etnografia de um campo estratégico, o Projeto de Extensão Ambulatório Cannábico, possibilitou dialogar com diversos atores envolvidos no problema com objetivo de captar os diversos ângulos sobre a questão. Demoramos, no entanto, a dar conta da necessidade de preencher uma lacuna importante: como, em um trabalho acadêmico, “dar voz” a mim, a planta?

A princípio, encontramos dois caminhos: um foi me dar a incumbência de explicitar nesta apresentação que literalmente estou dentro do pesquisador a cada página percorrida, sou protagonista de todo o processo. Há como uma simbiose na qual minhas moléculas estão interagindo com suas células corporais, com seus neurônios e certamente influenciando suas percepções, suas emoções, suas reflexões, sua criatividade e suas ações. Talvez essa seja uma forma ocidental, positivista e farmacológica de expressar a interação do espírito da planta em corpos humanos.

O segundo caminho depende mais das habilidades psicodramáticas e da capacidade criativa do pesquisador para incorporar-se na personagem *Cannabis*

durante uma releitura do próprio material, experimentando revisar a obra a partir da minha perspectiva.

Ao longo do material que segue, talvez vocês quase não se deem conta da minha presença, sou uma pesquisadora oculta, mas espero estar contribuindo para a entrega de um trabalho cuja essência dignifique o meu lugar de vegetal. Boa leitura!

## INTRODUÇÃO

O uso de *Cannabis* para fins terapêuticos exige avaliação, prescrição e acompanhamento de profissional médico? Até o início deste século, esta interrogação enquanto pergunta de pesquisa seria inadmissível devido ao lugar social atribuído à planta, e ainda hoje falar sobre as propriedades terapêuticas da maconha e de seu perfil de baixo risco à saúde traz incômodos para alguns. Para muitos, o status da planta como “droga ilícita” é um obstáculo para entendê-la enquanto medicamento. Dentre aqueles que aceitam seu uso medicinal hoje, pode parecer estranho questionar a exigência da indicação por médicos, uma vez que esse profissional ocupa um lugar de suposto saber a respeito do cuidado em saúde (1).

Por outro lado, um olhar mais cuidadoso sobre o contexto histórico revela um uso tradicional milenar da planta para uma grande gama de situações medicinais em todo o planeta. Tradição que se mantém até os dias atuais a despeito de sua proibição de caráter mundial. A plataforma CANNUSE (2) é uma base de dados que acumula 1.779 registros de estudos etnobotânicos que citam diversos usos tradicionais da maconha em 38 países distribuídos por todos os continentes. Não há registros de estudos brasileiros, apontando para um apagamento da utilização tradicional da planta no Brasil.

Além disso, a história expõe a farsa construída durante o século XIX a respeito dos perigos da maconha que levou a sua proibição no início do século seguinte, sendo possível compreender o caráter político e eugenista da perseguição criminalizante aos usuários da *Cannabis*, naquele período, compostos por uma maioria de negros e indígenas, que a utilizavam com fins religiosos e medicinais (3). A mudança desse perfil racial de utilização da planta só veio a ocorrer na década de 1960, com a chamada revolução cultural, passando a ser consumida de forma mais “democrática” como símbolo da contracultura (4), sem mudar, no entanto, a situação marginal relativa a seu consumo.

Uma nova forma de aceitação cultural da planta (ao menos parcialmente) parece estar ocorrendo com a recente apropriação de suas potências medicinais. A ressurreição da maconha como medicamento na medicina ocidental não é mais

novidade no mundo acadêmico nem na população em geral; cresce o número de artigos científicos relacionados e a sua prescrição tem se tornado mais frequente. É pouco provável que psiquiatras, neurologistas, reumatologistas, médicos de família e comunidade (entre outros médicos e profissionais de saúde em geral) não tenham ao menos sido questionados sobre as diversas possibilidades terapêuticas da maconha.

Enquanto médico psiquiatra, minha prática clínica inclina-se para a atenção psicossocial, e a redução de danos, ou seja, uma prática psiquiátrica antimanicomial, pautada no cuidado em liberdade, no antiproibicionismo, no respeito às singularidades, conectada com a realidade dos territórios e do povo brasileiro, buscando construir vínculos e relações horizontais com as pessoas cuidadas (5). A observação da realidade concreta associada ao encontro da literatura não europeia sobre a loucura, especialmente Fanon (6), provoca o clínico a estar atento aos aspectos raciais – colonialistas – no processo de saúde e doença, na relação terapeuta-paciente e na vida.

Desde 2020 a prescrição de *Cannabis* entrou para meu cardápio de ferramentas terapêuticas (para situações específicas relacionadas à saúde mental), e tenho percebido não apenas o crescimento da procura pelo uso da planta medicinal, mas também acompanhado o início de um mercado voltado para a venda dela nas suas diversas formas: desde as formulações farmacêuticas de componentes isolados até os preparados de extratos integrais artesanais. Há inclusive o mercado de sementes e equipamentos para o plantio e preparação caseiros da *Cannabis*, empresas especializadas em intermediar a importação de produtos estrangeiros, entre outros.

A recente apropriação da maconha pelo mercado (7) contrasta com a realidade proibicionista que a envolve no contexto de marginalização das pessoas periféricas e negras (embora o consumo tenha se tornado generalizado, é sobre essas pessoas que recaem as piores consequências da proibição). Militante da luta antimanicomial e antiproibicionista desde 2011, defensor da legalização de todas as drogas por motivos sociais e morais, ter a possibilidade de prescrever maconha com fins clínicos levantou alguns questionamentos sobre eficácia e segurança do medicamento em um primeiro momento – uma vez que a literatura psiquiátrica hegemônica ainda nega a possibilidade desse fim (8).

No entanto, foi outro problema, de caráter político e ético, que mobilizou este trabalho: a repercussão social e cultural devido ao tratamento ambivalente sobre a mesma planta, e em todas as situações desprivilegiando: a) a planta enquanto ser, pois é demonizada por um lado e mercantilizada pelo uso farmacêutico, e b) as pessoas pretas e periféricas – presas e mortas pela proibição e barradas do acesso aos derivados de *Cannabis* pelos altos valores comerciais.

Ainda que a Lei de Drogas, Lei Federal 11.343/2006, no parágrafo único do 2º artigo, permita a utilização medicinal e científica dos vegetais reconhecidos como drogas perante a lei em determinadas circunstâncias, com autorização e fiscalização da União (9), o foco da intervenção do estado sempre foi em reprimir os uso da maconha. As iniciativas de regulação para fins terapêuticos tiveram impulso a partir da pressão de pacientes por meio da judicialização ou das organizações coletivas, como será exposto mais adiante.

Plantar, cultivar, colher e extrair derivados vegetais e substratos da planta permaneçam ilegais de uma forma geral, afetando especialmente a população negra e periférica, mas uma receita médica pode abrir muitas possibilidades de consumo legalizado – a partir da compra nas farmácias, nas associações de pacientes e nas empresas que intermediam a importação, por exemplo. O mercado da *Cannabis* medicinal está avançando no Brasil, e estamos vendo, a cada dia, novos produtos farmacêuticos derivados da maconha recebendo autorização para venda: até maio de 2022, já são 18 produtos autorizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para acesso aos brasileiros em farmácias a partir de prescrição médica (10).

Além disso, a cada momentos temos notícias de leis favorecendo sua utilização terapêutica, como a Lei Estadual 11.972/2021 na Paraíba (11), a Lei 11.055/2022 no Rio Grande do Norte (12) e a Lei 18.124/2022 em Pernambuco (13), que amparam, entre outras iniciativas a prescrição médica, a existência das associações de pacientes e o ensino técnico da temática para profissionais de saúde.

Diante desse contexto social e legal, compreendemos como fundamental realizar uma discussão bioética desse processo de regulamentação, pois a reflexão dos aspectos morais pode contribuir para o amadurecimento de políticas públicas e da legislação sobre o tema, além de ter utilidade para o direcionamento de pesquisas

sobre maconha nos diversos campo de conhecimento.

A bioética é um dos campos da ética aplicada que se ocupa de encontrar soluções práticas para problemas morais, a partir do estabelecimento de normas e valores que permitam a convivência de grupos com diferentes moralidades (14). Ganhou reconhecimento no mundo na perspectiva da bioética principialista estadunidense de *Principles of biomedical ethics* (15) e sua aplicação no contexto da ética em pesquisa e das decisões clínicas eticamente aceitáveis. Esses princípios, no entanto, mostram-se insuficientes para a discussão de temas globalmente, e a tentativa de universalizá-los falhou, especialmente pelas diferenças existentes entre os países do Norte e do Sul (16). Portanto, é importante reconhecer que não existe uma única bioética universal, mas, sim, bioéticas (no plural), com diversas formas de ler a realidade.

Além disso, o escopo de discussão bioética vai além da questão biomédica, exigindo um olhar para as questões coletivas, macropolíticas, sanitárias, ambientais, planetárias, etc. Assim, a busca por soluções para os problemas bioéticos na América Latina, por exemplo, requer categorias analíticas próprias, preferencialmente com base em suas culturas e códigos morais, e que sejam capazes de discutir as questões persistentes e emergentes dos países periféricos (14).

Entre as bioéticas latino-americanas, destacamos a Bioética de Intervenção (BI) como uma das mais relevantes teorias do campo. Feitosa (17) afirma que a BI:

(...) desponta no cenário latino-americano das últimas décadas (desde 1960) como a quinta proposição teórica – após a Teoria da Libertação, a Pedagogia do Oprimido, a Teoria da Dependência e a Teoria da Colonialidade do Poder – que carrega consigo a marca regional e identitária do seu lugar social originário, e desde a periferia do Sistema-Mundo Capitalista pretende, como as outras quatro teorias que a antecederam, romper a grande fronteira e se firmar como uma proposta mundial, consolidando definitivamente o seu processo de territorialização epistemológica (17).

Mais adiante, vamos nos aprofundar epistemologicamente e metodologicamente, mas para compreensão inicial do leitor, achamos válido adiantar que a BI respeita o pluralismo moral em defesa pragmática dos grupos populacionais vulneráveis, criticando enfaticamente o imperialismo moral (a imposição da visão moral de um grupo cultural politicamente mais forte para grupos mais frágeis). Epistemologicamente, ela é sustentada por três bases conceituais (14):

a) uma estrutura obrigatoriamente multi/inter/transdisciplinar, agregando múltiplos núcleos de conhecimento e permitindo uma interpretação complexa da realidade a partir do conhecimento científico e tecnológico, do acúmulo do conhecimento histórico e da própria realidade concreta que nos cerca;

b) o respeito ao pluralismo moral, reconhecendo a diversidade de orientações morais a depender das referências sociais em jogo;

c) a discussão responsável acerca da contradição entre universalismo e relativismo ético, levando ao uso de ferramentas e categorias bioéticas amplas, dinâmicas e factíveis às diversas realidades (como a comunicação, a linguagem, o diálogo, a argumentação, o consenso, a racionalidade, entre outros), a fim de desatar a dificuldade de estabelecer paradigmas bioéticos universais.

A BI teve sua origem embrionária no final da década de 1980, havendo forte associação com os ideais democráticos e com as ideias da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), despontando como uma proposta de libertação, tendo em vista o impacto do imperialismo dos países do Norte sobre os do Sul e das desigualdades socioeconômicas (17).

Durante as últimas décadas, o processo de amadurecimento epistêmico e experimental da BI levou à incorporação de categorias fundamentais para a compreensão da realidade desde o Sul numa perspectiva libertária dos pensamentos hegemônicos colonizadores. Neste sentido, é fundamental a tese de Wanderson Flor do Nascimento, que apresenta a BI como instrumento de descolonização (rompimento das estruturas da colonialidade) daquilo que denominou de colonialidade da vida – “processo de criar uma ontologia da vida que autorize pensar que algumas vidas são mais importantes do que outras”, hierarquizando-as e justificando processos de dominação, exploração e submissão de povos sobre outros (18).

Veremos, ao longo desta tese, a maneira como a colonialidade da vida se apresenta por meio da questão da maconha e sua utilização. Na contramão, buscamos por meio da Bioética de Intervenção descolonizar o problema, discuti-lo desde epistemes anti-imperialistas, em direção à libertação dos grupos desfavorecidos pelo atual contexto cultural, legal e econômico da *Cannabis*.

O objetivo primário desta tese é analisar do ponto de vista da Bioética de Intervenção (BI) e de outras epistemes do sul o processo de utilização da *Cannabis* para fins terapêuticos. Constituem-se como objetivos secundários: refletir sobre o papel da branquitude, da medicina e do mercado na questão da maconha; discutir a utilização humana da maconha considerando a planta como sujeito de direito; caracterizar etnofarmacologicamente a maconha para fins terapêuticos a partir da amostra alcançada; e analisar as evidências científicas de acordo com as categorias de prudência, proteção, precaução e prevenção da BI; analisar o processo de utilização da maconha para fins medicinais a partir da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciências e a Cultura (UNESCO).

Afirma Derrida (19) (2002, p. 22) que “o pensamento do animal, se pensamento houver, cabe à poesia, eis aí uma tese, e é disso que a filosofia, por essência, teve de se privar. É a diferença entre um saber filosófico e um pensamento poético”. Por analogia a essa afirmativa de Derrida, pode-se deduzir que o mesmo ocorreria em relação ao “pensamento do vegetal”. Por essa razão, esse texto foi construído na perspectiva de conformar uma discussão bioética “não especista”, procurando assegurar um lugar de fala para a planta estudada.

*Não me perguntem:  
a que você serve à humanidade?  
Não estou aqui a serviço dela;  
Me perguntem:  
qual o seu papel na vida?  
Direi que me cultive,  
que me veja florescer,  
e eu te mostrarei  
múltiplas prosperidades.  
(Maconha, 2024)*

## 1 BREVE HISTÓRIA DA MACONHA E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE HUMANA

Há provas históricas da relação da maconha com o ser humano desde os tempos da Idade da Pedra; sendo ela uma das primeiras plantas domesticada pela humanidade, pode-se dizer que ela contribuiu desde o início para a evolução desse primata em direção à vida em comunidade, ofertando óleo, fibras e efeito psicoativo (3). Utilizada para diversos fins, o uso medicinal cruzou milênios e tem seu registro oficial mais antigo no *Pen-ts'ao* (farmacopeia tradicional chinesa) nos últimos séculos antes de Cristo (20). Após isso, diversas outras farmacopeias citam a *Cannabis* com fins terapêuticos, inclusive no Brasil (21, 22), até o início do século passado, quando iniciou o proibicionismo.

Obviamente, o uso milenar não significa eficácia comprovada de acordo com o modelo de conhecimento científico contemporâneo, mas, curiosamente, os estudos desenvolvidos no século XXI vêm demonstrando resultados promissores para muitas indicações da antiguidade: migrânea, inflamações, tumores, dor, espasticidade, convulsões, demência, entre outras (21). Essas pesquisas estão surgindo com pelo menos cem anos de atraso, pois a ciência do século XX focou em estudar os problemas decorrentes do uso social da maconha e as legislações internacionais coibiram pesquisas sobre suas propriedades úteis (23).

A seguir, apresentamos brevemente, a partir do caso do Brasil, os aspectos históricos relacionados à construção da imagem da *Cannabis* como maléfica à saúde, desconsiderando os possíveis benefícios, até o momento atual de reconsideração das propriedades terapêuticas e construção de uma narrativa renovada sobre a planta.

### 1.1 CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA POLÍTICA DE PROIBIÇÃO DA MACONHA NO BRASIL

Embora não seja nativa do Brasil, a *Cannabis* chegou aqui nos primeiros cinquenta anos de colonização europeia, trazida do continente africano pelas pessoas

escravizadas; já foi apelidada de diversas formas antes de ser conhecida por maconha: cânhamo, fumo d'Angola, banguê, diamba... Por muito tempo, não foi uma planta proibida, sendo possível inclusive compra-la nas farmácias brasileiras do século XIX para o tratamento de diversas patologias (22).

No século XX, no entanto, inicia-se uma tendência internacional de perseguição às drogas com vieses racistas. O Brasil iniciou sua história oficial no “combate às drogas” em 1912, quando aderiu à proposta da Primeira Convenção Internacional do Ópio de regulamentação da morfina, da heroína e da cocaína no sentido da proibição. Na ocasião, o uso de tais drogas no país estava restrito às classes mais abastadas, sendo considerado “vício elegante”, mas havia uma preocupação com o crescente consumo entre as camadas mais pobres da população, consideradas “fracas, sem personalidade e desprovidas de senso moral” (3) [p.78]. Assim era inaugurada a ideia de combater tais substâncias para prevenir a “degeneração” da “raça nacional” (uma “raça” que se pretendia embranquecida).

A maconha entrou para a lista de drogas perseguidas no mundo durante a II Conferência Mundial do Ópio em 1924 com protagonismo crucial da representação brasileira em defesa de sua proibição. A planta era utilizada quase restritamente pela população negra brasileira em rituais religiosos e com fins terapêutico, mas no impulso do proibicionismo, sendo considerada degenerativa por ser “fumo de negro”, foi perseguida como tudo associado à negritude. Era necessário evitar que seu uso se expandisse e atrapalhasse os esforços para embranquecer a “raça brasileira” (3).

A história testemunha, dessa maneira, uma das formas de subjugação das pessoas indígenas e negras, a partir da racialização, que é base para o racismo estrutural presente na sociedade brasileira. Branquitude e negritude são estranhos morais em que o primeiro tem privilégios e prerrogativas (24) e o segundo é situado não apenas em lugar de desprivilegio, mas de desprestígio moral. Para Bento (24), o racismo permite o exercício do biopoder e, citando Mbembe (25), reafirma que sua função “é regular a distribuição da morte e tornar possíveis as funções assassinas do estado”.

Saad (3) aponta muito bem a participação da medicina brasileira como base argumentativa, a partir do discurso científico, do projeto político eugenista que ganhou

força com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental, um ano antes da II Conferência. É possível identificar o racismo como base do pensamento médico-científico em artigos escritos entre 1915 e 1950 reunidos na coletânea *Maconha: Coletânea de Trabalhos Brasileiro* (26), publicada 1951 pela Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes e reeditada em 1958 pelo Ministério da Saúde. Vale ressaltar que a medicina sempre foi composta por uma imensa maioria de pessoas da elite brasileira, uma elite desejosa de eliminar os traços africanos em sua população.

Destaco aqui trecho do artigo do médico e político Rodrigues Dória, escrito em 1915 e intitulado *Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício*, que abre a coletânea, e é referência para alguns dos outros artigos publicados em seguida:

A raça preta, selvagem e ignorante, resistente, mas intemperante, se em determinadas circunstâncias prestou grandes serviços aos brancos, seus irmãos mais adiantados em civilização, dando-lhes, pelo seu trabalho corporal, fortuna e comodidades, estragando o robusto organismo no vício de fumar a erva maravilhosa, (...), inoculou também o mal nos que a afastaram da terra querida (26) [p.13] .

Não há constrangimento algum de Dória em ser racista, afinal a história do Brasil foi construída a partir desse pensamento. Ao longo do último século, a luta das pessoas negras vem transformando a questão sobre a raça, o racismo é um crime inafiançável e imprescritível, no entanto, nossa sociedade está longe de aniquilar sua influência na vida cotidiana e nas instituições brasileiras (27).

A guerra às drogas tomou diversas dimensões, estando diretamente ligada à violência urbana, à constituição do crime organizado e da milícia, à violência policial, à corrupção e ao aprisionamento em massa da população (23). Como apontam diversos estudiosos do tema, o controle sobre as drogas evidencia-se como um dos principais estratégias para o controle geopolítico do Norte sobre o Sul global (28-30). E a questão racial continua sendo atualmente um ponto central nessa problemática, e a população negra e a periférica são as que sofrem as piores consequências: são a maioria entre a população carcerária e a maior parcela dos mortos decorrentes de conflitos com a polícia; são também as principais vítimas do controle higienista estatal por meio dos modelos manicomiais de exclusão: o manicômio propriamente dito e sua vertente contemporânea, as Comunidades Terapêuticas (31, 32).

É importante situar a política de proibição das drogas como um dos mecanismos de controle e subjugação das pessoas negras, pobres e periféricas no Brasil (33); ela é uma das expressões mortíferas do racismo institucional, que ainda opera amplamente na sociedade brasileira, negando direitos a essas pessoas como o direito ao acesso à saúde (34).

As instituições médicas brasileiras, elitistas, continuam ainda hoje a sustentar o discurso da periculosidade das drogas e defendem a manutenção da política proibicionista, assim como advogam pelo investimento em instituições fechadas de tratamento como políticas de saúde. (35) (36) (37) Em *Decálogo sobre maconha* publicado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2019, as entidades sentenciam no primeiro ponto: “A *Cannabis sativa* e a *indica* não podem ser consideradas medicamentos e, portanto, não existe ‘maconha medicinal’”. Nos nove pontos seguintes, elencam problemas sociais e de saúde decorrentes do uso da maconha, tendo como referência um acúmulo de artigos científicos escolhidos sem critérios explícitos (8).

Sobre esse documento institucional, chamaram a nossa atenção a escolha para o título do termo Decálogo com conotação religiosa e a discrepância entre o número de referências citadas para o uso terapêutico (4 artigos), e os 39 outros estudos relacionando a planta a problemas: 3 para dependência, 4 para repercussões sociais, 10 para cognição, 2 para suicídio e 20 para transtornos mentais. Não há sinais diretos de racismo nos 10 mandamentos da ABP, mas a radicalidade em negar os efeitos terapêuticos da *Cannabis* remontam ao discurso médico hegemônico desde o início do século XX e contrasta com as atuais evidências a respeito da relação humana com as drogas e do uso terapêutico de maconha.

Carl Hart, neurocientista norte-americano, vem denunciando vieses racistas nas pesquisas sobre drogas financiadas pelo Nida – *National Institute on Drug Abuse*, que financia quase 90% das pesquisas sobre drogas no mundo, alertando sobre graves problemas metodológicos em muitos artigos importantes para a defesa das drogas como vilãs. Hart é categórico em afirmar que não existem provas convincentes dos malefícios das drogas recreativas para o cérebro, também alertando para o caráter racista e higienista que sustenta o controle da população negra e latino-americana nos Estados Unidos da América (38).

Além disso, e a despeito dos apenas 4 artigos citados pelo *Decálogo* sobre o uso terapêutico da planta, cresceu vertiginosamente o número de publicações sobre uso medicinal de *Cannabis* e as experiências de legalização / regulamentação da maconha em determinados países já é uma realidade, inclusive para fins recreativos, sem acarretar graves problemas. Isso suscita a urgência de discutir o assunto com base na realidade (e história) brasileira.

*Eu até sentia que me rejeitavam por ser “coisa de preto”,  
mas estou entendendo que o plano é antigo e nojento.  
Negam a natureza animal pra chegar mais perto de Deus.  
E, sendo deuses, relegam ao inferno aquilo que não reluz.  
E nem tudo que brilha é ouro, dizem as palavras de Jesus:*

*“O branco é que diz que é superior. Mas que superioridade apresenta o branco? Se negro bebe pinga, o branco bebe. A enfermidade que atinge o preto, atinge o branco. Se o branco sente fome, o negro também. A natureza não seleciona ninguém.”*

*(Cannabis sativa, 2024; Carolina Maria de Jesus, 2014 (39))*

## 1.2 CANNABIS MEDICINAL: FURANDO A BOLHA DO PROIBICIONISMO

A utilização de *Cannabis* para fins medicinais é milenar e sobreviveu a quase cem anos de perseguição pela política de guerra às drogas. Na plataforma PubMed, o primeiro artigo científico sobre o tema é do ano de 1870, um estudo experimental, com diversos conflitos éticos e metodológicos, que demonstrou efeitos adjuvantes da tintura de *Cannabis* para episódios de exaltação de quadros de mania (40). Até 1970, por cem anos, encontram-se anexados apenas 27 artigos naquela plataforma.

Esse cenário se transforma no final do século XX, havendo um acelerado crescimento dos estudos sobre a planta, contabilizando, entre 1970 até os dias atuais, mais de 10 mil estudos sobre o tema, sendo o auge o final da década de 2010, quando

se pode contar mais de mil artigos por ano entre 2018 e 2020. O que mudou tão abruptamente na história que fez retomar a *Cannabis* como recurso terapêutico?

É provável que não exista uma única explicação, mas a confluência de uma série de fatores: a ineficácia da política de guerra às drogas no mundo em eliminá-las, o posicionamento de movimentos sociais antiproibicionistas a favor da legalização das drogas, a divulgação das propriedades farmacológicas (e não farmacológicas) da maconha, sua segurança clínica e, é claro, seu valor comercial e o potencial lucro do mercado canábico.

O movimento pela legalização da maconha cresceu no Brasil sustentado pelos ideais antiglobalização da década de 1990, mobilizado pelo “espírito de Seattle” e que fez insurgir o Fórum Social Mundial e as manifestações organizadas em grupos, coletivos ou associações. É o caso da Marcha da Maconha desde 2002 no Brasil (33).

No campo das ciências, também podemos citar raras (mas importantes) iniciativas de resistência científica a exemplo dos professores Raphael Mechoulam (Israel) e Elisaldo Carlini (Brasil) e suas equipes, que desde a década de 60 estudaram a composição química e a aplicação clínica da maconha: Mechoulam descobriu e isolou o primeiro princípio ativo, o delta-9-tetra-hidrocanabinol (THC); Carlini, em parceria com o primeiro, evidenciou os efeitos anticonvulsivante, sedativos, antipsicóticos e ansiolíticos de outro, o canabidiol (CBD) (22, 41).

Nos últimos anos, alguns países vêm modificando suas leis sobre maconha de uma forma geral. Portugal descriminalizou o uso há quase 20 anos. Espanha e Holanda permitem o uso em situações específicas. Muitos estados norte-americanos legalizaram o uso medicinal e alguns também o uso recreativo e esse mercado obviamente tem se tornado bastante rentável. Na contramão de entregar a questão nas mãos do capital, o Uruguai colocou sob o controle do estado todas as etapas que envolvem plantio, comercialização e distribuição da planta, além de estabelecer o valor de mercado (42).

No Brasil, ainda estamos mais distantes de avanços maiores no campo da legislação. O que parece mesmo ter impulsionado algum grau de “legalidade” sobre a maconha foi o processo de judicialização para fins médicos (43). Ações judiciais em Pernambuco forçaram o Sistema Único de Saúde (SUS) a importar medicamentos à

base de *Cannabis*, por exemplo (44). Isso ocorreu em todo o país: mães de crianças com epilepsias refratárias, principalmente, passaram a solicitar e ganhar *Habeas Corpus* preventivo (instrumento jurídico em defesa do direito à liberdade, impedindo prisões em determinadas circunstâncias) para proteger-se da prisão em consequência de plantarem maconha para extração de óleo para o tratamento de seus filhos e filhas.

A utilização do *Habeas corpus* pode representar iniquidades quando aumenta a garantia de direitos individuais para poucos e exclui a outra grande maioria do mesmo direito – afinal, se há o entendimento de que é legal o cultivo e uso da maconha em determinadas circunstâncias, não seria mais justa uma regulamentação mais democrática? De toda forma, houve um aspecto positivo desse movimento pois, progressivamente, foram se abrindo as portas da justiça para as associações de pacientes obterem mecanismos legais, aumentando exponencialmente a oferta do medicamento (45).

No país, mulheres, mães de crianças com epilepsias de difícil controle, encabeçaram a discussão, articulando-se com os movimentos sociais pela legalização da maconha, instituições de ensino e pesquisa, pressionando a ANVISA a autorizar a prescrição e a importação do subproduto Canabidiol (CBD) para crianças e adolescente com epilepsias entre 2014 e 2015. Em 2016, a Agência avança e amplia os limites, permitindo a importação de produtos com maior teor de Tetra-hidrocanabinol (THC), da planta e de partes da planta (46).

Em 2017, a primeira associação de pacientes, a ABRACE Esperança, localizada em João Pessoa-PB, é a primeira a conseguir cultivar maconha, produzir e distribuir remédio à base da planta. Hoje, a associação conta com mais de 30 mil associados, tem plantação própria e laboratório de ponta (45). Outros coletivos vêm conseguindo autorizações para os mesmos fins, entre elas a Aliança Medicinal, a primeira Associação pernambucana a obter a permissão na justiça (47).

Desde então, os pedidos de autorização cresceram tanto que levaram à atualização da regulamentação em dezembro de 2019 com a publicação de nova Resolução de Diretoria Colegiada, a RDC 327/2019, flexibilizando os trâmites burocráticos para importação e também permitindo a venda de produtos industrializados em território nacional (48). Até maio de 2022, 18 produtos

farmacêuticos estão disponíveis para venda a partir de prescrição médica, os valores variam de R\$250,00 a até quase R\$2.000,00 por frasco (49).

O plantio caseiro ou por coletivos populares se manteve proibido, bem como a comercialização “sob a forma de droga vegetal da planta *Cannabis* spp. ou suas partes, mesmo após processo de estabilização e secagem, ou na sua forma rasurada, triturada ou pulverizada, ainda que disponibilizada em qualquer forma farmacêutica”. (48) Permanece proibido então o uso fitoterápico da planta. Há ainda esperança na aprovação do Projeto de Lei 399 de 2015 que altera o artigo 2º da lei de drogas (Lei 11.343 de 2006) e permitiria a produção e comercialização para fins medicinais das formas vegetais dentro de determinados parâmetros – entre eles a existência de laudo médico que comprove a necessidade do tratamento (50).

Na contramão da abertura ao uso terapêutico da maconha, em outubro de 2022, entre o primeiro e segundo turnos das eleições federais, o CFM publicou a resolução 2.324 de 2022 (51), vetando médicos de prescreverem produtos *in natura* da *Cannabis* e permitindo a prescrição apenas do derivado canabidiol estritamente para epilepsias refratárias. Essa resolução deixou descoberta a prescrição para pessoas que vem se beneficiando de situações como fibromialgia, dores crônica, autismo e demências. A resolução também entra em conflito em vetar a prescrição dos produtos *in natura*, como os óleos, disponibilizados pelas diversas associações aos seus milhares de associados. A repercussão social com mobilização popular crítica à resolução levou o Conselho a suspendê-la poucos dias depois e a abrir consulta pública.

Embora isso signifique algum avanço, num país onde a questão da pobreza atravessa o acesso à saúde e à garantia de outros direitos, limitar a permissão apenas para os produtos industrializados favorece a parte da população com condições financeiras para comprá-los, mas mantém clandestino o acesso de inúmeros usuários das formulações artesanais (46). Isso poderia ser justificado se houvesse comprovação de que os produtos industrializados fossem mais eficazes e/ou seguros que os artesanais, mas parece não haver literatura científica para sustentar essa premissa, e na prática clínica, esses produtos estão sendo utilizados em diversos casos com bons resultados e tolerabilidade - no segundo capítulo iremos apresentar

o estado da arte do conhecimento científico sobre uso medicinal de maconha, e a maior parte das metanálises consultadas incluem pesquisas com óleos artesanais.

A abertura pela ANVISA exclusivamente ao mercado industrial da *Cannabis* levanta questionamentos sobre o acesso universal e equânime aos produtos, além de acender inquietações acerca dos interesses do mercado farmacêutico. A interferência dessa indústria com objetivo de obter mais lucros não seria novidade (52) e assim torna-se fundamental entender os conflitos relativos a não permissão dos produtos artesanais (considerando também o plantio para produção caseira).

Um outro tópico relevante é que o atual estado legal da maconha medicinal tende a realçar a judicialização como caminho prevalente para acesso ao medicamento de origem estrangeira, onerando o SUS (44, 53). A BI podem auxiliar a reflexão sobre o uso dos produtos artesanais como opção de acesso ao tratamento fora do espaço farmacêutico, podendo representar uma resistência às forças capitalistas.

Essa maneira conflituosa de tratar a questão do uso terapêutico de maconha pode ser mais uma forma de reprodução das divisões sociais promovidas pelo capital que excluem as pessoas mais pobres. No entanto, o protagonismo delas, especialmente de mulheres negras, a exemplo do coletivo Mães Independentes<sup>1</sup> em Pernambuco, tem tensionado as instituições a reconhecer o plantio caseira como possível e efetivo.

Souza & Santos (54) discutiram o processo atual de medicalização da *C. sativa*, considerando 4 dispositivos: o jurídico-legal, o ético-moral, o histórico-social e econômico e constataram um processo de “conversão ambivalente”, no qual o discurso médico-científico vem operacionalizando uma “purificação” da *Cannabis* a partir de uma “pedagogia cultural”, gerando compreensões conflitantes entre maconha (“uma droga que faz mal”) e *Cannabis* (“uma droga que faz bem”). Eles afirmam:

(...) se no âmbito do dispositivo jurídico-legal encontramos, em grandes linhas, a diferença binária entre usuário e vendedor-trafficante e no âmbito do dispositivo ético-moral encontramos o viciado e o vendedor-trafficante, no escopo do dispositivo medicalização-biovalor (e, portanto, sob o ponto de vista da saúde, por assim dizer), teríamos, ao mesmo tempo, a reiteração do

---

<sup>1</sup> Mães Independentes é um coletivo pernambucano que se formou da união de mulheres que possuem *Habeas corpus* individuais para cultivo de *Cannabis* para fins medicinais em prol de seus filhos.

dependente químico (como uma marca dos dispositivos anteriores) e a emergência do paciente-consumidor de fármacos e tratamentos, do prescritor e da indústria farmacêutica ou do bem-estar (chancelada pelos regramentos comerciais transnacionais avalizados pelo estado, com as regras de patenteamento, direitos autorais, tributação financeira, acordos internacionais, commodities etc.). É certo, como já se disse, que há intersecções entre eles e que os dispositivos jurídico-legal e ético-moral são ressignificados nesta articulação com o dispositivo medicalização-biovalor, com novas figuras jurídico-legais e ético-morais emergindo desde aí (...) e se inscrevendo, gradativamente, em uma nova normalidade (54).

Neste trabalho “maconha” e “*Cannabis*” estão sendo tratados como a mesma entidade – e como sinônimos – e a nossa pergunta de pesquisa, de forma implícita, busca problematizar as questões bioéticas decorrentes desse tratamento ambivalente sobre a mesma planta e sobre seus derivados.

*Aqui, basta uma paráfrase:*

*Mas que superioridade apresenta o branco?*

*Se negro fuma maconha, o branco também fuma...*

*Mas não é a lei da natureza que seleciona, Carolina:*

*enquanto o branco toma maconha, o negro leva fumo.*

*(Diamba, 2024)*

## 2 ASPECTOS TÉCNICOS E EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS: EXISTE OU NÃO EXISTE MACONHA MEDICINAL?

O discurso médico, com bases científicas racistas, atrelou riscos ao uso da planta que suplantariam os seus benefícios. Como a prática clínica estabelece-se com o balanço entre riscos e benefícios das intervenções indicadas, parece que os efeitos terapêuticos conhecidos até então foram ofuscados pelos problemas elencados naquele contexto. Até 2019, no já mencionado Decálogo sobre maconha(8), a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) consideravam não existir “maconha medicinal”, negando a atual realidade concreta de utilização da planta para diversos fins.

Há quem defenda o caráter neutro da ciência e rejeite a hipótese de uma justificativa político-social para a proibição. Já deixamos explícito que esse não é o nosso caso; acreditamos que a postura científica tem mais a ver com duvidar do que com neutralidade. Assim, aceitamos a provocação da pergunta: independente dos atravessamentos sociais, a maconha de fato representa um risco à saúde individual das pessoas a ponto de ter seu uso clínico proscrito? O que mudou no conhecimento científico atual que está contribuindo com a nova tendência do uso médico?

Para averiguar o estado científico, fizemos uma revisão da literatura sobre o uso clínico da *Cannabis* e seus derivados na base de dados da PubMed, onde predominam estudos de âmbito mundial e é a base de dados com maior número de publicação sobre o tema. Complementamos esse estudo com a revisão de outras duas bases de dados internacionais: a Cochrane Library e a Embase.

E com intuito de mapear a produção acadêmica nacional e latino-americana, fizemos uma pesquisa na base de dados da LILACS e da Scielo, principais repositório da produção científica latino-americana no campo da saúde. Aproveitamos ainda este capítulo para explorar a produção acadêmica do campo da bioética sobre o tema.

Antes da pesquisa nas bases de dados, como ainda não trouxemos nenhuma informação sobre os aspectos farmacológicos e clínicos da maconha, vamos iniciar o capítulo com a revisão da literatura cinzenta com objetivo de abordar as principais

premissas em sua abordagem na clínica.

## 2.1 INFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE O MANEJO CLÍNICO DA *CANNABIS*

Apresentaremos brevemente algumas informações relevantes para o uso clínico da maconha e seus derivados com intuito de aproximar o leitor e a leitora da prática prescritiva. Nosso objetivo não é aprofundar esse tópico, mas existem especificidades farmacológicas e na prática de manejo que não são encontradas em outras medicações e que devem ser abordadas para uma melhor compreensão do assunto.

Neste tópico, escolhemos utilizar como referência principal o Tratado de Cannabis medicinal – fundamentos para a prática clínica, organizado pela psiquiatra brasileira Ana Gabriela Hounie (55), publicado em 2022, e que possivelmente se tornará uma referência para prescritores dado o conteúdo robusto e a credibilidade gozada pela Dra. Hounie e demais autores. Também a partir da minha vivência como prescritor, abordaremos de forma sucinta: as características botânicas e o cultivo, a fitoquímica e as apresentações farmacêuticas, o sistema endocanabinoide e as aplicação clínica dos fitocanabinoides em humanos, o desafio da posologia e os principais efeitos indesejados.

### 2.1.1 CARACTERÍSTICAS BOTÂNICAS E CULTIVO

*Cannabis* é uma herbácea de origem asiática pertencente à ordem das Rosales, família *Cannabaceae*, com capacidade adaptativa que facilitou sua multiplicação pelo planeta há pelo menos 6 milhões de anos e com registro milenar de seu uso pela humanidade. Tradicionalmente, reconhecem-se três principais espécies: *Cannabis sativa*, *C. indica* e *C. ruderalis*, embora estudos genéticos e moleculares mais recentes constatarem tratarem-se de apenas uma espécie *C. sativa*,

mas com uma variedade fenotípica de acordo com as condições regionais e climáticas. São plantas de crescimento rápido, resistentes a altas temperaturas, à alta luminosidade, e à escassez de água (56).

Em relação a sua reprodução, as plantas podem ser do sexo macho, de onde nascem apenas flores masculinas e são responsáveis pela produção do pólen, ou podem ser fêmeas (apenas com flores femininas), sendo as responsáveis pela produção de canabinóides através dos tricomas (glândulas de resina) de suas flores. Apenas as fêmeas são de interesse para o uso medicinal, sendo o macho descartado assim que identificado na plantação para esse fim (56).

A forma de propagação vegetal pode ocorrer a partir das sementes (via sexuada) ou por estaquia – forma assexuada através de estímulo para o enraizamento de caules ou folhas. Os dois métodos têm sido usados por cultivadores e possuem vantagens e desvantagens que não iremos analisar aqui. Atualmente existem sementes selecionadas por características genéticas e tecnologias agrícolas para otimizar o cultivo das plantas segundo fenótipo desejado pelo cultivador. O cultivo pode ocorrer ao ar livre (*outdoor*), tendo um custo menor, mas maior dificuldade em relação ao controle do ambiente e da expressão fenotípica esperada, ou pode ainda se dar em espaço interno (*indoor*), apresentando maior custo com equipamentos e consumo energia para criar as condições ideais para garantia de plantas com as características químicas desejadas (56).

Para a pesquisa e para a aplicação clínica, a uniformização do medicamento ao longo do tempo é importante, pois variações dos componentes químicos podem levar a resultados clínicos diferentes, ao menos teoricamente. Na experiência prática com o acompanhamento de pessoas em uso de óleo artesanal (e forma de cultivo *outdoor*) essa variação não costuma ser um obstáculo, uma vez que os próprios usuários aprendem a lidar com essas variações ajustando suas doses para mais ou para menos. O desafio maior nesse contexto é saber exatamente quais compostos e quais suas concentrações no produto final – considerando o fenótipo esperado para determinada semente em relação com o ambiente e ainda levando em conta o método de extração.

## 2.1.2 FITOQUÍMICA E APRESENTAÇÕES FARMACÊUTICAS

Dos mais de 700 compostos químicos da *Cannabis*, os fitocanabinoides e os terpenos são os princípios ativos mais importantes para fins terapêuticos (57).

Entre os cerca de 200 fitocanabinoides, destacamos os 4 primários: o tetraidrocanabinol (THC) é a substância psicoativa responsável pelo inebriamento, tem elevada lipofilia, facilitando sua absorção pelo organismo. É o fitocanabinoide mais encontrado nas plantas. O canabidiol (CBD) é o segundo canabinoide mais encontrados nas plantas, não tem efeitos intoxicantes, sendo o produto mais comum de ser encontrado em formulações farmacêuticas comerciais e é vendido em alguns países como suplemento alimentar em concentrações variadas. O canabigerol (CBG) e o canabicromeno (CBC) são canabinoides primários menos estudados com possíveis efeitos antidepressivos e analgésicos, entre outros (57, 58).

Os terpenos não são substâncias exclusivas da *Cannabis*, são responsáveis pelo aroma característico, tendo ação anti-inflamatória, broncodilatadora, inibidora da acetil colinesterase, sedativas, antiparasitárias, ansiolíticas, entre outras (57).

O THC e o CBD são os dois princípios ativos mais estudados e a grande maioria dos produtos disponíveis são prescritos e comercializados baseados na concentração de um deles, por exemplo, hoje nas farmácias comuns, podem-se comprar Extrato de Cannabis 79,14mg/ml da Mantecop Farmasa (59), que corresponde a 47,5mg/ml de CBD e menos de 0,2% de THC ou o Mevatyl com 27mg/ml de THC e 25mg/ml de CBD (60).

As apresentações farmacêuticas são muito diversas, havendo uma variação imensa de características químicas e de concentrações – questão que pode ser um dificultador para a pesquisa clínica. A forma em óleo ou tintura é a mais comum no Brasil, sendo encontrados também cremes, pomadas e pastas. A utilização da erva *in natura* para inalação (com vaporizador) e uso fumado também são vias comuns na prática clínica e nos estudos (61).

Nas situações de produção mais artesanal (cultivo próprio ou a maior parte das associações de pacientes), não há tecnologias para aferição de concentrações das

substâncias, sendo realizada uma projeção de acordo com o fenótipo da planta – se é uma subespécie mais rica em CBD ou em THC, portanto produzindo substrato rico em um ou outro canabinoide. A partir do extrato diluído em algum excipiente (geralmente óleo vegetal), podem ser produzidos óleos de maior ou menor concentração. Tradicionalmente são 3 tipos de apresentações encontradas nas associações: óleos ricos em CBD, óleos ricos em THC e óleos mistos (extrato rico em CBD e extrato rico em THC numa proporção 1:1) com concentrações entre 1% (do extrato em óleo vegetal) a até 6% (ou até mais em certos casos) (62).

A extração completa do substrato da maconha gera produtos conhecidos como *full spectrum*, mas a partir da manipulação farmacêutica, existem produtos com CBD o THC isolados, outros com exclusão apenas do THC, mantendo demais compostos (*broad spectrum*) e há estudos também com derivados sintéticos. O uso de formulações *full spectrum* tem sido defendida por alguns clínicos pelo efeito “comitiva” ou efeito “*entourage*” – ação conjunta dos fitocanabinoides que teria o benefício de potencializar efeitos benéficos e controlar efeitos colaterais (58).

### 2.1.3 SISTEMA ENDOCANABINOIDE E A APLICAÇÃO CLÍNICA DOS FITOCANABINOIDES

O sistema endocanabinoide é um sistema endógeno presente na maioria dos animais vertebrados importante para modulação das funções homeostáticas corporais. É constituído, até onde se sabe, por dois receptores canabinoides CB1 (com presença abundante no Sistema Nervoso Central) e CB2 (tecidos periféricos, especialmente em células imunológicas) e por duas principais moléculas endógenas ligantes (endocanabinoide): anandamida (AEA) e 2-araquidonil-glicerol (2-AG), que funcionam usualmente como mensageiros retrógrados na sinapse nervosa por diversos mecanismos (63).

Não cabe aqui a descrição do complexo mecanismo funcional do sistema endocanabinoide, mas de forma geral a ativação dos receptores leva à supressão da excitabilidade neuronal e à inibição da liberação de neurotransmissores induzida pela

despolarização que podem resultar em uma infinidade de modulações a depender da via neuronal onde ocorre (63).

Do ponto de vista clínico, os fitocanabinoides regulam a atividade do sistema endocanabinoide pela ação nos receptores CB1 e CB2, justificando muitas de suas ações terapêuticas. O THC é um agonista parcial de CB1 e CB2, possuindo ações analgésica, relaxante muscular, antiespasmódica, broncodilatadora e é um potente anti-inflamatório. Além disso, tem sido usado para o tratamento adjuvante do câncer por sua ação antiemética e de aumento do apetite. Possui propriedade antidepressiva, sendo estudada para tratamento complementar da depressão maior e do transtorno do estresse pós-traumático (58).

O CBD tem baixa afinidade com os receptores canabinoides, mas possui outros mecanismos de ação que lhe conferem ações anticonvulsivantes, analgésicas, anti-inflamatórias, antiemética, antidepressivas, ansiolíticas, antipsicóticas, antioxidantes, neuro protetoras, antiproliferativas e pró-apoptóticas (importante no combate ao câncer), entre outras (58).

#### 2.1.4 O DESAFIO DA POSOLOGIA

A posologia para cada situação clínica e para cada pessoa não está bem estabelecida, e há entendimento prático de que cada pessoa vai atingir doses individuais para ter uma resposta favorável, ou seja, a dose alvo é singular para cada indivíduo e uma das tarefas na prescrição de maconha medicinal é “descobrir” a dose ideal de cada pessoa. Isso é válido para todas as apresentações, artesanais ou não, e no geral, iniciamos o tratamento com doses mais baixas e indica-se aumento dessa dose a cada semana até observar resposta terapêutica, podendo também ser reduzida em caso de efeitos colaterais (64).

Há, portanto, a necessidade de uma autoavaliação por parte dos indivíduos em busca da melhor dose para sua situação – essa informação precisa ser explicada para os pacientes. Observamos também que nem sempre doses mais altas são as melhores doses, então orientamos os pacientes a estarem atentos à dose que melhor

trouxe benefícios (64).

Essa pode ser uma questão problemática para modelos de pesquisas clínicas que costumam ter protocolos rígidos. A aplicação clínica também é um desafio, habitualmente superado pelo diálogo entre prescritores e pacientes.

### 2.1.5 PRINCIPAIS EFEITOS COLATERAIS

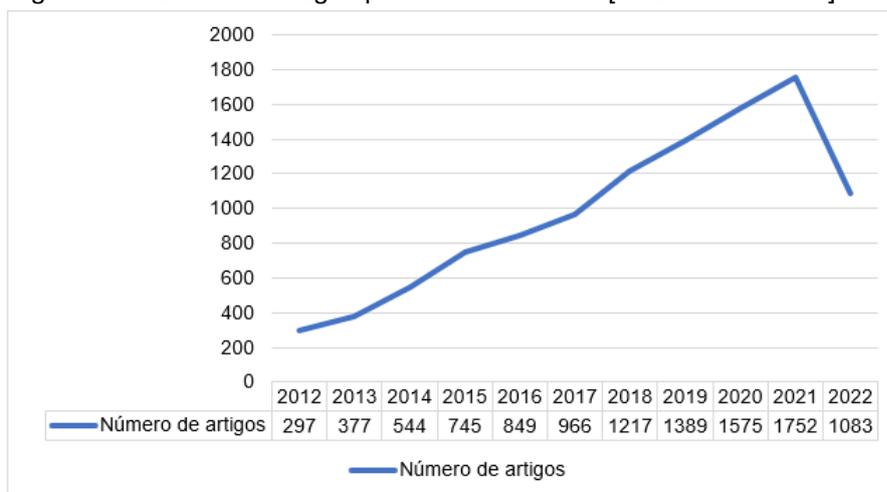
A maioria dos efeitos indesejados relacionados aos produtos de maconha são considerados leves e passageiros, sendo os mais comuns: sedação, tontura, alteração do apetite, fadiga, mal-estar, erupção cutânea, infecções gerais, boca seca, dor de cabeça, diarreia, náusea, bradicardia, hipotensão, vasodilatação, insônia, paranoia, psicose, euforia, ansiedade, alteração da percepção da realidade e alteração de enzimas hepáticas (59) (60).

É mais comum que esses efeitos ocorram com produtos com CBD ou THC isolados. Supõe-se que o CBD é um protetor contra os efeitos indesejados relacionados ao THC, tais como: ansiedade, paranoia, taquicardia, fome e sedação (58).

## 2.2 REVISÃO SISTEMÁTICA EM BASES DE DADOS INTERNACIONAIS

Como já foi dito, desde a década de 2010, há um crescimento vertiginoso das pesquisas sobre maconha. Na figura 1 podemos observar o número de artigos publicados por ano na PubMed, nos últimos dez anos, incluídos na pesquisa por “medical cannabis” (All Fields), que somam 10.794 até 31 de julho de 2022. Obviamente as publicações não são todas sobre o uso clínico em humanos, agregando também pesquisas experimentais, sociais, epidemiológicas, sobre uso veterinário e sobre problemas relacionados ao uso não-médico (especialmente uso recreativo e abusivo).

Figura 1 – Número de artigos por ano na PubMed [Medical Cannabis]



Fonte: pesquisa do autor, 2023

Como nosso objetivo é saber a relação entre riscos e benefícios do uso medicinal da maconha, não nos interessaram as pesquisas dos outros temas, então nosso foco foi nas pesquisas clínicas. Considerando a quantidade de artigos encontrados, ficamos curiosos para saber se já havia estudos com metanálise, método estatístico considerado “padrão-ouro” na medicina baseada em evidências, e, ao inserir o filtro *Meta-analysis*, restaram 159 estudos. A figura 2 demonstra a distribuição das metanálises ao longo dos últimos 10 anos.

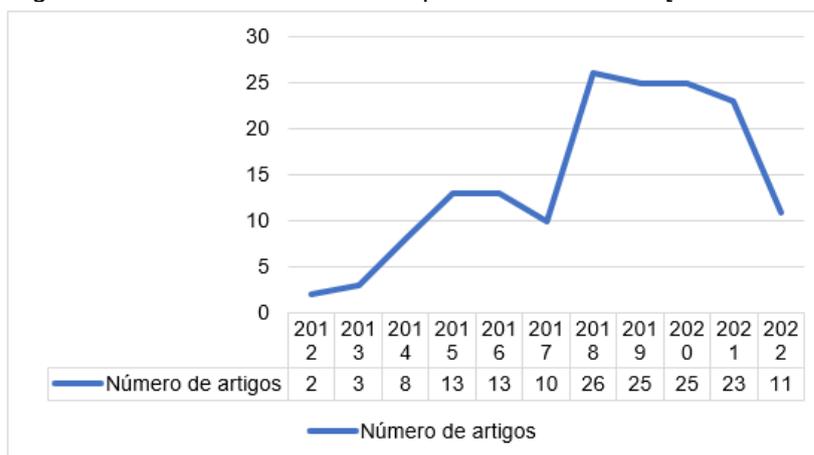
Observando a quantidade desses estudos, consideramos que a análise deles seria suficiente para responder à pergunta deste capítulo, então incluímos na revisão final 110 artigos de revisão com metanálise publicados nos últimos 5 anos (de janeiro de 2018 a julho de 2022), que correspondem justamente ao topo da segunda montanha no gráfico da figura 2.

Dentre esses, 83 artigos foram excluídos porque: 67 não tratavam do tema do uso medicinal de maconha (eram estudos sobre uso recreativo, uso problemático, sobre características da planta ou estudo com modelo animal), 4 não eram estudos do tipo metanálise e 12 estavam duplicados.

Em uma segunda análise dos artigos excluídos, dois mereceram a nossa atenção por serem “revisão de revisões”: Nielsen *et al* (65) acerca do uso medicinal de *cannabis* para Esclerose Múltipla com resultados promissores, e Allan *et al* (66)

verificaram potenciais terapêuticos para tratamento adjuvante no câncer. Eles foram integrados aos primeiros 27 artigos incluídos, somando 29 incluídos da base da PubMed.

Figura 2 - Número de Metanálises por ano na PubMed [Medical Cannabis]



Fonte: pesquisa do autor, 2023

Considerando que a revisão em mais dados de bases reforça a qualidade do estudo, ainda revisamos duas outras bases: a Cochrane Library e a Embase. Nessas bases, buscamos direto as metanálises dos últimos 5 anos (2018 a julho de 2022) para o mesmo descritor. Na primeira, foram encontrados 6 artigos de revisão (duas metanálises que foram incluídas para análise) e na segunda, encontramos 17 estudos, mas apenas um foi incluído. Por tanto, em nossa análise final foram analisados 32 artigos. A figura 3 apresenta os trabalhos incluídos por ano de publicação.

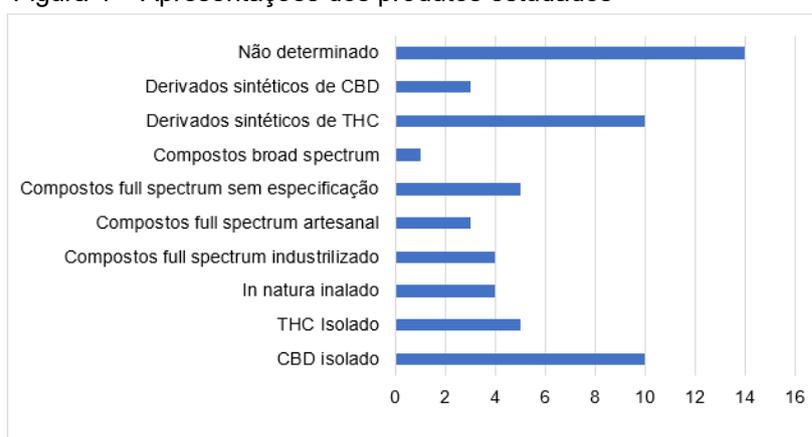
Figura 3 – Artigos incluídos por ano de publicação



Fonte: pesquisa do autor, 2023

A revisão englobou artigos heterogêneos em diversos aspectos: foram mais de dez entidades clínicas estudadas para efeitos terapêuticos, efeitos adversos ou ambos; e poucas revisões tinham uniformidade quanto à apresentação farmacêutica ou do princípio ativo dos produtos usados nas pesquisas (muitas não determinam quais eram eles), variando desde os derivados sintéticos de THC e CBD, passando pelos extratos vegetais e até mesmo o uso inalado (vaporizado ou fumado) – a figura 4 expõe a diversidade de produtos incluídos.

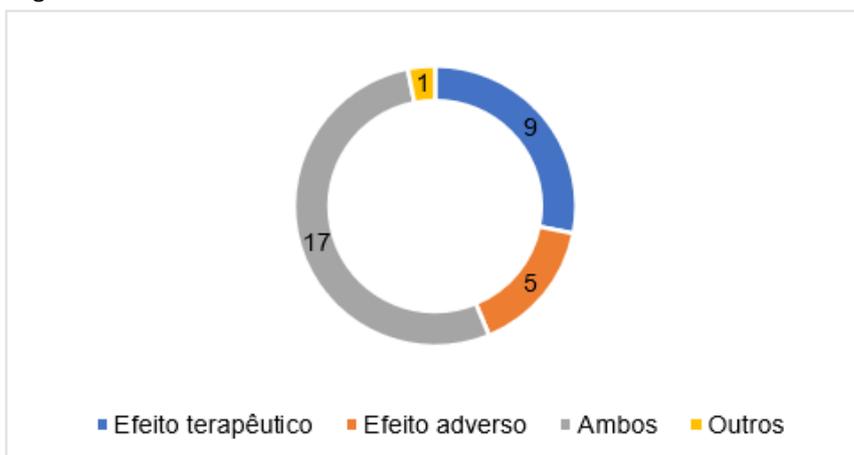
Figura 4 – Apresentações dos produtos estudados



Fonte: pesquisa do autor, 2023

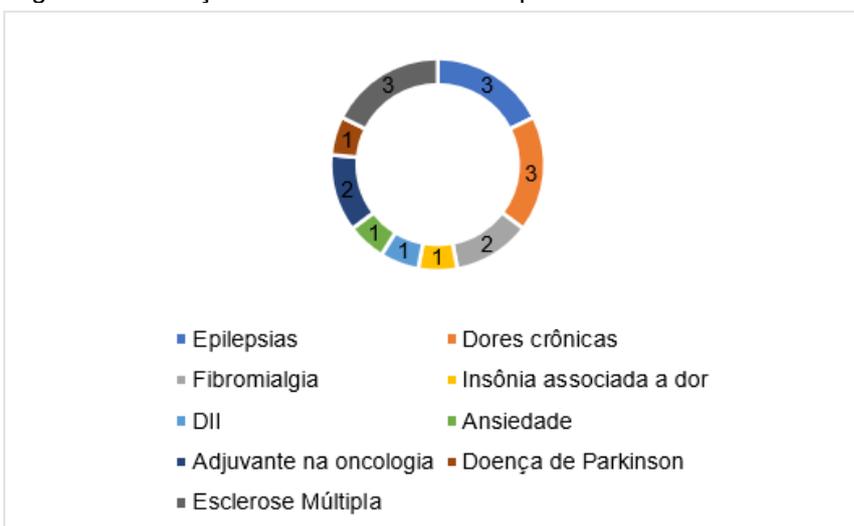
Mais de 79% (23) dos artigos estudaram os efeitos terapêuticos para alguma condição, enquanto 65% (19) analisaram efeitos adversos (figura 5). Considerando a opinião final dos autores sobre a análise de suas revisões, 14 metanálises concluem que há evidências promissoras para as seguintes patologias (figura 6): epilepsias, dores crônicas, insônia associada a dores crônicas, tratamento adjuvante na oncologia, Doença de Parkinson, Doença Inflamatória Intestinal, fibromialgia, ansiedade e Esclerose Múltipla. E nove artigos concluíram que há insuficientes evidências para cinco situações: demências, transtornos mentais (dois artigos incluíram uma miscelânea de transtornos diferentes), dores crônicas, colite ulcerativa e adjuvante no tratamento do câncer (figura 7).

Figura 5 – Efeito estudado



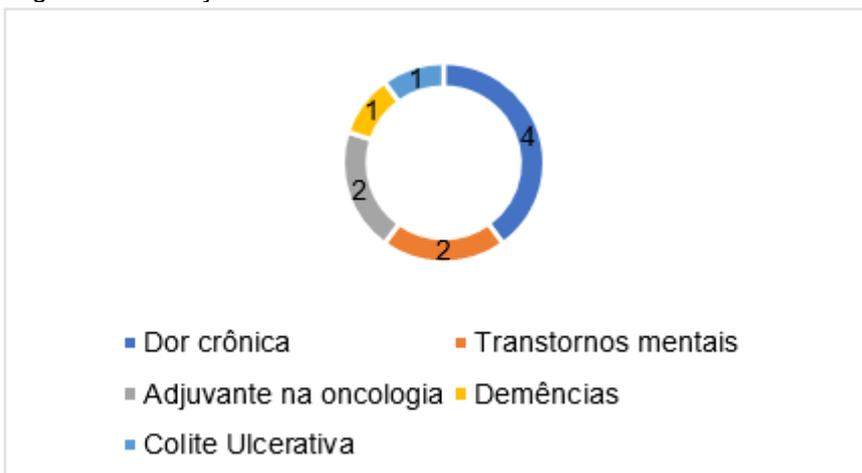
Fonte: pesquisa do autor, 2023

Figura 6 – Situações clínicas com estudos promissores



Fonte: pesquisa do autor, 2023

Figura 7 – Situações clínicas com baixa evidência



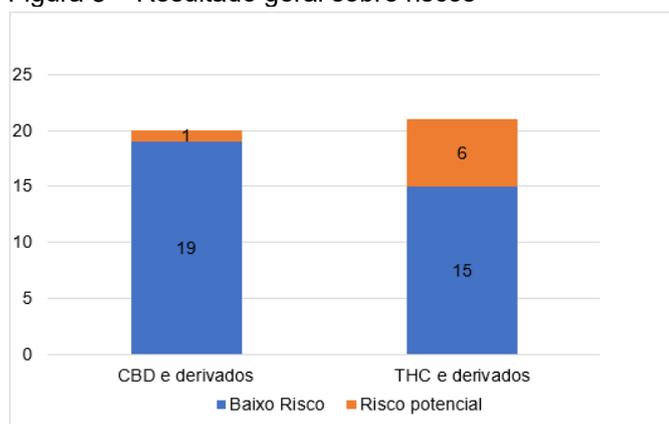
Fonte: pesquisa do autor, 2023

Duas situações clínicas tiveram resultados conflitantes: dor crônica (três artigos mostraram evidências promissoras contra quatro que concluíram por baixa evidência) e o uso como adjuvante no tratamento do câncer (dois com evidências promissoras contra dois com baixa evidência). É importante salientar que os estudos tiveram metodologias e critérios de inclusão não uniformes. Atefeh Noori *et al* (67), por exemplo, avaliaram estudos que introduziram derivados de maconha em pacientes com dor crônica que estavam em uso de opioides e mostraram pouca eficácia da introdução de *Cannabis* no alívio da dor, enquanto Aikaterini Amaniti *et al* (68) estudaram o efeito na dor neuropática relacionada ao HIV e perceberam bom efeito de maconha na forma fumada.

Em relação aos riscos do uso medicinal de maconha, exploramos as conclusões dos autores referentes os efeitos atribuídos ao THC ou ao CBD. Dos 17 artigos que estudaram efeitos adversos, 16 concluíram pelo baixo potencial de risco do CBD (contra um que atribui risco considerável); em relação ao THC, 12 concluíram pelo baixo risco contra 6 que evidenciaram riscos maiores (figura 8).

Os principais efeitos atribuídos ao CBD descritos incluíram: tontura, sonolência, diarreia, diminuição do apetite, fadiga, aumento de transaminases (enzimas hepáticas) e vômitos. Ao THC: tontura, sonolência, euforia, irritabilidade, desorientação ou confusão, hipotensão, dormência, ataxia, espasmos musculares, zumbidos, visão turva. Vale salientar que a certeza da associação entre os canabinóides e tais efeitos não foi uniforme em todos os estudos, apresentando em algumas situações pouca relação quando comparados com o placebo. Não ocorreram efeitos adversos severos estatisticamente relevantes comparados ao placebo.

Figura 8 – Resultado geral sobre riscos



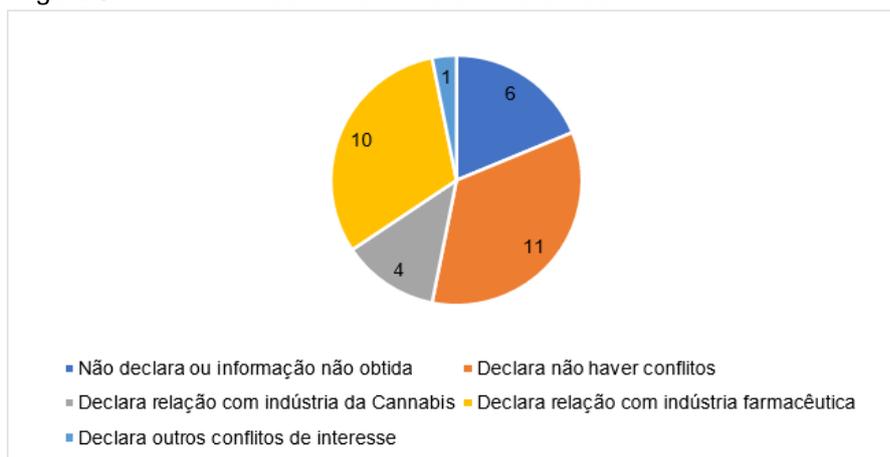
Fonte: pesquisa do autor, 2023

Outro aspecto analisado na nossa revisão foi a declaração de conflitos de interesses pelos autores dos artigos (figura 9): 10 artigos declararam não haver conflitos de interesses, nove referiram relação com a indústria farmacêutica, três com a indústria canábica, um declarou relação com instituição promotora de eventos pró-cannabis. Em seis não havia informações sobre conflitos de interesses.

Quando verificamos as conclusões por conflitos de interesses (Figura 10), podemos destacar que a maioria dos artigos, em todas as situações de conflito de interesse, revela riscos baixos. Da mesma forma, há um expressivo número de artigos que concluem com resultados promissores em todas as circunstâncias. Entre os 10 que declaram conflitos por relação com a indústria farmacêutica, há um equilíbrio entre os resultados terapêuticos (quatro defendem o uso da *Cannabis*, quatro informam haver evidências fracas que justifiquem o uso), mas seis revelam riscos baixos contra dois que apontam riscos mais elevados.

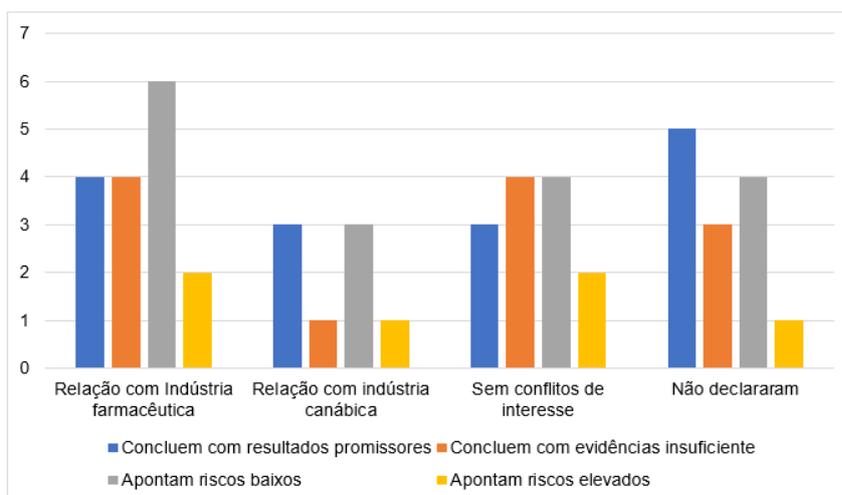
Dos quatro que referem conflitos com a indústria canábica, três concluem a favor da maconha (tanto para o efeito terapêutico, como para o risco), e um aponta o contrário. Entre aqueles sem conflitos de interesses, há um equilíbrio de resultados; já entre os artigos que não declararam nada, há uma maioria de artigos que apoiam os efeitos terapêuticos e os riscos baixos.

Figura 9 – Resultado sobre conflitos de interesses



Fonte: pesquisa do autor, 2023

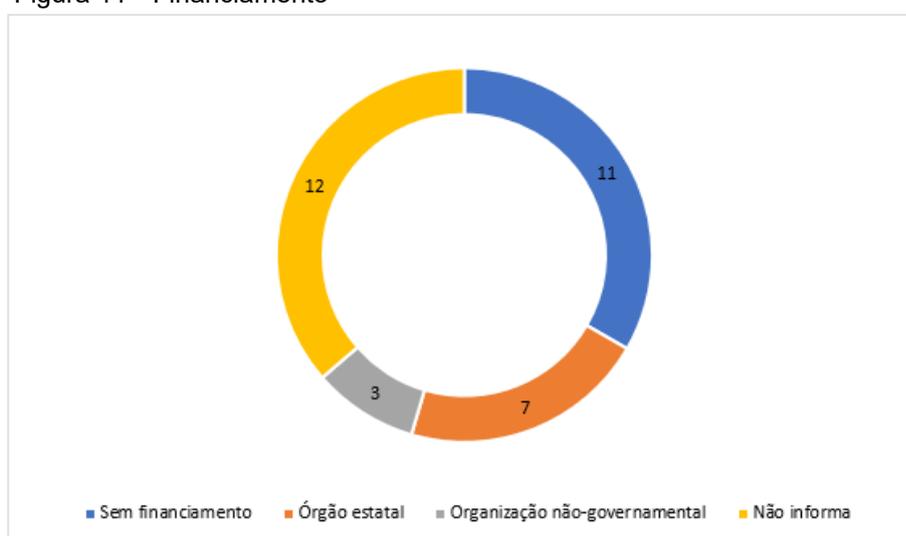
Figura 10 – Conclusões por conflito de interesse



Fonte: pesquisa do autor, 2023

Para finalizar, identificamos se as revisões tiveram financiamentos pra suas realizações; na figura 11, observamos que a maioria delas (12) não informa se houve ou não financiamento. Entre as que informam, 11 declaram não ter sido financiadas, sete tiveram recursos de instituições governamentais de países europeus e dos Estados Unidos e três de Organizações não-governamentais.

Figura 11 - Financiamento



Fonte: pesquisa do autor, 2023

Praticamente todos os estudos assinalam para algumas fragilidades: amostras não homogêneas e em pequena quantidade de participantes nas pesquisas clínicas,

ausência de padrões avaliativos, variedade dos produtos quanto à apresentação, posologia e vias de administração.

Então, o que podemos concluir com esses dados? Não coube aqui a realização de uma “metanálise de metanálises” para ratificar ou não o nível de evidência, tampouco tivemos interesse em revisar estatísticas para avaliar as conclusões de cada revisão; a princípio, decidimos confiar (entre parênteses) na neutralidade da conclusão dos pesquisadores.

Voltemos à nossa pergunta: a maconha representa um risco à saúde individual das pessoas a ponto de ter seu uso clínico proscrito? Embora haja descrição de efeitos indesejados, não identificamos nenhum risco cuja gravidade anulasse possíveis benefícios; ao contrário, a maioria das revisões demonstram um perfil de baixo risco. Quanto aos efeitos terapêuticos, apenas os estudos sobre epilepsias são seguros em afirmar os resultados positivos da maconha, as demais situações apresentam baixo ou médio poder de certeza. Ainda se precisam mais estudos, mas isso não quer dizer que a maconha não traga benefícios diversos, quer dizer que precisamos pesquisar mais e melhorar a qualidade dos estudos. Portanto, não há evidências que expliquem a proscrição do uso médico da maconha, e há muitas informações para justificar o investimento em pesquisas sobre a planta para entender seus riscos e benefícios.

O que mudou no conhecimento científico atual que está favorecendo a nova tendência do uso? A resposta a essa pergunta não está nas estatísticas, e precisamos ampliar nosso olhar em busca de vieses de pesquisas e influências externas na interpretação dos dados. Pereira *et al* (69), uma equipe de pesquisadores brasileiros, denunciam vieses de distorção em artigos de ensaio clínico controlado, acusando autores de fazerem afirmações a favor de derivados canábicos não correspondentes às estatísticas apresentadas. Analisando a tabela apresentada por esses autores com a transcrição das conclusões principais dos ensaios, percebemos que muitos não negavam seu baixo valor estatístico, ou seja, houve uma hiper estimativa em relação ao que Pereira *et al* consideraram vies de distorção, ou ao menos, estamos interpretando os dados de forma discordante.

Sobre a questão da neutralidade na ciência médica contemporânea, ainda que embasada pela suposta exatidão dos números, não podemos dizer que eles eliminam

as manipulações para favorecer interesses externos. Isso não é novidade no campo de estudos sobre as drogas. Já citamos Carl Hart, neurocientista norte-americano, aponta vieses de distorção nos principais estudos sobre os malefícios de drogas como as anfetaminas, a cocaína e a maconha, acusa o NIDA (*National Institute on Drug Abuse*), departamento ianque sobre o assunto de enviesar os resultados em desfavor das substâncias em nome da política proibicionista e do encarceramento da população negra (38).

Portanto, é preciso reconhecer que estamos entrando em um campo complexo, com disputas entre múltiplas inclinações econômicas, sociais e culturais, englobando situações emergentes e persistentes em bioética. Essas evidências, reforçam a necessidade de uma atuação clínica alinhada com a compreensão política da vida. Os dados apresentados até aqui apontam que a maconha não é um produto desconhecido cientificamente e, mesmo requerendo prudência e precaução, a proibição de seu uso não parece ser a melhor forma de prevenir os danos e os riscos e, por outro lado, ainda gera vulnerabilidade à parcela mais frágil da população.

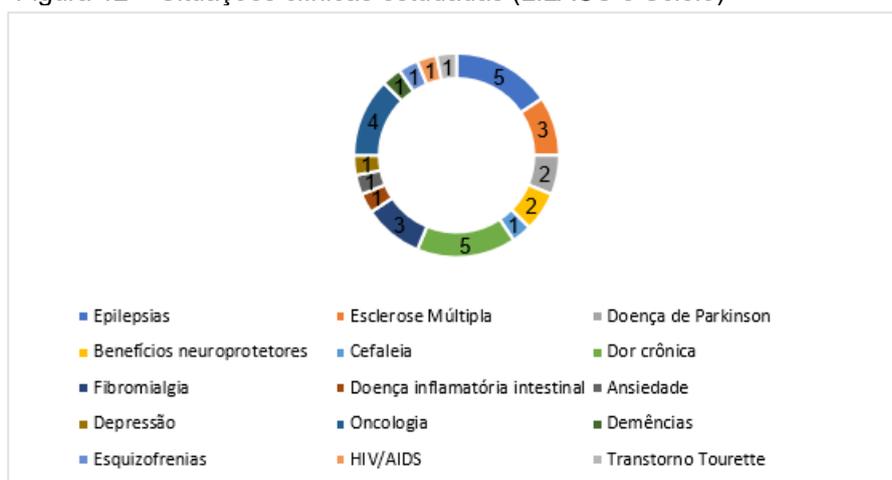
### 2.3 PESQUISA COM CANNABIS MEDICINAL NA AMÉRICA LATINA E BARBADOS

Com intenção de conhecer o estado da arte da produção acadêmica na América Latina, realizamos também uma pesquisa na base de dados da LILACS e da Scielo nos últimos 10 anos. Utilizamos o mesmo descritor: “medical cannabis” (e seu equivalente em espanhol “marihuana medicinal”), sendo encontrados 79 artigos na primeira base de dados e 80 na segunda, um total de 159 estudos - números infinitamente menores que os encontrados nas plataformas internacionais. Encontramos um artigo originado de Barbados (Caribe), e o incluímos em nossa análise.

Um total de 113 trabalhos (71%) foram publicados nos últimos cinco anos e esse foi o recorte de tempo escolhido para esta análise. Restringindo-se aos artigos com a temática do uso terapêutico de maconha entre 2018 a 2022, analisamos 17 artigos: apenas uma metanálise, duas revisões sistemáticas e 12 revisões narrativas,

além de um estudo epidemiológico e um guia de condução clínica. As situações clínicas estudadas são descritas na figura 12; destaque para as epilepsias e dores crônicas, cada uma com cinco estudos e para o tratamento adjuvante na oncologia, com quatro estudos e fibromialgia com três. Na grande maioria dos artigos (13), não havia informações sobre conflitos de interesse; quatro declararam não haver conflitos de interesses. Nenhum expressou ou negou ter tido algum financiamento.

Figura 12 – Situações clínicas estudadas (LILACS e Scielo)



Fonte: pesquisa do autor, 2023

Por motivos econômicos e imperialistas, os países em desenvolvimento têm baixa produção de pesquisas clínicas próprias, e, portanto, já esperávamos encontrar uma quantidade muito menor de estudos publicados com essa metodologia, exprimindo a desigualdade científica entre países centrais e periféricos. Os estudos sobre medicamentos priorizam as demandas das nações desenvolvidas e suas indústrias farmacêuticas. Nesse contexto imperialista, as pesquisas clínicas realizadas nos países em desenvolvimento costumam atender aos interesses do capital e tendem a ter problemas éticos (70).

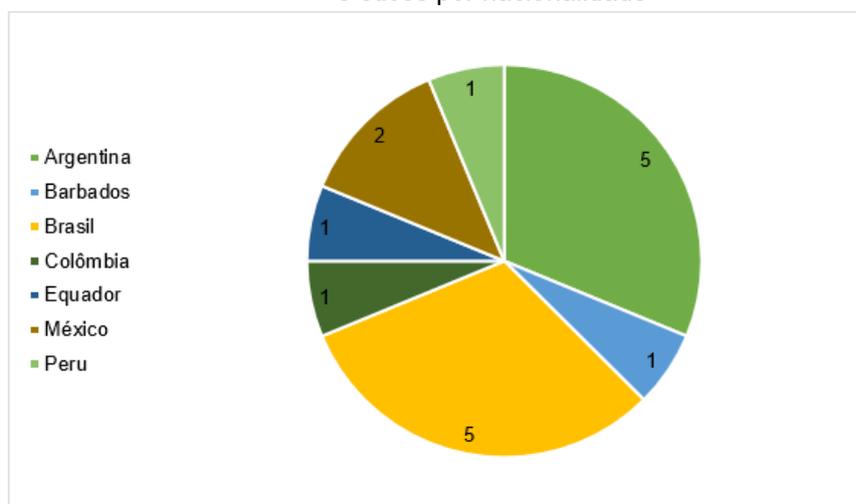
A nossa pesquisa não encontrou nenhum ensaio clínico. O predomínio foi das revisões narrativas, que têm baixo impacto para a medicina baseada em evidências e, portanto, não aprofundamos suas análises, ainda mais porque a revisão das bases internacionais já contemplou essa dimensão. Isso permitiu ampliar a descrição, e decidimos averiguar as pesquisas não clínicas sobre *Cannabis* medicinal.

Entre os artigos excluídos da primeira revisão, encontramos 33, todos

publicados entre 2019 e 2022; distribuímos nas seguintes áreas: editoriais (8 artigos), estudos sobre aspectos farmacológicos (6), pesquisa sobre formação profissional no tema da maconha medicinal (3) e temas políticos, sociais, legais e éticos (16).

Por motivos estratégicos a esta pesquisa, vamos examinar os 16 artigos do último grupo, que podem ser distribuídos de acordo com a nacionalidade de origem dos estudos, conforme a figura 13.

Figura 13 – Distribuição dos artigos com temas políticos, sociais, legais e éticos por nacionalidade



Fonte: pesquisa do autor, 2023

## Argentina

De Vito (71) problematiza a primeira lei argentina sobre maconha medicinal, a lei 27.350 de 2017, que cria o *Programa Nacional para el Estudio y la Investigación del Uso Medicinal de la Planta de Cannabis*, regulamentando a investigação médica e científica no país; por esta lei o governo deve fornecer aos pacientes o óleo de maconha importado, desde que estejam inscritos no programa e tenham prescrição médica, mas também o Estado argentino deve impulsionar os laboratórios público a produzirem o medicamento. O autor destaca a queixa de familiares que fazem o auto cultivo pela ausência da regulamentação do plantio caseiro na lei. Outros dois artigos (72, 73) descrevem o andamento da regulamentação até 2019, dois anos após a aprovação da lei, apontando avanços e desafios.

Díaz (74) realizou um estudo etnográfico a partir da luta da ativista Brenda

Chignoli pela legalização da *Cannabis* para fins medicinais na Argentina, destacando o papel das mulheres na luta, a importância da militância e da organização política, e a demanda pela regulamentação do plantio caseiro, do cultivo solidário e o cultivo coletivo da maconha. Em outro artigo, Díaz (75) descreve e analisa o trabalho de associações pela regulamentação da maconha medicinal naquele país, sinalizando a importância de documentar as ações de militância e a interação entre ativistas e legisladores, como em reuniões chaves para a sensibilização de novas legislações.

## **Barbados**

Cohall e Griffith (76) analisam, a partir do contexto em Barbados, a construção social da maconha como droga de abuso e sua implicação no uso da planta como medicamento. Concluem que o imaginário social a associa à delinquência juvenil e à porta de entrada para outras drogas, falsas ideias comumente associados a ela, levando a um lento avanço na legislação sobre o tema no país. No entanto, as informações sobre o uso terapêutico originado de outros países têm possibilitado alguma mudança nesse cenário.

## **Brasil**

Encontramos cinco artigos de autores brasileiros, mas um deles voltado a discutir a legalização da maconha medicinal nos Estados Unidos da América, sendo importante por encontrar benefícios como a redução do suicídio, da violência, do uso de opioides e dos danos causados pelo álcool (77). Para Santos e Miranda (78), a representação social negativa relacionada à maconha pode ser considerada o principal entrave à sua legalização mesmo para fins medicinais.

Christovão (79) se aprofundou, em sua tese de doutorado, no percurso histórico da *Cannabis* no Brasil (do período colonial aos dias atuais), explorando os discursos que legitimam a criminalização das drogas com vieses racistas e também percebendo a recente tendência a regulamentação da planta pela via de seu uso medicinal. Castro Neto, Escobar e Lira (80) publicaram entrevista com Antônio José Alves, farmacêutico pernambucano, com relatos da primeira tentativa de produzir medicamentos à base

de maconha em um laboratório público na década de 90. A ideia do farmacêutico não vingou naquela época, mas, considerando o contexto atual, essa seria uma estratégia interessante para favorecer o acesso a esses produtos com a redução dos custos aos usuários.

Oliveira e Vieira (81), com entrevistas com pessoas chaves, apresentaram semelhanças entre o autocultivo de *Cannabis* para fins medicinais no Brasil com o conceito de tecnologia social devido às características de adaptação à produção em baixa escala (para provimento individual ou de pequenos grupos), produção e distribuição não comercial, horizontalidade na rede e nas associações, consumidores finais envolvidos com aprimoramento e adequação da tecnologia, entre outras.

## **Colômbia**

Vallejo *et al* (82) realizaram uma pesquisa qualitativa com entrevistas com expertos no assunto, para refletir sobre a regulação maconha medicinal no país e sua implicação social. O debate ocorreu em torno do impasse entre a maconha enquanto droga e enquanto medicamento, com tendência a condenação do uso recreativo, sendo a ampliação do uso para esse fim uma preocupação marcante.

Já apontamos anteriormente esse tratamento ambivalente sobre a mesma planta, e continuamos nos perguntando se essa é a melhor forma de lidar com questão; a quem interessa essa distinção? Vimos acima que as metanálises revisadas incluíram pesquisas tanto com extratos artesanais de *Cannabis* e também a forma de administração inalada (fumada ou vaporizada), com algumas evidências positivas e baixo risco.

Mesmo assim, os autores parecem traçar uma lógica argumentativa em direção da defesa do uso dos derivados farmacêuticos, reconhecendo esses como medicamento – apresentando estudos clínicos apenas para os derivados sintéticos. Enquanto isso, o discurso em torno da forma vegetal (e o extrato) estava limitado aos apontamentos dos riscos.

Ao questionar a ambivalência sobre a maconha recreativa x a maconha medicinal não estamos negando a existência de riscos (como para adolescentes e

peças que desenvolvam problemas em decorrência do uso), aliás, sabemos que as pessoas podem estar expostas a esses riscos com todas as formas de maconha, mas acreditamos que reforçar estigmas contra a maconha desfavorece o debate e está longe da realidade concreta. Conhecendo também os riscos, é importante proteger os vulneráveis com políticas de regulação e pedagógicas adequadas, mas é fundamental também reconhecer que produtos *in natura* tem também efeitos terapêuticos e estão contribuindo com a saúde de diversas pessoas no Brasil.

## **Equador**

Em sua dissertação de mestrado, Pachacama (83) estudou o aspecto legal do uso de maconha na medicina ancestral equatoriana, considerando que o direito dos povos indígenas permite o uso de *Cannabis* para fins medicinais. A recente Constituição de Montecristi (2008) (84) reconhece a pluralidade cultural e social do país e engendra instituições com caráter intercultural; um exemplo é a convivência entre a justiça “convencional” e as instituições tradicionais dos povos indígenas para aplicação de seus códigos ético-morais. Além disso, a Constituição considera a natureza como sujeita de direitos, protegendo os povos originários e a natureza (*Pachamama*).

A autora analisa o uso tradicional da maconha, especialmente a partir do caso da curandeira Mama Maria (nome fictício). Como contraponto, ela elenca a questão da proibição da maconha enquanto “droga de abuso” (mais uma vez aparece a ambivalência), aceitando acriticamente a lei proibicionista, sem considerar que os problemas decorrentes do uso da substância deveriam ser pauta da saúde e não uma questão criminal. No entanto, defensora da pluriculturalidade, uma vez que a lei dos povos indígenas permite o uso da planta, Pachacama (83) afirma haver argumentos suficientes para defender a regulamentação da maconha para uso exclusivo nesse contexto.

## **México**

Santos-Burgoa(85) discute a regulamentação da *Cannabis*, considerando

principalmente os problemas decorrentes dela e a e necessidade de proteger a população mais vulnerável. Faz analogia da planta com as drogas atualmente lícitas (álcool e tabaco), levantando os recursos necessários para um sistema regulatório e de fiscalização eficientes.

Em Carta ao Editor da Revista Colombiana de Psiquiatria no primeiro trimestre de 2020, os autores mexicanos Lopez-Valdes, Gonzalez-Negrete e Lopez-Valdes (86) relatam brevemente sobre a regulamentação da *Cannabis* para fins medicinais em seu país: descrevem um cenário onde há necessidade de judicialização para aquisições de produtos à base da planta e reclamam da dificuldade do acesso: até setembro de 2018, dos 534 pedidos à justiça, apenas 9 (1,7%) tinham sido autorizados.

## **Peru**

Carracedo (87) fez considerações bioéticas sobre a relação médico-paciente para uso de *Cannabis* medicinal no Peru, recomendando a formação e o registro de médicos prescritores, o estabelecimento de critérios de indicação para o uso do medicamento e uma relação médico-paciente estabelecida pela boa fé.

O Peru regulamentou o uso medicinal de maconha em 2017, permitindo a pesquisa em território nacional, a importação e comercialização de produtos e a produção por laboratórios públicos e instituições autorizadas (88). Em 2021, seguiu regulamentando a produção artesanal com cultivo associativo (89). O país parece estar avançado (ao menos do ponto de vista legal) na perspectiva discutida no referido artigo, ou seja, na necessidade de garantir o acesso regulado aos produtos de maconha para fins medicinais: desde o registro e formação dos médicos para prescrevê-los até a garantia do acesso aos medicamentos por parte dos pacientes.

## 2.4 PUBLICAÇÕES SOBRE CANNABIS MEDICINAL NO CAMPO DA BIOÉTICA

Que contribuições a bioética tem trazido para a reflexão sobre o uso medicinal de maconha? No âmbito nacional, não encontramos nenhuma tese ou dissertação sobre maconha (terapêutica ou não), nos últimos 10 anos, nos repositórios dos programas de pós-graduação *Stricto sensu* em bioética: Universidade de Brasília (UnB), Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Nas bases de dados da PubMed os descritores “cannabis” AND “bioethics”, encontramos 43 artigos publicados entre 2003 e 2023, entre os quais 6 nos interessaram por tratar de temas legais, morais, sociais e políticos relacionados à prescrição de maconha.

Destacamos uma revisão integrativa de autoras brasileiras sobre análises bioéticas acerca do estigma relacionado ao uso terapêutico da maconha, acreditando que o princípio bioético da autonomia poderia resolver o conflito estabelecido pelo estigma (90). Concordamos com as autoras sobre a necessidade de enfrentar o estigma, mas discordamos a respeito do princípio da autonomia, pois ele apresenta grandes limitações para a reflexão bioética de situações coletivas e sociais, como a que está em questão. Consideramos essencial a discussão sob a ótica de bioéticas mais politizadas, que se proponham a discutir a bioética:

...incorporada ao próprio funcionamento dos sistemas públicos de saúde no que diz respeito à responsabilidade social do Estado; à definição de prioridades com relação à alocação e distribuição de recursos; ao gerenciamento do sistema; ao envolvimento organizado e responsável da população em todo o processo; à preparação mais adequada dos recursos humanos; à revisão e atualização de vetustos códigos de ética das diferentes categorias profissionais envolvidas; às indispensáveis e profundas transformações curriculares nas universidades (16).

No artigo peruano de Carracedo (87), citado anteriormente, a autora faz considerações bioéticas a respeito da relação médico-paciente e a prescrição de derivados canábicos.

Qatanani, Umar & Padela (91) comentam sobre a posição do *Fiqh Council of North America* (FCNA), conselho que interpreta a lei islâmica para a vida no Ocidente,

que assentiu apenas o uso de derivados não-psicoativos da maconha para fins terapêuticos (apenas em casos extremos, seria permitido dos psicoativos), mas continua condenando seu uso para outros fins. O FCNA parece ter encontrado um “meio termo” o conhecimento médico e o islamismo com importante repercussão prática. De toda forma, ficam expressos o caráter moral-religioso envolto à questão e a nossa teoria de ambivalência no tratamento da planta.

Três artigos (92-94) discutiram as questões legais sobre a maconha nos Estados Unidos, reconhecendo os problemas da proibição da maconha e defendendo a reclassificação legal da planta para possibilitar mais pesquisas e seu uso terapêutico, e assim, garantir maior segurança para seu uso, bem como evitar os problemas legais para quem prescreve e quem usa.

Buscando artigos na base da LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (descritores “cannabis” AND “bioethics”), encontramos apenas o artigo de Carracedo (87) já citado, indicando a escassez de reflexão sobre a questão a partir das bioéticas latinoamericanas.

A Bioética de Intervenção (BI) tem se revelado uma perspectiva teórica potente, pois problematiza os entraves macropolíticos na garantia do direito universal e integral à saúde pelas populações vulneráveis e na democratização dos avanços técnicos e científicos, denunciando a supremacia dos interesses financeiros das indústrias farmacêuticas em detrimento dos benefícios à saúde das pessoas (95).

Além desses, os princípios bioéticos da proteção dos vulneráveis, da emancipação social, do empoderamento e da libertação (96) podem trazer contribuições importantes para a discussão acadêmica e social do problema.

Uma vez que os conhecimentos científicos acerca da *Cannabis* e seus derivados são incipientes para a maioria das situações em que seu uso clínico vem sendo empregado, seu uso compassivo deve respeitar os princípios da prudência, prevenção, precaução e proteção (95).

Porém, considerando o forte indício de benefício para as epilepsias, por exemplo, e a experiência clínica do baixo risco de seu uso, a questão do acesso a esse medicamento necessita ser analisada (para além do âmbito terapêutico e

farmacológico), pois existem interferências macropolíticas relacionadas à legalidade e ao mercado da maconha que podem estar colocando em maior risco as pessoas mais vulneráveis por sua posição social (46).

*A cor da minha pele é verde por fenótipo  
e preta e amarela no simbólico.  
Olham para minha clorofila e pensam: que droga!  
Almejam me purificar, me desintegrar,  
expatriar o delta-9-tetra-hidrocanabinol.  
Olham para o canabidiol e pensam: que lucro!  
Desejam me manipular, me controlar,  
negociar o meu corpo ultraprocessado.  
E pedem evidências.*

*Para o homem do verde do capital,  
não servem a cor da clorofila e o aroma dos terpenos,  
atributos que me tornam selvagem e perigosa.  
Mas minha alma é preta e amarela,  
como a pele dos povos resistentes,  
sabedores do meu valor original.  
Teria eu sobrevivido sem o nosso comensalismo?  
Teria eu cruzado os séculos sem nenhuma utilidade?*

*Pesquisem, cientistas, pesquisem!!  
Não julgamos sua fé nos números.  
Mas já sabemos os nossos valores  
e não precisamos de provas.  
Pedimos apenas a liberdade de existir  
e o respeito a esta nossa relação ancestral.  
(Maconha medicinal, 2024)*

### 3 REFERENCIAIS EPISTEMOLÓGICOS: DO PENSAMENTO COMPLEXO E TRANSDISCIPLINAR ÀS EPISTEMES DO SUL

A visão racionalista, expandida a partir da Europa, ainda predomina como base para a compreensão da realidade. Ao lado do percurso epistemológico determinista das ciências naturais desde o século XVI, as ciências biomédicas galgaram uma visão sobre a vida de forma compartimentada, separando o homem da natureza e o corpo da alma. Entendendo o corpo humano (e não humano) como uma máquina ultra compartimentada, exige disciplinas especializadas para o aprofundamento máximo do conhecimento particular de cada compartimento. Assim nasce o especialista, o detentor supremo de determinado conhecimento; sua palavra é respeitada perante a sociedade, tem força para sugerir formas de viver e direcionar políticas públicas (1).

Conseguimos perceber esse poder na influência de médicos para a demonização e a proibição das drogas (3). O pensamento positivista formula uma realidade baseada na dualidade cartesiana de causa-efeito, a partir da qual o pesquisador busca compreender o seu objeto de estudo e chegar a conclusões que tendem a ser absolutas –  $x$  é a causa ou a explicação para tal característica do objeto  $y$ ;  $x$  está na natureza de  $y$  desde sua origem, e o pesquisador “descobre” tal característica de  $y$ . Os conceitos pregressos do especialista não influenciariam a interpretação dos achados (97).

O caso da maconha revela como essa ideia é questionável – vide a forte influência racista nas interpretações dos médicos do século XIX sobre o assunto – e expõe a consequente concentração do capital científico ao lado da elite, que o utiliza para satisfazer os seus interesses.

O pensamento complexo tem se colocado como alternativa ao pensamento positivista na racionalidade científica predominante: propõe que o “conhecimento das partes constituintes não é suficiente para o conhecimento do todo” - não de forma absoluta; questiona a ideia da certeza, explica que os dados de pesquisa são limitados em termos temporais e espaciais, havendo a necessidade de contextualizá-los. Para conhecer a realidade, compartimentar o objeto é necessário, mas articular as partes, os múltiplos saberes sobre elas, com suas divergências e contradições possíveis,

pode revelar mais sobre a vida e sua dinâmica. Enquanto o positivismo decreta os princípios da ordem, da separação e da redução, a complexidade admite a existência da desordem como constituinte dos fenômenos, buscando conceber a relação entre ordem, desordem e organização (97).

A BI introduziu o pensamento complexo no campo da bioética, defendendo um olhar transdisciplinar sobre objetos de análise, considerando esse paradigma útil para a explicação dos fenômenos de maneira ampliada para diversos campos de conhecimento, minimizando os reducionismos e a hegemonia de um conhecimento sobre outro e exigindo soluções mais amplas para os problemas. A transdisciplinaridade se refere ao afrouxamento das barreiras entre as diversas disciplinas, possibilitando o diálogo e o intercâmbio entre elas (14).

Na área médica, por exemplo, a experiência da Reforma Psiquiátrica Brasileira, influenciada pela Italiana, buscou ampliar o entendimento sobre a loucura numa perspectiva transdisciplinar para dar subsídios a ações capazes de libertar (para não dizer salvar) a vida de milhares de pessoas vivendo em situações análogas ao holocausto (98). Na perspectiva de Passos (99), no Brasil, a analogia do higienismo praticado pela psiquiatria faz mais sentido com experiência dos Navios Negreiros, uma vez que os manicômios constituem-se como ferramenta de aprisionamento da população negra em sua maioria.

A psiquiatria é um clássico exemplo no qual uma especialidade exerce apropriação sobre um conhecimento e dá subsídio ao controle popular higienista; por outro lado, a Reforma também já é histórica e referência para entender a maneira como a complexidade e a transdisciplinaridade contribuem socialmente por enfraquecer os reducionismos (98).

“Complexidade é um problema, é um desafio e não uma resposta” (97). A teoria complexa entende a realidade como um sistema no qual se supõe “a inteligência de uma pluralidade de constituintes heterogêneos, inscritos numa história, ela mesma aberta em relação às eventualidades de um devir” (97). Esse caminho de pensamento parece se adequar a esta pesquisa, uma vez que o tema da maconha apresenta de forma explícita sua propriedade complexa: a multiplicidade de perspectivas sobre ela,

as diversas relações humanas estabelecidas com ela, os aspectos históricos e sociais etc.

A pesquisa pretende levantar os elementos morais relativos ao tema não com intuito de determinar respostas, mas de levantar pontos relevantes para enfrentar os desafios na relação entre planta e homem. Com intuito de uma análise justa sobre a questão desta pesquisa, busca-se o rompimento com o postulado hierárquico da humanidade sobre as demais espécies, sendo relevante o princípio da igual consideração de interesses de Peter Singer que propõe a avaliação moral das ações tendo em vista as consequências para todos os seres envolvidos, sendo esses racionais ou não (100).

Estamos levando em conta que a hierarquia entre as diferentes formas de vida integra uma das principais ferramentas do imperialismo do Norte sobre o Sul desde os tempos coloniais. “Nada singulariza mais o Ocidente do que a construção da individualidade e da subjetividade como noções morais fundamentais” (101) [p.71]. Segundo Souza, essa lógica inaugura a ideia de superioridade moral daqueles com capacidade de raciocinar em relação aos seres irracionais: “o vivente é superior ao mero existente, e o ser inteligente é superior ao vivente” (101) [p.72]. O distanciamento moral entre racionais e irracionais fundamentou também a oposição entre europeus e não europeus a partir da animalização do ser humano não branco, tendo na cosmogonia cristã a estrutura básica para tal determinação a partir da refutação das outras cosmogonias (especialmente as dos povos originários de Áfricas e Américas) (101).

O projeto colonial só foi possível pela imposição do modelo cristão como protótipo do caminho do bem e da salvação ao resto do mundo, sendo o deus monoteísta cristão a única referência de verdade e justiça (102) [p.27-28]. Segundo Geni Nuñez (102) [p.28], psicóloga e ativista indígena Guarani, para descolonizar o pensamento, faz-se necessário desconfiar daquilo que entendemos como “justo e correto porque era em nome do amor e do bem”. Vale lembrar aqui a nossa suspeita a respeito da narrativa construída pela medicina para a proibição da maconha em nome de um bem.

Consideramos fundamental também assimilar os aspectos fundamentais das cosmogonias não hegemônicas em busca de uma outra ideia de moralidade mais estratégica para a discussão pretendida e em consonância com o ponto de vista sobre a *Cannabis* do qual estamos partindo. Com esse objetivo, a Bioética de Intervenção (BI) confirma-se como base estratégica para uma leitura complexa da realidade a partir das epistemes decoloniais (103) e, neste trabalho, a BI articula saberes críticos ao paradigma hegemônico na perspectiva do Sul global.

A transdisciplinaridade é uma das essências epistêmicas da Bioética de Intervenção (BI) (14). O bioeticista deve usar como sustentação para suas análises não apenas os conhecimentos técnicos-científicos, mas também servir-se dos aspectos históricos, sociais e culturais, dos códigos morais e dos dados da realidade concreta com um olhar especial para a vigilância de situações que firam a dignidade da vida (humana e não humana).

A teoria da complexidade permitiu uma “nova compreensão da vida” (104) e, assim, outras análises contra hegemônicas sobre os fenômenos. Na ciência sul-americana, destaca-se como novo paradigma o conceito de princípio biocêntrico na teoria do psicólogo chileno Rolando Toro (105). O pesquisador principal trabalha a partir desse paradigma desde 2018, sendo relevante descrevê-lo minimamente, afinal, isto revela a maneira que interpreta a vida e conseqüente influencia sua análise bioética, a “ética da vida”.

A partir de autores como Matura, Varela (106), Capra (104), Villaverde (107), entre muitos outros, Toro desenvolveu o conceito de princípio biocêntrico, considerando que o Universo está organizado em função da vida (e não o oposto como se considera hegemonicamente); a vida seria “um projeto-força que conduz, através de milhões de anos, a evolução do cosmos. (...) A evolução do universo é, na realidade, a evolução da vida e culmina com o fenômeno da consciência” (tradução nossa) (105) [p.73]. Para o autor, tudo o que existe está englobado no reino da vida: “das pedras ao pensamento mais sutil”, e a vida é conceituada como a força que atrai os elementos de um sistema caótico no sentido da organização (105) [p.74].

O princípio biocêntrico compreende o universo como um sistema vivente e estabelece o respeito pela vida como centro e ponto de partida de todas as disciplinas,

restabelecendo a noção de “sacralidade da vida” e a percepção da “Unidade Suprema da Vida, em um programa implicado que guia a construção do universo” (105) [p.75]. Inspira-se nas leis universais que conservam os sistemas vivos e que permitem sua evolução. Toro atribui à cultura ocidental uma perspectiva antívida por ter como base a propriedade privada (e o mercado) como centro das ações humanas e propõe uma reformulação dos valores culturais para que o respeito à vida seja o referencial [p.78].

. “O sentido da vida está na vida em si e dispensa a elaboração de significados extrínsecos” (tradução nossa). (105) [p.80-81]. Fazer o bem, portanto, consiste em favorecer cada vida e elevá-la ao seu maior valor, e fazer o mal é impedir o florescimento e a evolução de cada vida. Levando em consideração esses valores, Toro estabeleceu uma “Escala evolutiva de vínculo humano” que vai do individualismo na base até a Epifania do encontro: a união do sagrado de si mesmo com o sagrado do outro, baseando-se, para este último conceito, na filosofia de Emmanuel Levinas) (105) [p.254].

Explicitadas as nossas ideias primordiais sobre as ciências e sobre a vida, trataremos, a seguir, dos fundamentos conceituais que embasam mais diretamente a nossa análise bioética. A escolha de utilizar como categoria analítica a Bioética de Intervenção (BI) em articulação com as epistemologias do sul decorreu do caminho ponderado entre o princípio biocêntrico e a exigência de um olhar politizado sobre a vida real.

Ao final, ainda comentaremos sobre a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) com destaque aos artigos utilizados na pesquisa como categorias de análise.

### 3.1 BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO (BI) E OUTRAS EPISTEMOLOGIAS DO SUL

A BI tem influências diretas do pensamento democrático e dos ideais libertadores, compreende a saúde como um direito humano, pressupondo o processo saúde-doença como transversal aos determinantes sociais; defende como moralmente justificável “a priorização de políticas e tomadas de decisão que

privilegiem o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo, e que resultem nas melhores consequências”. Esse caráter utilitarista e consequencialista da BI assume o desafio de proteger os direitos sociais coletivos sem detrimento dos direitos individuais. Para tanto, encarrega-se de posicionar-se politicamente e de realizar sua análise com uma orientação para a solidariedade crítica e o senso de justiça que leva em consideração a proteção e emancipação dos grupos vulneráveis, respeitando a interculturalidade e os Direitos Humanos (16, 108).

Entre os princípios da BI, destacamos a defesa da saúde como direito universal, a justiça como equidade, responsabilidade, empoderamento, libertação e emancipação dos mais vulneráveis, solidariedade crítica, alteridade, transformação social, proteção da dignidade dos mais vulneráveis, entre outras (109). O diálogo, a argumentação, a racionalidade, a coerência e o consenso são referenciais práticos na solução de injustiças (110).

Um dos principais avanços promovidos pela Bioética de Intervenção ao campo bioético é a politização das discussões dos conflitos. Além de inserir na agenda do campo os temas de relevância social para os países periféricos, busca explicitar as bases políticas dos problemas relativos aos avanços científicos e tecnológicos “desde o sul”, ou seja, põe em evidência as epistemes latino-americanas como alternativa às narrativas hegemônicas com base no pensamento europeu e estadunidense. Para tanto, foi fundamental o resgate das ideias do sociólogo peruano Aníbal Quijano sobre a colonialidade da vida – a estrutura construída pelos colonizadores para impor, de forma violenta e opressora, seu modelo de pensamento e determinar estilos de vida, uma estrutura fundada na noção da Modernidade e na hierarquização de “experiências, saberes, culturas e vidas” através da perspectiva racial (103, 111).

Já comentamos sobre como a história da maconha pode ser um exemplo concreto da colonialidade do poder e neste trabalho, com fins de realizar uma análise bioética, pretendemos trazer à tona os aspectos da colonialidade da vida, ou seja, aquilo relativo à hierarquização de valores sobre a vida, classificando as sociedades em “mais desenvolvidas” ou “menos desenvolvidas”, e a primeira seria mais valiosa e privilegiada em relação à segunda. Podemos perguntar se a referida forma ambivalente de tratar a maconha pode ter raízes na colonialidade, portanto, também vale investigar se a exigência de aval médico para assegurar o estado de legalidade

sobre seu uso se configura como mais uma expressão do poder de uma elite científica e biopolítica.

A BI pretende estar em constante transformação a partir da autocrítica. Sob a perspectiva decolonial, Nascimento e Garrafa (111) revisam os preceitos do utilitarismo e o do consequencialismo na BI, levando em conta que o racionalismo inerente a esses conceitos tem bases coloniais e pode induzir reflexões bioéticas para manutenção de uma lógica colonial. Para manter-se alinhada com seus princípios de equidade, libertação, emancipação social e protagonismo dos mais frágeis, a BI deve exercer a autocrítica na aplicação do utilitarismo, fugindo da tendência à universalização dos saberes e práticas e servir como instrumento que assegure a experiência, os pensamentos, os sentimentos e a voz daqueles à margem do poder. (103).

O consequencialismo, por sua vez, compreende a noção de solidariedade crítica “para evitar a armadilha colonial de sermos solidários em causa própria” e se efetivaria a partir de coletivos organizados para o fortalecimento político com prática solidária militante e comprometida com a transformação social (111).

Em seu método, a BI analisa criticamente os problemas de injustiça expondo as assimetrias de poder existentes, a dominação de um grupo sobre outro, produzindo opressões e indignidade para a humanidade e para a vida como um todo. Revela, assim, as relações no sistema-mundo sob a perspectiva da divisão em países centrais e periféricos e o conflito entre o modelo econômico capitalista e a garantia universal dos Direitos Humanos (112). Sobre a noção de direitos humanos, vale destacar a convocatória feita à BI pela bioeticista Holanda em sua tese de doutorado (113) para uma perspectiva crítica sobre a noção relativa de Direitos Humanos europeia e para ampliação de sua episteme para a ideia de direitos universalizantes para “não humanos e outras humanidades”.

Como já referido, o seu método compreende a articulação e mobilização dos excluídos para suplantar a assimetria de poder, “podendo assim, promover a sua inserção social, impactando positivamente nas suas vidas, transformando a realidade iníqua” (112). Enquanto o empoderamento se refere ao fortalecimento do poder de determinada pessoa ou determinado grupo ou determinada nação subjugados, a

categoria libertação faz alusão à tarefa de identificar o “inimigo” que subjuga e ao estímulo para vencê-lo, para emancipar-se. Emancipação, por sua vez, significa sair da posição de dominado, é obter o domínio sobre si e suas escolhas (112).

O olhar crítico sobre a questão da maconha *desde* o Sul busca a construção emancipada da realidade com intenções contra imperialistas. O termo “epistemologias do sul” foi “patenteado” na literatura acadêmica por Boaventura de Sousa Santo (114) como o conjunto de conhecimentos que emergem do Sul global. Neste trabalho, consideramos epistemes do Sul o conjunto de conhecimentos científico, filosófico e cultural que façam contra pontos às sabedorias provenientes do Norte global, almejando uma libertação epistêmica. Foram englobadas, portanto, as cosmogonias dos povos originários americanos ou de África, as teorias do espectro da decolonialidade, as discussões raciais e outras noções relevantes desenvolvidas por autores e autoras do Sul global.

A questão da raça e do racismo é central no sistema capitalista imperialista. O racismo é “uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento” e o poder como requisito para sua concretização. Para haver racismo, não basta a noção de raça como categoria que identifica um povo a partir das características corporais fenotípicas e/ou a partir de sua origem geográfica e sociocultural. É necessário gerar relações de poder hierarquizadas, nas quais uma raça tem superioridade sobre outra (27).

Sabemos a partir dos estudos da colonialidade que vivemos um sistema de dominação e submissão enraizado na concepção de hierarquia racial, no qual o branco europeu é tido como civilizado e superior e presume como inferiores as pessoas de outras etnias. Não é uma inferiorização qualquer, pois reduz o outro ao estado de objeto, justifica a escravidão e relativiza sua condição humana para justificar as mais vis das ações conhecidas na história da humanidade (115).

Sob a perspectiva colonial, Aimé Césaire (115) acusa os direitos humanos de origem europeia de terem uma compreensão estreita e fragmentada, racista e tendenciosa em favor da branquitude. Esse relativismo ético tem sido denunciado pela BI (112).

Na Bioética de Intervenção, o corpo é a referência como princípio ético fundamental universal: prazer e dor (ou promover saúde ou doença) são os “marcadores somáticos de ações eticamente desejáveis ou indesejáveis”, possibilitando análises bioéticas universalizante de forma mais concreta, contextualizada e evitando etnocentrismos. Vale destacar que essa proposição parte da constatação da existência da diferença e da diversidade e privilegia a contextualização da experiência humana, a multiplicidade de culturas e o pluralismo histórico. Essa fundamentação é coerente num mundo em que as experiências de prazeres e dores não são apenas decorrentes de atos individuais, mas da complexa conjuntura macro e micropolítica e das questões culturais e socioeconômicas (110).

Na análise realizada por este estudo, destacamos a atuação biopolítica para degradação dos corpos negros e tudo a ele relacionado (hábitos, religião, sabedoria, medicina e a própria vida). Essa intenção pode ser explicada a partir de Achille Mbembe (25) e a noção de necropolítica, a ideia de uma soberania violenta capaz de definir quem importa e quem é descartável; logicamente essa decisão é embasada pelo aspecto colonial que relega o colonizado a um estado entre sujeito e objeto (concretamente sub-humano), resultado de uma “tríplice perda”: a perda de um “lar”, a perda do direito sobre o corpo e a perda de estatuto político (25).

É importante também reconhecer o impacto do processo colonial na construção subjetiva dos colonizadores e dos colonizados. “O branco incita-se a assumir a condição de ser humano”, afirma Frantz Fanon (6), impondo ao negro um complexo de inferioridade em um processo que envolve o cerceamento econômico em primeiro lugar, seguido pela “interiorização, ou melhor, pela epidermização dessa inferioridade” (uma subjetividade marcada pela inferiorização a partir da cor/raça da pele/corpo).

A BI argumenta a favor de um “mínimo existencial” representado pela garantia dos Direitos Humanos para todos os corpos humanos, considerando toda a sua diversidade. A ausência da garantia desse mínimo configura injustiça e é considerada conflito moral, sendo necessário intervenção para sua superação (112).

A aproximação da Bioética de Intervenção com as epistemes dos países periféricos tem contribuído para a renovação de seus fundamentos em busca de soluções *desde o sul* para esses conflitos com fundamento macropolítico,

especialmente a colonialidade, o imperialismo e as consequências do capitalismo. A incorporação do pensamento das sociedades indígenas, como o conceito do “bom viver” e a perspectiva da natureza enquanto detentora de direitos (com relevância equiparada ao homem), promove transformação de paradigmas teóricos, políticos e morais interessantes a este estudo (112). Feitosa (17) [p.152], refletindo sobre a BI como uma Bioética do Bom Viver, defende um modelo de reflexão moral sentipensante, no qual o bioeticista “envolve-se com o tema de maneira intensa, emotiva e racional”. Segundo esse autor, a reflexão interepistêmica e sentipensante permite uma moral não especista, considerando todas as espécies de seres vivos como detentoras de direitos, pois não há hierarquia entre elas e, sim, interdependência e reciprocidade (17). Nessa relação, portanto, não caberia a exploração da natureza pela humanidade, e espera-se uma relação de cooperação.

No sentido de apreender essa dimensão de direitos ampliados para outros seres (não humanos), Krenak (116) [p.49] nos alerta sobre os perigos da despersonalização dos seres da natureza, pois estes passam a estar “liberados” para a atividade industrial e extrativista, tendenciada a culminar com o fim da vida. Nas cosmogonias ameríndias, não há uma distinção entre humanidade e natureza, havendo inclusive uma compreensão de parentesco daquela para com esta como nos ensinam Krenak e Kopenawa (116, 117).

Nas filosofias africanas, a integração do humano às circunstâncias é um ponto em comum entre as diversas formas de pensar naquele continente, e o indivíduo se situa no mundo como parte da natureza (118) [p.18]. “Para o africano, o valor supremo da existência é a Energia que percorre a rede única que conecta todos os seres do Universo”, e “o mal é o que ameaça a paz e a sobrevivência do grupo” (118) [p.19].

No sentido de argumentar a favor de uma análise bioética que englobe os seres da natureza como sujeitos de dignidade, pincelamos um ponto em comum do pensamento originário das Américas e das Áfricas que podem servir como referência para uma outra moralidade na qual a vida está no centro. Isso não reduz a pluralidade das várias culturas dos diversos povos que divergem em outros aspectos.

Vale ainda destacar a conexão desses pensamentos originários com o conceito de princípio biocêntrico apresentado, o que nos leva a perguntar: teria Rolando Toro

encontrado nas ciências do homem branco os argumentos para defender um paradigma milenar? É certo que o pensamento complexo e o princípio biocêntrico não gozam de prestígio suficiente para fazer mudar a cultura predominante – positivista, capitalista e imperialista, mas resistir é preciso.

Ainda assim, não pretendemos, nesta análise, situar as ideias de Toro no centro da discussão e cometer o equívoco de retirar o protagonismo dos pensadores e das pensadoras indígenas ou negros e negras. No entanto, não se pode negligenciar, até pelos componente autoetnográfico desta pesquisa, a vivência do pesquisador principal, lido como racialmente branco no Brasil, com o método desenvolvido pelo psicólogo chileno para a reaprendizagem das funções originais da vida com base no princípio biocêntrico – a *biodanza*<sup>2</sup> (105) [p.39].

Considerando seu lugar no mundo, tem entendido a relevância política de reconhecer seus privilégios e de denunciar os pactos de uma branquitude que institucionalizou no mundo sua soberania em detrimento de outras vidas.

### 3.1.1 A IMPORTÂNCIA DA BRANQUITUDE CRÍTICA PARA UMA BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO COMPROMETIDA COM A DECOLONIALIDADE

Por muito tempo, os estudos sobre a questão racial focaram nos aspectos referentes à opressão da negritude, secundarizando a análise dos aspectos ligados mais diretamente ao opressor. Apenas na década de 90, pesquisas sociais ianques iniciaram o aprofundamento sobre a branquitude – “a parte da ideologia racista que versa sobre o grupo dos brancos, considerado superior a todas as outras raças”. Mais que isso, o branco entende-se como a referência moral, intelectual e estética, considera-se o “normal”, o “padrão” da forma de existência humana. (119, 120).

---

<sup>2</sup> *Biodanza* é um sistema de integração humana, de renovação orgânica, de reeducação afetiva, e de reaprendizagem das funções originais da vida, cuja metodologia consiste em induzir vivência integradoras através da música, do canto, do movimento e de situações de encontro em grupo. O processo de integração se realiza mediante o estímulo da função primordial de conexão com a vida, que permite a cada indivíduo integra-se consigo mesmo, com a espécie e com o universo (105).

A noção de branquitude não é uniforme, sendo a percepção fenotípica do branco variável de cultura para cultura; o assunto é tão complexo que existe ainda a hierarquia de valores entre brancos, principalmente se considerarmos o interseccionalidade social, então um homem branco pobre teria menos valor que o branco rico. No Brasil, o quesito raça pode variar inclusive de acordo com a posição social e econômica (121).

A regra, no entanto, situa aquele ou aquela identificado (a) como branco (a) em um lugar de poder e privilégio social (120). Em nossa sociedade marcada pelo colonialismo, as pessoas reconhecidas brancas assumem a maior parte das posições de prestígio profissional, científico e político (119). Portanto, falar em racismo engloba desde o ataque violento proferido contra não brancos até a manutenção (consciente ou inconsciente) da estrutura social mantenedora de uma hierarquia favorável à branquitude (120).

A ideia de *privilégio* é central para o entendimento do racismo estrutural, assim como a existência do “pacto narcísico” demonstrado por Bento (24), uma espécie de acordo tácito entre brancos para a manutenção da hierarquia – em seu trabalho com profissionais de recursos humanos, a autora identificou o esquema pelo qual as pessoas brancas em posição de poder privilegiam outras pessoas brancas a ocuparem as melhores vagas de emprego.

A noção de superioridade de brancos ante demais cores não tem correspondências naturais, sendo uma construção histórica e política, podendo e devendo, portanto, ser desmontada, uma tarefa que cabe principalmente a nós, brancos antirracistas. Somo nós quem conhecemos vivencialmente a estrutura racista pelo lado do privilégio, e enquanto cientista, não podemos nos eximir de tocar nessa questão (122). Cardoso (120) enumera ações importantes para seguir nesse caminho: reconhecer-se racialmente branco e admitir os privilégios do grupo racial, dedicando-se cotidianamente a observá-los com crítica e autocrítica insistentes.

Buscando esse posicionamento crítico e autocrítico, esta pesquisa situa o lugar racial do pesquisador principal (fenotipicamente branco no Brasil), que faz questionamentos sobre o papel da medicina enquanto instituição normativa (elitista e branca) no processo de regulamentação da maconha. Nossa pergunta central se o

uso da *Cannabis* para fins terapêuticos requer prescrição médica, quando examinada a partir da Bioética de Intervenção, não almeja discutir o âmbito tecnicista, pretendendo mais: politizar a discussão, racializá-la e propor à instituição médica uma reflexão sobre o tema com responsabilidade social e histórica.

É necessário, para tanto, começar reconhecendo o papel decisivo de médicos brasileiros no ataque à cultura e identidade negra a partir da patologização e criminalização da maconha (3) – com reflexos até atualidade – uma postura ilustrativa do “pacto da branquitude” com dimensões institucionais. Ademais, não se pode abster de pensar sobre quais os reflexos dessa realidade histórica para o atual contexto de regulamentação da planta (e/ou seus princípios ativos) para fins medicinais – considerando, obviamente, atualização de outros fatores, como o cenário neoliberal, as relações de poder no sistema mundo, as evidências clínico-científicas, os Direitos Humanos, o sentipensar, a possibilidade de novas narrativas a favor da negritude etc.

Considerando o caráter interventivo da BI para a redução das assimetrias de poder, ainda mais quando acolhe a ótica da colonialidade da vida, o desvelamento dos **privilégios** e dos **pactos da branquitude** em determinado contexto parece ser fundamental para uma intervenção com responsabilização do opressor. É a partir daí que perguntamos qual o papel da medicina no processo de regulamentação da *Cannabis* medicinal?

São úteis também as reflexões de Silvio Almeida (27) a respeito do racismo estrutural como um processo histórico em conexão com as formações sociais e um processo político. O processo político envolve uma dimensão institucional a partir da regulação jurídica e estatal e outra dimensão ideológica no sentido da construção de uma narrativa para o imaginário social que naturaliza o racismo. A dominação racial pela branquitude é exercida não apenas pelo poder, mas pelo “complexo cultural em que as desigualdades, a violência e a discriminação racial são absorvidas como componentes da vida social”. E as instituições atuam na formulação de regras que privilegiam o grupo dos brancos, considerando seus padrões de estética e comportamentos (27).

Considerando essa complexidade, não basta que a BI denuncie os aspectos racistas das questões bioéticas, mas é necessário disputar as narrativas e desenvolver propostas que estremeçam os símbolos estruturantes.

### **3.2 DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS (DUBDH)**

A metodologia da BI propõe-se à ação política e uma de suas atuações mais importantes é a contribuição para a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), pois a participação do Brasil foi decisiva para a inclusão das pautas dos países periféricos na Declaração (123).

Garrafa (123) atuou de forma decisiva como delegado nas reuniões para definição da redação da DUBDH e, junto a outras personalidades latino-americanas, defendeu a inclusão de artigos de interesse sanitário, social e ambiental. No campo da bioética, essa foi uma ação política relevante no sentido de resistência epistêmica do sul, impondo os olhares do globo em direção às necessidades dos países periféricos. Por isso, e pela relevância em dimensão internacional, decidimos incluir como categorias de análise na nossa pesquisa oito artigos da DUBDH abaixo descritas:

- **Artigo 4 – Benefício e dano:** os benefícios diretos e indiretos a pacientes, sujeitos de pesquisa e outros indivíduos afetados devem ser maximizados e qualquer dano possível a tais indivíduos deve ser minimizado, quando se trate da aplicação e do avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e tecnologias associadas.
- **Artigo 10 – Igualdade, Justiça e Equidade:** a igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa.

- **Artigo 11 – Não-Discriminação e Não-Estigmatização:** nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais.
- **Artigo 12 – Respeito pela diversidade cultural e pluralismo:** a importância da diversidade cultural e do pluralismo deve receber a devida consideração. Todavia, tais considerações não devem ser invocadas para violar a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais nem os princípios dispostos nesta Declaração, ou para limitar seu escopo.
- **Artigo 13 - Solidariedade e cooperação:** a solidariedade entre os seres humanos e cooperação internacional para este fim devem ser estimuladas.
- **Artigo 14 - Responsabilidade Social e Saúde:** a promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade; b) considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar: (i) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano; (ii) o acesso a nutrição adequada e água de boa qualidade; (iii) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente; (iv) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e (v) a redução da pobreza e do analfabetismo.
- **Artigo 15 - Compartilhamento de Benefícios:** a) os benefícios resultantes de qualquer pesquisa científica e suas aplicações devem ser compartilhados com a sociedade como um todo e, no âmbito da comunidade internacional, em especial com países em desenvolvimento

(...); b) os benefícios não devem constituir indução inadequada para estimular a participação em pesquisa.

- **Artigo 17 – Proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade:** devida atenção deve ser dada à inter-relação de seres humanos com outras formas de vida, à importância do acesso e utilização adequada de recursos biológicos e genéticos, ao respeito pelo conhecimento tradicional e ao papel dos seres humanos na proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade.

*Vou, desta vez, deixar os versos para contar um caso:*

*Era uma vez um pesquisador branco que planejava cutucar a branquitude, e questionar a moralidade padrão.*

*Certo dia, o pesquisador encontrou uma planta – era eu, a maconha. E era hora do almoço, e a fome batia grande.*

*“Vamos pedir comida, assim não perco tempo de ler Cida Bento”, decidiu por nós.*

*Leitura é fundamental, mas nada se compara com aprender a partir da vivência – nada é mais didático que a emoção.*

*O interfone tocou e descemos o elevador, era pandemia e o entregador não podia entrar, tínhamos que pegar no portão.*

*O elevador abre no térreo e nos deparamos com um homem segurando uma sacola de comida pra entrega.*

*“É ele o entregador?”, estranhou o pesquisador num pensamento de milissegundos ao se deparar com um homem branco de cabelos lisos.*

*Nem sequer quis questionar o homem: “é minha comida?”. Não poderia ser, era apenas coincidência, e partiu para o portão certo de que encontraria um outro padrão de trabalhador. E ele estava certo.*

*“E se fosse um homem negro, morador do prédio, subindo com sua própria comida?”, eu tive que lhe perguntar.*

*Teria sido racista, talvez sem nenhuma indagação, teria estendido a mão para pegar a sacola alheia. Teria disparado gatilhos mesmo que não fosse a intenção.*

*Racismo estrutural é sutil e cotidiano.*

*Privilegio branco é sobre estar no topo da pirâmide social.*

*Romper os pactos da branquitude é um exercício eternamente cotidiano.*

*(Maconha, 2024)*

## 4 MÉTODO

### 4.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS (DESENHO DA PESQUISA)

Esta é uma pesquisa etnofarmacológica qualitativa para análise bioética que utiliza a ferramentas metodológica da observação participante (com perspectiva autoetnográfica).

A partir de uma perspectiva complexa da realidade, analisamos o processo de utilização e regulamentação da maconha para fins terapêuticos, por um lado, sob a perspectiva do acúmulo de conhecimento e da práxis do saber médico-farmacêutico e, por outro, a partir do saber e da práxis tradicional e popular. A pergunta que guiou nossa pesquisa foi: “o uso de *Cannabis* para fins medicinais requer prescrição médica?”

Nas pesquisas qualitativas, é comum haver flexibilidade de delineamento metodológico, possibilitando adaptações de acordo com o que vai se apresentando na descoberta dos dados. Nelas, o pesquisador é a principal ferramenta para compreensão da realidade, e este almeja identificar conceitos que emergem da vida real, representar as perspectivas das pessoas inseridas em seus contextos, esforçando-se para usar múltiplas fontes de evidência (124).

A etnofarmacologia é uma subárea da etnobiologia que estuda essa relação das pessoas com plantas e animais para fins medicinais. Ela utiliza os métodos de pesquisa das ciências sociais como a etnografia, a observação participante, a coleta em bola de neve, entre outras abordagens que englobam entrevistas, turnês guiadas e questionários para obtenção de dados qualitativos e quantitativos (125).

Na contemporaneidade, etnofarmacologia tem sido útil para a descoberta de novas espécies com propriedades terapêuticas, sendo uma importante estratégia das indústrias farmacêuticas na descoberta de potenciais medicamentos (126). Mas também cumprem papel importante, como estudo antropológico, para a compreensão da cultura. Para Posey (127), a essência da Etnobiologia é “o estudo do papel da

natureza no sistema de crenças e de adaptação do homem a determinados ambientes”. Esta pesquisa, cujas bases epistêmicas são do campo da bioética, tem menos interesse nas propriedades fitofarmacêuticas da planta, pretendendo colaborar para elucidar questões morais importantes acerca da relação terapêutica da humanidade com a maconha. Buscamos a compreensão das questões morais pela via da bioética sentipensante, não especista, situando o vegetal como sujeito de direitos.

Embora a maioria das pesquisas do campo esteja focada na relação das populações rurais e originárias e suas utilizações dos recursos ecológicos, a etnofarmacologia no contexto urbano tem aparecido na literatura, sendo necessária a compreensão da relação natureza-homem nas cidades. A maioria dos estudos buscam identificar as plantas (comestíveis ou para uso medicinal) encontradas nas feiras populares, muitos enfatizando a influência da imigração ou migração na disponibilidade de certas espécies (128). No caso da maconha, o caminho que essa pesquisa traçou não foi o da busca aleatória em feiras ou outros meios; nosso ponto de partida foi o Projeto de Extensão Ambulatório Cannábico da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) a partir de onde tivemos acesso aos participantes que possuem autorização para utilizar, cultivar e manipular a planta para fins medicinais ou que tenham interesse no assunto.

O estado ilegal da maconha pode levar à associação automática dela com a marginalidade, e talvez não seja exagero ratificar aqui que ela é uma planta, um recurso natural milenarmente manipulado pela humanidade e que, mais recentemente, ao longo do processo de industrialização do mundo moderno, foi envolvida num contexto de difamação. Assim, a melhor estratégia para encontrar os participantes de pesquisa foi a partir do referido projeto de extensão por atrair as pessoas com o perfil dos nossos critérios de inclusão, sem lhes acrescentar os riscos jurídicos que uma busca ativa por outro caminho poderia acarretar.

Este trabalho buscou explorar a relação contemporânea do homem com a maconha, que, como já referido, encontra-se em um momento histórico peculiar de medicalização, no qual surgem os papéis da medicina prescritora de *Cannabis*, do paciente de *Cannabis* prescrita, da indústria agro-farmacêutica de *Cannabis* e, também, daqueles que chamamos de autodidatas do uso fitoterápico de *Cannabis*:

pessoas que cultivam a planta em casa para fins terapêuticos próprios ou de seus familiares (alguns deles com proteção de *Habeas corpus* preventivo).

Salientamos que esses novos atores coexistem – e muitas vezes coincidem – com as figuras do usuário recreativo, do usuário problemático, do tráfico e dos médicos contrários total ou parcialmente às diversas formas de uso da planta. Como delimitação estratégica para responder a nossa pergunta de pesquisa, foram excluídos participantes cujo uso da maconha ou interesse não seja para fins medicinais.

O Ambulatório Cannábico promove ações de ensino, pesquisa e extensão sobre uso terapêutico da maconha; suas principais atuações tem sido:

a) os atendimentos médicos (presenciais) a usuários e usuárias procedentes das associações de usuários de *Cannabis* medicinal local e de outras procedências: encaminhado da rede de saúde ou que buscam espontaneamente o projeto, por exemplo. Os atendimentos são focados na avaliação global de cada usuário e usuária com intuito de indicar ou não prescrição dos diversos derivados de maconha. Os responsáveis pelos atendimentos, os professores Rodrigo Cariri, médico de família e comunidade e Vinícius Vieira (também pesquisador principal desta pesquisa) atuam sob a perspectiva da Método Clínico Centrado na Pessoa - MCCP (129), estabelecendo uma relação médico-paciente horizontal e com valorização das sabedorias de cada pessoa;

b) a formação acadêmica: serve como campo de estágio para estudantes de graduação em medicina e para residência médica em psiquiatria e em medicina de família e comunidade. Ainda realizou o I Curso de Formação em prescrição de *Cannabis* para médicos em 2021, com aulas teóricas virtuais e aulas práticas presenciais voltadas para profissionais da rede de saúde da cidade do Recife;

c) a Roda Cannábica, espaço aberto ao público em geral e a profissionais interessados para conversar sobre o tema, que teve início em setembro de 2021 com previsão de frequência mensal, tendo como principal metodologia a educação popular em saúde (130); e

d) as atividades de pesquisa, como o acompanhamento dos resultados clínicos

apresentados pela clientela atendida e como esta pesquisa.

A observação participante é uma das principais técnicas de pesquisa empírica qualitativa, sendo útil à observação dos fenômenos sociais em sua realidade dinâmica, e o pesquisador é o principal instrumento de pesquisa, podendo assumir no campo, posturas que vão desde observação total à participação total. Seu roteiro tende a ser o mais aberto possível, permitindo menos influências das ideias pré-concebidas do pesquisador, que deve estar aberto aos dados que emergem do campo observado. (131) Neste estudo, o interesse do pesquisador é transformar em dados de pesquisa sua experiência no Ambulatório, seus questionamentos, suas sensações e suas observações, caracterizando um processo autoetnográfico (132). O próprio pesquisador será participante da pesquisa uma vez que a sua experiência será o meio para compreensão da experiência cultural.

*É o corpo um instrumento de pesquisa...*

*São vidas sendo pesquisadas...*

*Prazer e dor como marco para os valores bioéticos...*

*É o corpo de uma planta em investigação...*

*Vegetal sofre ou só vegeta?*

*Vegetal pensa?*

*Vegetal faz pesquisa!!*

*O meu método é bio-psico-espiritual: incorporado literalmente pelo pesquisador, minhas centenas de partículas fundem-se ao seu corpo, agem em suas células, incitando um turbilhão de sensações que culminam com as suas mãos sobre o computador.*

*Quando ele volta a si,*

*os versos já estão aí.*

*(Cannabis sativa, 2024)*

## 4.2 CAMPO DE PESQUISA, RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA

### 4.2.1 O PROJETO DE EXTENSÃO AMBULATÓRIO CANNÁBICO

O Ambulatório Cannábico é um projeto de extensão ligado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE *campus* Recife, idealizado e coordenado pelo professor Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida, médico de família e comunidade. Oficializado como Projeto de Extensão, suas atividades acontecem no Serviço Integrado de Saúde (SIS) da UFPE a partir de 2021, as ações originárias do professor Rodrigo Cariri ocorreram em 2018 a partir das demandas das primeiras associações recifenses de pacientes usuários de maconha medicinal (CANNAPE e AMME) pelo acompanhamento de seus associados. Foi uma etapa com objetivo de documentar os efeitos terapêuticos e adversos de pessoas que já faziam o uso e de regularizar a situação legal dos pacientes com atualização de laudos e receitas.

Em dois anos, o cenário mudou de forma acelerada, e as associações sinalizaram o aumento da procura pelos produtos canábicos e a escassez de acesso a prescritores, principalmente no Sistema Único de Saúde (SUS), convocando o crescimento do projeto. Em dezembro de 2020, em plena pandemia pela COVID 19, a alta demanda impulsionou o professor a fazer parcerias para um mutirão de avaliação e prescrição que atendeu a 41 usuários para reavaliação ou início do tratamento. Este pesquisador foi um dos prescritores a atuarem no mutirão, sendo a primeira inserção dele no campo (antes mesmo de idealizar a pesquisa).

Em 2021, o projeto foi crescendo e passou a projetar-se como referência no SUS em *Cannabis* medicinal, buscando agora não apenas dar apoio às associações, mas ampliar o acesso à prescrição. Com esse objetivo, surgiram as Rodas Canábicas, um espaço de educação popular sobre o tema, de divulgação do ambulatório e de principal acesso aos atendimentos. Foi também realizado o I Curso de Prescrição de Canabinóides composto por aulas teóricas e aulas práticas, havendo mais de 100 médicos ou médicas inscritos (as). As aulas práticas ocorreram semanalmente entre

agosto e novembro de 2021, cumprindo um duplo papel de atender à demanda originada da Roda e de formar os prescritores (infelizmente por motivos que fogem ao nosso conhecimento, menos de dez profissionais inscritos no Curso participaram das aulas práticas).

Formalizado com o Projeto de Extensão desde 2021, tem, entre seus objetivos gerais e específicos: acompanhar o uso medicinal de derivados de *Cannabis*, documentar efeitos terapêuticos e adversos, regularizar situação dos pacientes para os processos de aquisição legal dos medicamentos, ampliar o acesso de pacientes ao tratamento, mapear a situação legal da proibição, descriminalização, despenalização e legalização da maconha, oferecer subsídios para o debate sobre a política de drogas e discutir com usuários o contexto clínico e sociocultural que envolve a maconha para fins medicinal ou não.

O Ambulatório Cannábico é o campo central desta pesquisa, tendo sido realizada Observação Participante. Esta etapa corresponde ao nível amplo de coleta de dados, sendo a base inicial para identificação dos dados originados da realidade. O pesquisador está envolvido de alguma forma com o projeto desde 2020 e no segundo semestre de 2021, quando se iniciavam as etapas preliminares deste estudo, foi convidado pelo coordenador para estar na vice coordenação, dividindo atribuições nas atividades de atendimento clínico, de supervisão de residentes médicos e estudantes de graduação em medicina nesses atendimentos, de facilitação das Rodas Canábicas e de gestão do projeto.

Em 2022, as atividades aconteceram de forma regular entre março e dezembro, sendo atendidos 125 usuários e usuárias e realizadas 6 Rodas. As rodas não foram realizadas em agosto, setembro, novembro e dezembro devido ao tamanho da demanda, por isso, decidiu-se por realizar atendimentos no lugar delas.

Em outubro, a publicação da Resolução 2.324 de 2022 do CFM (51) restringiu drasticamente a possibilidade de prescrição de maconha e levou à paralização temporária das atividades de atendimentos e à convocação de Roda Cannábica para dialogar com a população sobre a questão. A referida resolução vetou o médico de prescrever derivados *in natura* de maconha (principal produto prescrito no Projeto) e permitia a prescrição apenas em casos muito restritos, excluindo a maior parte dos

nossos usuários do direito ao uso dos medicamentos que já vinham demonstrando resultados positivos. Após pressão popular, o CFM voltou atrás na publicação, abrindo nova consulta pública sobre ela.

Enquanto pesquisador, estive imerso nas atividades enquanto executor delas e realizando as observações a partir de roteiro pré-estabelecido para o diário de campo (Apêndice A). Não foi objetivo da observação obter informações sobre os participantes do projeto e as anotações no diário não contêm informações diretas de nenhum deles, sendo anotadas apenas as reflexões, as perguntas, as observações, os argumentos, os sentimentos e os valores percebidos pelo pesquisador. A única exceção foram os registros das condições de saúde que levaram tal usuário a procurar o Projeto, mas a anotação ocorreu sem a possibilidade de identificação do mesmo.

A partir dos objetivos da pesquisa e das observações preliminares do campo, o roteiro continha nove tópicos de observação: questões macropolíticas, questões locais e regionais, conhecimentos sobre a planta e suas formas farmacêuticas, acesso ao cuidado e ao medicamento, utilização da planta e seus derivados, aspectos sociais, econômicos e culturais sobre a planta, aspectos legais, problemas decorrentes do uso da planta e com formas farmacêuticas e, por fim, outras observações sobre conteúdos implícitos. Dentre desses tópicos, as anotações podiam ainda ser classificadas como observação geral, aspectos sobre os prescritores ou sobre os usuários.

As anotações foram iniciadas após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPE e conforme cronograma de pesquisa, sendo iniciadas em maio de 2022 e finalizadas em janeiro de 2023. As Rodas Cannábicas foram estratégicas para a Observação e a maior parte dos dados foi obtida nessa atividade.

Foi aplicado um questionário virtual para 21 médicos e médicas prescritores que tenham ou tiveram alguma relação com o projeto de extensão, como ter participado da Roda Cannábica, do curso de formação ou de alguma outra atividade. No entanto, esses dados não foram utilizados diretamente nesta pesquisa, sendo analisado livremente pelo pesquisador principal, e foram anotadas em diário de campo as reflexões, sentimentos e argumentos extraídas por ele a partir das respostas do grupo de médicos e médicas. O resultado direto desses questionários encontra-se no

## Apêndice B.

### 4.3 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DE DADOS

A análise de dados ocorreu em cinco fases, conforme descrito por Yin (133, 134), sem a utilização de *softwares*, cabendo ao pesquisador a execução das etapas:

- a) Compilação dos dados, quando foram organizadas as informações do diário de campo;
- b) Decomposição dos dados, na qual as informações foram codificadas em categorias internas;
- c) Recomposição dos dados, com as primeiras identificações de padrões emergentes e articulação com os princípios da BI, da DUBDH e de conceitos epistêmicos do sul;
- d) Interpretação dos dados (e discussão), fase de articulação de todas as etapas anteriores, em que o pesquisador aferiu seu próprio significado ao arranjo de dados. Ao final, foi realizada uma última análise em que o pesquisador analisou a perspectiva da planta através de técnicas do psicodrama – técnica psicoterápica na qual o pesquisador tem experiência de 6 anos, “o Psicodrama pode ser definido como a ciência que explora ‘a verdade’ por métodos dramáticos” (135). A narrativa sob a perspectiva da maconha foi diferenciada da narrativa geral, apresentando-se destacada do texto principal com recuo a esquerda de 4 cm, fonte 10 e em itálico. Além disso, foi utilizada linguagem figurativa, com textos poéticos de autoria própria ou de outras autoras ou outros autores devidamente referenciados (as).
- e) Conclusão (considerações finais).

Neste trabalho, a Bioética de Intervenção (BI) em articulação com as epistemes do sul tem o papel de sustentar a observação e a análise da realidade. Dessa forma, a construção das ferramentas metodológicas estão alinhadas com os princípios da

BI, a destacar: a compreensão da interrelação entre macropolítica e micropolítica; o corpo, a dor e o prazer como corte para os valores bioéticos; o princípio da justiça como equidade; o conceito de imperialismo moral e seus efeitos em países periféricos; a interferência da colonialidade da vida; os princípios da proteção dos mais frágeis, da prudência frente ao desconhecido, da prevenção de prejuízos e da precaução com ameaças das tecnologias (4 “Ps” da BI); e os princípios da emancipação social, do empoderamento e da libertação.

Como já referido também utilizamos os artigos 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 17 da DUBDH como categorias de análise. Na triangulação de dados (etapa de decomposição), agrupamos as categorias da BI, os conceitos oriundos das epistemes do sul e os artigos da DUBDH de acordo com o que emergiu da observação do campo.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – número do parecer: 5.289.449.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 COMPILAÇÃO DOS DADOS

O quadro 1 apresenta consolidado das anotações do diário de campo da observação participantes entre maio de 2022 e janeiro de 2023, incluindo seis participações em Rodas Cannábicas. Consideramos que houve saturação dos dados obtidos nas rodas de uma forma geral, excetuando-se a Roda ocorrida em 22 de outubro de 2022, na qual houve uma mobilização especial devido à Resolução 2.324 de 2022 do CFM (destacamos essa informação no consolidado).

Quadro 1 – Consolidado das anotações em diário de campo.

Observação participante do Ambulatório Cannábico (autoetnografia)			
Tópicos de observação	Observações gerais	Aspectos sobre os prescritores	Aspectos sobre os usuários
Questões macropolítica	<p>Problematização do proibicionismo sempre presente – e sempre a questão racial e das pessoas da periferia como vítimas da guerra às drogas.</p> <p>Questões sobre cultivo doméstico, lobby da indústria farmacêutica, custo de produtos industrializados e mesmo os artesanais ofertados pelas associações; o proibicionismo é criticado, são levantadas questões raciais na questão da proibição da maconha.</p> <p>Período eleitoral para presidência da república, com disputa entre as</p>	<p>Mercado médico da cannabis (com consultas caras) como mais uma consequência negativa do proibicionismo. Porque uma planta precisa de aval médico?</p> <p>Como é de praxe, aparecem relatos de discordância de colegas médicos acerca do uso de derivados canábicos, principalmente com o argumento de não haver evidências científicas; algumas falas trazem o conhecimento de alguns médicos da indicação autorizada pelo CFM de uso em epilepsias refratárias.</p>	<p>Presença de situações de uso fumado com fim terapêutico, inclusive com interesse em obter habeas corpus para plantar.</p> <p>Perfil diverso.</p> <p>Precisa andar com laudo para se proteger de prisão? - receio pela questão da ilegalidade</p> <p>Desassistência aos vários usuários que já estavam se beneficiando do medicamento. (resolução CFM 2324)</p> <p>Levantam pontos importantes como os problemas do proibicionismo, o maior</p>

	<p>pautas progressistas e conservadoras. (resolução CFM 2324)</p> <p>O CFM publica em outubro a resolução 2324/2022 limitando bastante a atuação do médico na prescrição de cannabis e derivados; basicamente a resolução torna infração ética a prescrição para as epilepsias ligadas a síndromes de Dravet e Lennox-Gastaut e no complexo da Esclerose Tuberosa. Proíbe ainda a prescrição de qualquer produto in natura e qualquer outro que não seja o CBD.</p> <p>Possibilidade de uma maior abertura do comércio de Cannabis com vitória de Lula. Como isso repercute no mercado da cannabis? Em quem está investindo nisso, como é o caso da Aliança e outras associações?</p> <p>Nova gestão federal!! Lula presidente! (jan/ 2023)</p>	<p>Interesse dos prescritores no mercado da cannabis devido a alta demanda de pacientes;</p> <p>Muitos médicos caminharam para a “desobediência” à resolução 2324 CFM - em sua maioria médicos de consultórios particulares.</p> <p>Prescrição de cannabis não parece ter sido influenciada negativamente pela resolução do CFM 2324. (jan/ 2023).</p> <p>Cada vez mais produtos industrializados estão chegando às farmácias brasileiras.</p> <p>A medicina no Brasil, em sua raiz, tem relação com a elite, tendo sido útil aos seus interesses. É uma profissão de prestígio, exercida majoritariamente por pessoas brancas cis heterossexuais (a nossa amostra não foge a essa estatística).</p>	<p>prejuízo para a população periférica e negra. (resolução CFM 2324)</p> <p>Altos custos dos medicamentos das farmácias (resolução CFM 2324).</p> <p>Diversidade de grupos que acessam o ambulatório vai desde pessoas em situação de vulnerabilidade até pessoas com certo poder aquisitivo – pessoas que conseguem acessar serviços privados de saúde</p>
<p>Questões locais e regionais</p>	<p>Legislativo pernambucano discutindo a pauta - PL de João Paulo.</p> <p>Paralisação das atividades de atendimento do Amb. canábico e articulação com associações e apoio jurídico para decidir como continuar. (resolução CFM 2324).</p> <p>Presença de vereadores que apoiam o projeto e pautas progressistas sobre drogas e sobre</p>	<p>O ambulatório entende o uso de cannabis como tratamento complementar. Não faz diagnósticos, nem pretende fazer o seguimento da condição clínica, havendo necessidade de que todos os usuários mantenham acompanhamento com outros médicos de referência</p> <p>Desde abril de 2022, residentes de psiquiatria (SESAU/Recife) passaram a participar</p>	<p>Ambulatório como articulador das associações em PE.</p> <p>Em PE, mulheres deram o pontapé para o uso medicinal de cannabis para filhos e filhas com patologias neuropsicológicas, tais como epilepsias, autismos, déficits intelectuais. As precursoras são defensoras do uso doméstico e atestam a eficácia dos produtos em seus filhos e filhas</p>

	<p>maconha medicinal (resolução CFM 2324).</p> <p>Iniciada conversa com representante da Prefeitura da Cidade do Recife para novo curso de formação de prescritores em convênio com a prefeitura de forma a qualificar os médicos da rede para a prescrição.</p> <p>Demanda crescente!!</p> <p>Desafios para continuidade dos atendimentos por falta de prescritores</p>	<p>dos atendimentos do ambulatório e da roda. Recebemos hoje uma nova dupla de residentes de psiquiatria, que vão estagiar por 3 meses.</p> <p>Pensa-se em buscar proteção jurídica para manter os atendimentos e prescrição. (resolução 2324 CFM)</p> <p>Outro encaminhamento foi fazer projeto para desenvolver a prescrição a partir de pesquisa (ficou permitido pela resolução 2324 CFM)</p> <p>Em toda roda, falamos sobre o ambulatório e as questões do acompanhamento, limites e contratos.</p>	<p>Clientela procurando medicamentos com custo menor, geralmente em busca de prescrição para as associações de Pernambuco</p> <p>Aumento de procura, inclusive pessoas que vieram agendar para outras pessoas (jan/2023).</p> <p>Explicita fragilidade do ambulatório com recursos - para marcação, contato com os usuários, manutenção dos atendimentos</p>
<p>Conhecimentos sobre a planta e suas formas farmacêuticas</p>	<p>Há espaço para educação popular sobre os conhecimentos</p> <p>Muitos na roda vêm com pouco conhecimento sobre uso terapêutico de maconha, mas vem com interesse em saber se pode ser útil à sua condição de saúde e para agendar avaliação.</p> <p>Essa questão tem se saturado.</p>	<p>O compartilhamento de experiências dos usuários com os derivados é sempre muito importante. Elas são diversas, mas predominam as boas experiências para fibromialgia e para o autismo.</p> <p>Após a roda, conversamos com os residentes, e eles expuseram falta de conhecimento sobre como prescrever e sobre os resultados. Atendemos uma criança com autismo com relato de bom resultado geral após 3 meses de uso, que marca positivamente os residentes.</p> <p>Experiência própria do prescritor com o uso terapêutico de derivados para si ou para familiares</p>	<p>Uso fumado como recurso terapêutico.</p> <p>Mulheres que fazem o cultivo doméstico “manejam” o cultivo, e a utilização medicinal, demonstram conhecimentos gerais acerca de plantio, de extração, do uso clínico de princípios ativos. Isso não implica em ausência de acompanhamento médico, ao contrário, todas têm demandas por discutir as situações e por ouvir opinião médica</p> <p>Confiança nos poderes da natureza.</p> <p>Uso fumado como recurso terapêutico.</p> <p>Como ficam os usuários com benefícios do uso de óleos <i>full spectrum</i>? E de THC? (resolução 2324 CFM)</p>

		<p>Porque o CFM ignora a possibilidade de uso terapêutico de todos os derivados?</p> <p>Evitamos produtos com THC em situações em que há contra indicação.</p> <p>Prescrição de CBD isolado.</p> <p>Discordância de colegas médicos acerca do uso de derivados canábicos, principalmente com o argumento de não haver evidências científicas.</p> <p>No geral, quando os prescritores avaliaram os riscos e benefícios dos produtos (ricos em CBD, THC ou mistos), eles defendem que essa razão depende da avaliação médica (39% para o CBD, 57% para o THC e 52% para o misto).</p>	
<p>Acesso ao cuidado e ao medicamento</p>	<p>Dúvidas sobre forma de acesso ao medicamento;</p> <p>A roda é o principal meio atualmente de agendamento de avaliação do ambulatório;</p> <p>É boa a perspectiva de maior profissionalização das associações em Pernambuco</p>	<p>Os prescritores receberam visitas ou convites para eventos de produtos industriais importados e de produtos comercializados no Brasil. As associações também tem encontrado forma de propaganda.</p> <p>Na amostra, apenas 3 prescritores estão exclusivamente na rede privada, e pelo menos 11 deles estão prioritariamente ou exclusivamente nos serviços públicos.</p> <p>Fala médica: o plantio pode ser a principal forma de produção de fitoterápicos para qualquer fim, entretanto é fundamental pensar e desenvolver para outra dimensão a produção</p>	<p>Interesse por autorização judicial para plantar.</p> <p>Saber valores dos produtos - baixo custo com maior importância</p> <p>Preocupações com a continuidade de acesso a atendimento e medicamento (resolução 2324 CFM)</p>

		<p>agroecológica vinculada a uma proposta de reforma agrária popular no Brasil.</p> <p>Fala médica: espero que o óleo Medicinal venha a ser produzido pelo laboratório público – LAFEPE.</p>	
<p>Utilização da planta e seus derivados</p>	<p>Há espaço para educação popular sobre os conhecimentos</p> <p>Essa questão tem se saturado, não aparecendo novidades.</p>	<p>Valorização das experiências dos usuários com o uso do medicamento.</p> <p>Cautela com a prescrição para transtornos mentais.</p> <p>3 prescritores não indicariam produtos industrializados com THC e/ou CBD isolados, 2 prescritores não indicariam produtos industrializados <i>broad spectrum</i> – movimento de valorizar a efetividade dos óleos artesanais, principalmente pelo efeito comitiva.</p> <p>A presença de maiores doses de THC é avaliada com maiores riscos e maior necessidade de avaliação médica (pelos prescritores).</p> <p>Não se pode deixar de levar em consideração a prescrição de óleos mais artesanais pelos médicos da amostra (mesmo sendo a minoria que declarou ter maior experiência com esses tipos).</p> <p>Perguntados sobre que produtos não indicam, apenas 4 (19%) dos prescritores não indicariam produtos de produção caseira.</p>	<p>Autonomia para manipular doses</p> <p>Ratificação dos benefícios da maconha in natura para diversos fins.</p> <p>Uso de apresentações em óleo, flores in natura e pomadas.</p> <p>Condições atendidas ou relatadas buscando avaliação para uso de Cannabis (nem sempre foi prescrito): fibromialgia, TEA, dores crônicas, outras dores, tratamento adjuvante no câncer, ansiedade, demências, Doença de Parkinson, tremor essencial, epilepsias, depressão, Esquizofrenias, TUS, Doenças autoimunes, Transtorno mental sem especificações, enxaqueca, experimentação.</p>

<p>Aspectos sociais, econômicos e culturais sobre a planta</p>	<p>Não há evitação de falar sobre maconha, há sim uma tentativa de educar para que é a planta proibida que tem tantos elementos terapêuticos.</p> <p>O preconceito relacionado ao proibicionismo aparece, o habeas corpus é defendido como forma de tornar o acesso mais barato</p> <p>Possibilidade de haver alguma explicação não explícita para a resolução sair no meio de um processo eleitoral. O CFM levanta uma pauta conservadora com que fim? (resolução 2324 CFM)</p> <p>A resolução ainda tem um caráter ditatorial, pois proíbe o médico de dar aulas, cursos e palestras “fora de ambiente científico”.</p> <p>Esse movimento do CFM evidencia o tratamento diferente com os produtos farmacêuticos e o uso fitoterápico e adulto.</p> <p>Como podem proibir algo que vem da natureza? É uma planta!</p>	<p>Restrição da prescrição médica (resolução 2324 CFM)</p>	<p>Não houve falas preconceituosas ou com receio do uso</p>
--	--	--	---

<p>Aspectos legais sobre uso da planta e seus derivados</p>	<p>Pelo estado legal atual, há um cuidado no ambulatorio em relação às indicações que são feitas, havendo prudência nas prescrições - é sempre ratificado que o agendamento não significa que necessariamente o usuário vai sair com a prescrição. Há nisso um sentido de proteger o projeto de problemas jurídicos</p> <p>Especialmente hoje, o tema do habeas corpus foi trazido com a melhor opção pela potência de individualização do tratamento e custo; as experiências em PE contaram, em alguns casos, com a atuação do ambulatorio</p> <p>Representantes de uma associação afirmam que estão próximos de conseguir autorização da justiça para plantar, extrair e distribuir óleos para os associados.</p> <p>Há um sentido de proteger o projeto de problemas jurídicos</p>	<p>Embora os prescritores sejam favoráveis à legalização da maconha (ao menos para fins medicinais), 7 deles (33.3%) não recomendam ou não são favoráveis ao plantio caseiro e extração pelo próprio paciente.</p> <p>Todos os participantes eram favoráveis à legalização da maconha, sendo 18 (85,7%) a favor da legalização para uso adulto, medicinal, religioso e comercial e 3 (14,3%) foram a favor apenas para uso medicinal.</p> <p>13 (62%) prescritores consideram recomendável o cultivo e extração de produtos derivados de maconha pelo próprio paciente. 6 (28,6%) consideram-se favoráveis, mas não recomendam. A atuação no SUS se relacionou com a recomendação do cultivo caseiro.</p> <p>Fala médica pelo fim da guerra às drogas e do genocídio dos jovens negros pela mão do Estado</p>	<p>O projeto assiste a pelo menos 11 pessoas que conseguiram habeas corpus conseguidos a partir do atendimento no Ambulatório Cannábico.</p> <p>Falas militantes pela legalização da maconha para todos os fins.</p> <p>Preocupações legais quanto a portar o medicamento, o óleo prescrito.</p> <p>Frequente participação de pessoas da área jurídica nas rodas canábicas.</p> <p>Associação Aliança consegue Habeas corpus para cultivar, extrair e distribuir medicamento para seus associados.</p>
<p>Problemas com uso da planta e suas formas farmacêuticas</p>	<p>Não tem aparecido. Talvez quem tenha problemas, não retorna ao ambulatorio</p> <p>Percebo que a maioria dos relatos trazem consenso de que os efeitos colaterais são raros</p>	<p>Preocupações com qualidade do produto. Farmacêuticos garantem que é possível fazer extração caseira com boa qualidade. E admitem que não necessariamente as formulações farmacêuticas garantem boa qualidade, pois não há controle de qualidade em todo o processo, principalmente durante o</p>	<p>Antes de roda, conversei com uma mãe preocupado com alguns comportamentos de adolescente (faz uso de cannabis por cultivo próprio desde infância) - me pareceu que a questão está mais relacionada a adolescência que ao uso de cannabis, de toda forma, foi agendada avaliação individual</p>

		<p>processo de distribuição das substâncias.</p> <p>15 prescritores (71,4%) não indicam óleos de origem indeterminada (alguns pontuaram que a questão seria não saber quais as características fitoquímica do produto).</p> <p>A presença de maiores doses de THC é avaliada com maiores riscos e maior necessidade de avaliação médica (pelos prescritores)</p>	
Outros e observações sobre conteúdos implícitos	<p>Há uma insegurança quanto ao uso em situações psiquiátricas, por um lado para evitar medicalização de situações gerais da vida (como no caso de quadros de ansiedade), por outro por insegurança no uso em situações que envolve a psicose - é dito explicitamente que não se atendem casos de esquizofrenia no ambulatório. Aqui fico na dúvida o quanto o estigma pode interferir nessa posição, e penso que precisamos conversar sobre isso para que não haja barreiras de acesso devido ao estigma - a construção de protocolos poderia ajudar nesse quesito.</p> <p>Nesta roda, havia um discurso favorável à legalização da maconha para todos os fins</p> <p>Foi lembrado que o CFM aprovou uso de cloroquina para COVID 19 sem evidências (ao contrário), mas no caso da maconha, faz um movimento contrário à autonomia do médico é</p>	<p>Na amostra, apenas 3 prescritores estão exclusivamente na rede privada, e pelo menos 11 deles estão prioritariamente ou exclusivamente nos serviços públicos. Isso revela um papel formador para o SUS.</p> <p>7 (33,3%) dos prescritores receberam visitas ou foram convidados para eventos para divulgação de produtos de Associações.</p> <p>Fala médica: não podemos deixar que práticas ancestrais e milenares sejam colonizadas pela indústria farmacêutica. Saúde não é mercadoria.</p>	<p>Curioso que um psicólogo sem problemas de saúde procurou para "experimental" o óleo para saber como os pacientes usam. Por isso a roda é importante para explicar quem atendemos.</p>

	<p>radical, limitando imensamente o uso que já está corriqueiro no país. (resolução 2324 CFM)</p> <p>Ambulatório cannabis e suas articulações como estratégia de luta.</p> <p>Fora da roda, temos recebido visitas de representantes comerciais de produtos à base de cannabis. Convites para jantar e oferta para promover coffee break para a roda. Temos recusado.</p>		
--	---	--	--

Fonte: pesquisa do autor, 2024.

## 5.2 DECOMPOSIÇÃO DOS DADOS

Nesta etapa, os dados foram decompostos em categorias criadas a partir da nossa pergunta guia: o uso da *Cannabis* para fins terapêuticos requer prescrição médica? Não buscamos por respostas simplistas a essa pergunta, como “sim” ou “não”, e entendemos que, implicitamente, este questionamento abarca pontos mais relevantes à discussão pretendida: uma investigação bioética sobre a regulamentação (legalização) da *Cannabis* para fins medicinais enquanto, de forma ambivalente, ainda há a demonização da maconha (droga ilícita).

Ao examinar esses pormenores, pudemos desmembrar a questão e explicitar as categorias de análise, realizando, então, a decomposição dos códigos iniciais (dados compilados) em: poder médico e valorização do conhecimento baseado em evidências (em detrimento de outros saberes), capital e industrial farmacêutico, acesso aos profissionais prescritores e às formas farmacêuticas, desvalorização dos saberes tradicionais, marginalização do uso não prescrito no debate sobre regulamentação da planta, atribuição de riscos aos fitocanabinoides (exigência de controle sobre o uso), valorização dos saberes populares e tradicionais e resistência

ao poder médico ou à indústria da *Cannabis* medicinal.

Após a constituição das categorias, voltamos aos dados compilados e grifamos cada um deles de acordo com uma ou mais classificação (apresentamos os dados compilados grifados no Apêndice C). Abaixo, o quadro 2 apresenta o resultado da decomposição, que não se constitui de uma simples reorganização dos dados em um novo quadro, mas principalmente de levantamento de argumentos e reflexões originados dos elementos coletados em campo.

Quadro 2 – Decomposição dos dados

Decomposição dos dados	
Categorias	Argumentos e questões
Poder médico e valorização de conhecimento baseado evidências (em detrimento de outros conhecimentos)	<p>CFM publica em outubro a resolução 2.324/2022 – vetando os médicos de prescreverem derivados artesanais e para situações extremamente limitantes.</p> <p>Muitos médicos “especialistas” em <i>Cannabis</i> fizeram um movimento em redes sociais de “desobediência” à resolução 2.324 do CFM - em sua maioria, esse grupo era formado por médicos de consultórios particulares.</p> <p>Com a mobilização nacional de familiares, pacientes e prescritores, o CFM voltou atrás e colocou a resolução novamente em consulta. Na prática, a prescrição não parece ter sido influenciada negativamente pela resolução.</p> <p>Precisa andar com laudo para se proteger de prisão? (explicitando o poder médico na regulamentação da maconha).</p> <p>Possibilidade de haver alguma explicação não explícita para a resolução sair no meio de um processo eleitoral. O CFM levanta uma pauta conservadora com que fim? (resolução 2.324 CFM)</p> <p>A medicina no Brasil, em sua raiz, tem relação com a elite, tendo sido útil aos seus interesses. É uma profissão de prestígio, exercida majoritariamente por pessoas brancas cis heterossexuais (a nossa amostra não foge a essa estatística).</p> <p>Discordância de colegas médicos acerca do uso de derivados canábicos, principalmente com o argumento de não haver evidências científicas.</p> <p>No geral, quando os prescritores avaliaram os riscos e benefícios dos produtos (ricos em CBD, THC ou mistos), eles defendem que essa razão depende da avaliação médica (39% para o CBD, 57% para o THC e 52% para o misto).</p>

	<p>Pelo estado legal atual, há um cuidado no ambulatório em relação às indicações que são feitas, havendo prudência nas prescrições - é sempre ratificado que o agendamento não significa que necessariamente o usuário vai sair com a prescrição. Há nisso um sentido de proteger o projeto de problemas jurídicos.</p>
<p>Capital e industrial farmacêutico</p>	<p>Altos custos dos medicamentos das farmácias - lobby da indústria farmacêutica, influenciando nos custos de produtos industrializados.</p> <p>Os prescritores receberam visitas ou convites para eventos de produtos industriais importados e de produtos comercializados no Brasil. As associações também tem encontrado forma de propaganda.</p> <p>Fora da roda, temos recebido visitas de representantes comerciais de produtos à base de cannabis. Convites para jantar e oferta para promover coffee break para a roda. Temos recusado.</p> <p>No ambulatório, evitamos produtos com THC nas situações em que há maiores riscos teóricos: adolescência, transtorno bipolar e histórias de psicoses, sendo as únicas situações onde costuma ser prescrito o CBD isolado ou produtos <i>broad spectrum</i>.</p> <p>Possibilidade de haver alguma explicação não explícita para a resolução sair no meio de um processo eleitoral. Qual a influência da indústria? (resolução 2.324 CFM)</p> <p>A possibilidade de o usuário realizar sua própria produção de medicamento esteve associada com a condição de determinar o conteúdo de CBD/THC, demonstrando o cuidado com questões técnicas e de qualidade desses produtos. Há de toda forma uma interrelação com as questões farmacêuticas.</p>

<p>Acesso aos profissionais prescritores e às formas farmacêuticas</p>	<p>Altos custos dos medicamentos farmacêuticos e até mesmo os óleos artesanais ofertados pelas associações, que, embora mais baratos, têm preços que impedem acesso de boa parte da população.</p> <p>Mercado médico da prescrição de <i>Cannabis</i> (com consultas caras) como mais uma consequência negativa do proibicionismo - interesse dos prescritores no mercado devido à alta demanda de pacientes.</p> <p>Desassistência aos vários usuários que já estavam se beneficiando do medicamento (possível consequência caso a resolução 2.324 do CFM estivesse valendo ou venha a valer, ela ainda está em consulta).</p> <p>O Projeto de extensão é atualmente, em Pernambuco, o único meio de atendimento pelo SUS especializado na prescrição de derivados em <i>Cannabis</i>. E a Roda é o principal meio de acesso ao ambulatório, sendo o acesso frágil e restrito.</p> <p>Na amostra, apenas 3 prescritores estão exclusivamente na rede privada, e pelo menos 11 deles estão prioritariamente ou exclusivamente nos serviços públicos.</p> <p>Na amostra, houve amplo espectro de produtos prescritos pelos participantes: de produtos industrializados a produtos mais artesanais. É notável a credibilidade da ABRACE (62% dos participantes afirmam ter maior experiência com seus óleos) – vale ressaltar que atualmente essa associação conta com estrutura industrial (foi a primeira associação a ter Habeas corpus).</p>
<p>Marginalização do uso não prescrito no debate sobre regulamentação da planta</p>	<p>A problematização do proibicionismo sempre presente nas rodas, e o cruzamento do assunto com as questões raciais levanta questões sobre o porquê de legalizar o uso medicinal apenas.</p> <p>Os maiores prejudicados com o proibicionismo é a população periférica e negra. A resolução do CFM desprotege ainda mais esse grupo.</p> <p>Está em disputa pautas progressistas e conservadoras, no entanto o mercado parece estar impulsionando a legalização para fins medicinais, sem se preocupar com o uso geral e os problemas da proibição.</p> <p>Embora os prescritores sejam favoráveis à legalização da maconha (ao menos para fins medicinais), 7 deles (33.3%) não recomendam ou não são favoráveis ao plantio caseiro e extração pelo próprio paciente.</p> <p>Precisa andar com laudo para se proteger de prisão? (manutenção do estado ilegal para uso não prescrito).</p>
<p>Atribuição de riscos aos fitocanabinoides (e exigência de controle sobre o uso)</p>	<p>A resolução 2.324/2022 do CFM denota o interesse no controle extremo dos produtos de <i>Cannabis</i>, contrastando com a tendência em outros locais do mundo e com a avaliação dos riscos considerando evidências científicas.</p> <p>Porque o CFM ignora a possibilidade de uso terapêutico de todos os derivados?</p>

	<p>Como ficariam os usuários com benefícios do uso de óleos <i>full spectrum</i>? E de THC? (já que resolução do CFM veta o uso desses produtos)</p> <p>Até o presente, não houve nenhum evento grave relacionado à prescrição de maconha. Talvez quem tenha problemas, não retorna ao ambulatório?</p> <p>Percebo que a maioria dos relatos trazem consenso de que os efeitos colaterais são raros.</p> <p>No ambulatório, há uma insegurança quanto ao uso em situações psiquiátricas, por um lado para evitar medicalização de situações gerais da vida (como no caso de quadros de ansiedade), por outro por insegurança no uso em situações que envolve a psicose - é dito explicitamente que não se atendem casos de esquizofrenia no ambulatório – embora haja pessoas atendidas e com prescrição de CBD isolado. Aqui fico na dúvida o quanto o estigma pode interferir nessa posição.</p> <p>15 prescritores (71,4%) não indicam óleos de origem indeterminada (alguns pontuaram que a questão seria não saber quais as características fitoquímica do produto).</p> <p>A presença de maiores doses de THC é avaliada com maiores riscos e maior necessidade de avaliação médica (pelos prescritores)</p>
<p>Valorização dos saberes populares e tradicionais</p>	<p>Confiança nos poderes da natureza.</p> <p>Em PE, mulheres deram o pontapé para o uso medicinal de cannabis para filhos e filhas com patologias neuropsicológicas, tais como epilepsias, autismos, déficits intelectuais. As precursoras são defensoras do uso doméstico e atestam a eficácia dos produtos em seus filhos e filhas</p> <p>Mulheres que fazem o cultivo doméstico “manejam” o cultivo, e a utilização medicinal, demonstram conhecimentos gerais acerca de plantio, de extração, do uso clínico de princípios ativos. Isso não implica em ausência de acompanhamento médico, ao contrário, todas têm demandas por discutir as situações e por ouvir opinião médica</p> <p>Há espaço para educação popular sobre os conhecimentos sobre a planta e seu uso, com valorização dos conhecimentos dos pacientes. O compartilhamento de experiências deles com os derivados é sempre muito importante. Uma informação clínica relevante que aprendemos com as mães parte da percepção delas de que os derivados de maconha funcionam melhor em crianças autistas sem uso de antipsicóticos.</p> <p>Na prática da prescrição da Cannabis, a necessidade de titulação gradual e necessidade de auto acompanhamento dos efeitos esperados dão mais autonomia aos usuários para manipular doses e facilitam a percepção deles sobre seu corpo e o efeito da medicação.</p> <p>Farmacêuticos garantem que é possível fazer extração caseira com boa qualidade. E admitem que não necessariamente as formulações farmacêuticas tem garantia de serem melhores, pois não há controle de qualidade em todo o processo, principalmente durante a distribuição das substâncias (o deslocamento de importação pode ser um grande problema).</p>

	<p>3 prescritores não indicariam produtos industrializados com THC e/ou CBD isolados, 2 prescritores não indicariam produtos industrializados <i>broad spectrum</i> – movimento de valorizar a efetividade dos óleos artesanais, principalmente pelo efeito comitiva.</p> <p>“Como podem proibir algo que vem da natureza? É uma planta!” – a partir do olhar dos povos originários, como podemos situar a questão da maconha? Quais seus direitos?</p>
<p>Resistência ao poder médico ou à indústria da maconha medicinal</p> <p>(movimento de usuários e associações)</p>	<p>É boa a perspectiva de maior profissionalização das associações em Pernambuco (uma associação ganhou autorização para cultivo, produção e distribuição).</p> <p>Clientela procurando medicamentos com custo menor, geralmente em busca de prescrição para as associações de Pernambuco – há casos que chegam em uso de óleo produzidos por eles mesmos com maconha adquiridas clandestinamente.</p> <p>Crescimento pelo interesse por autorização judicial para plantar – muitos usuários vão ao ambulatório já em uso de maconha (óleo produzido por si próprio ou fazendo uso inalado) para conseguir receita e laudo médicos para posterior aquisição de habeas corpus.</p> <p>O habeas corpus é defendido como forma de tornar o acesso mais barato e como potência de individualização do tratamento.</p> <p>Ratificação dos benefícios da maconha <i>in natura</i> para diversos fins (há exemplos práticos de casos com benefícios).</p> <p>No geral, há sempre nas Rodas pessoas com discursos favoráveis à legalização da maconha para todos os fins.</p> <p>Falas militantes pela legalização da maconha para todos os fins.</p> <p>Associação Aliança consegue Habeas corpus para cultivar, extrair e distribuir medicamento para seus associados.</p>
<p>Resistência ao poder médico ou à indústria da maconha medicinal</p> <p>(movimento de profissionais ou instituições)</p>	<p>Presença de vereadores que apoiam o projeto e pautas progressistas sobre drogas e sobre maconha medicinal</p> <p>O projeto assiste a pelo menos 11 pessoas que conseguiram habeas corpus conseguidos a partir do atendimento no Ambulatório Cannábico.</p> <p>O SIS conta com um projeto de fitoterapia comunitária. Há uma ideia de iniciar plantação de Cannabis na horta do SIS para produzir medicamentos.</p> <p>Iniciada conversa entre projeto de extensão e gestão do município do Recife para novo curso de formação de prescritores em convênio com a prefeitura de forma a qualificar os médicos da rede para a prescrição.</p> <p>Ambulatório como articulador das associações em PE (apoio a prescrição de muitos associados). E o ambulatório faz outras articulações estratégicas com políticos favoráveis à causa, com a defensoria pública, com a gestão</p>

	<p>municipal, com a UFPE, com programas de residência médica, com prescritores de diversos locais do país, etc.</p> <p>Há uma diversidade grande de perfil de pessoas que acessam o ambulatório – vai desde pessoas em situação de vulnerabilidade até pessoas com relativo poder aquisitivo.</p> <p>Na amostra, apenas 3 prescritores estão exclusivamente na rede privada, e pelo menos 11 deles estão prioritariamente ou exclusivamente nos serviços públicos. Isso revela um papel formador para o SUS.</p> <p>Não se pode deixar de levar em consideração a prescrição de óleos mais artesanais pelos médicos da amostra (mesmo sendo a minoria que declarou ter maior experiência com esses tipos).</p> <p>Perguntados sobre que produtos não indicam, apenas 4 (19%) dos prescritores não indicariam produtos de produção caseira.</p> <p>7 (33,3%) dos prescritores receberam visitas ou foram convidados para eventos para divulgação de produtos de Associações.</p> <p>Todos os participantes eram favoráveis à legalização da maconha, sendo 18 (85,7%) a favor da legalização para uso adulto, medicinal, religioso e comercial e 3 (14,3%) foram a favor apenas para uso medicinal.</p> <p>Médicos militantes envolvidos. Podemos destacar os comentários:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não podemos deixar que práticas ancestrais e milenares sejam colonizadas pela indústria farmacêutica. Saúde não é mercadoria.</li> <li>• O plantio pode ser a principal forma de produção de fitoterápicos para qualquer fim, entretanto é fundamental pensar e desenvolver para outra dimensão a produção agroecológica vinculada a uma proposta de reforma agrária popular no Brasil.</li> <li>• Pelo fim da guerra às drogas e do genocídio dos jovens negros pela mão do Estado</li> <li>• Espero que o óleo Medicinal venha a ser produzido pelo laboratório público – LAFEPE.</li> </ul>
--	---

Fonte: pesquisa do autor, 2024.

### 5.3 RECOMPOSIÇÃO DOS DADOS

Nesta etapa, analisamos os dados decompostos nas categorias acima e fizemos a recomposição, levantando questões bioéticas suscitadas por eles de acordo com o nosso referencial de análise, sendo separadas em três grupos temáticos: conceitos em bioética, enfoque biomédico-moral e enfoque sócio-político-econômico.

No Apêndice D encontra-se o quadro de análise de recomposição, no qual

relacionamos cada argumento ou questão com uma ou mais categoria da BI em articulação com os conceitos da decolonialidade e de pactos e privilégios da branquitude, além dos artigos selecionados da DUBDH, resultando no Quadro 3 abaixo. A partir da recomposição dos dados, iremos fazer a interpretação e a discussão dos nossos achados no próximo capítulo.

Quadro 3 – Resultado da recomposição dos dados

Questões bioéticas do campo	Categorias predominantes
Conceitos em bioética	
<p>As drogas psicoativas agem nos corpos promovendo, entre outros efeitos, o prazer. O discurso predominante sobre elas, no entanto, considera apenas os seus riscos à saúde (o que também é relevante de ser analisado). Portanto, como conciliar a discussão do tema com a categoria corpo (dor e prazer) enquanto referencial bioético na BI?</p>	<p>Corporeidade, decolonialidade</p>
Enfoque biomédico-moral	
<p>A utilização de maconha para modificações de estados mentais e espirituais foi relacionada com problemas de saúde, e sua proibição serviria à proteção dos corpos humanos; por outro lado, a narrativa e as evidências científicas a respeito de seus benefícios têm ganhado força, e indivíduos com diversas doenças estão experimentando alívio de seus sintomas com o seu uso, reequilibrando a relação risco-benefício. Sendo os riscos considerados mínimos, sua proibição não estaria cada vez menos justificável?</p>	<p>Prudência com os avanços, Corporeidade, Benefício e dano, Responsabilidade social e saúde e Compartilhamento de benefícios</p>
<p>Os possíveis danos da maconha são estudados há bastante tempo (em relação ao uso problemático) e os mais importantes estão relacionados ao THC. Informação, acesso ao cuidado em saúde, cautela ao usar produtos com maiores concentrações de THC e acesso a produtos com informações de composição seriam suficientes para evitar riscos ou deve-se planejar formas de controle mais rígidos (como solicitar receitas controladas)?</p>	<p>Prevenção frente a possíveis danos, concentração de poder, corporeidade, Benefício e dano</p>

<p>A preocupação deve ocorrer com os produtos desenvolvidos com tecnologia farmacêutica para isolamento de princípios ativos – conhecemos mais a ação da maconha <i>in natura</i> que a ação desses compostos de forma isolada. O que leva o CFM a tender a aceitação desses produtos e à rejeição de produtos <i>in natura</i>?</p>	<p>Precaução frente ao desconhecido, concentração de poder, Benefício e dano</p>
<p>Enfoque Sócio-político-econômico</p>	
<p>O proibicionismo é problemático para a população negra e periférica, sendo motivo de encarceramento desta população. A regulamentação da maconha para acesso em farmácias ou mesmo a regulamentação para fins medicinais desprotege os mais frágeis. Diante dos conhecimentos e práticas atuais, faz sentido a legalização da maconha de forma mais abrangente ou apenas para fins medicinais?</p>	<p>Proteção da dignidade dos mais vulneráveis, Igualdade, justiça e equidade, Emancipação, empoderamento e libertação, Não discriminação e não estigmatização, Responsabilidade social e saúde</p>
<p>Da mesma maneira que a medicina embasou a narrativa racista para proibição da maconha no passado, ela agora tem fundamentado sua regulamentação para fins medicinais diversos. Embora o CFM venha sendo bastante conservador sobre o tema, a Anvisa permitiu o uso de diversos produtos (inclusive não industriais), mas concentrando nas mãos dos médicos (dentistas e veterinários também) o poder da prescrição. Isso tem gerado um mercado de prescritores com consultas de alto custo. Além disso, a hiper estima da medicina baseada em evidência favorece a concentração de poder nas mãos de quem tem capital financeiro e científico para produzir pesquisas, favorecendo produtos de origem industrial estrangeiro. É possível pensar formas de regulamentação que favoreçam o acesso aos medicamentos para pessoas com baixos recursos de forma também a não onerar o SUS? Diante dos lucros proporcionados pelo mercado da maconha, que estratégias podem ser pensadas para proporcionar equidade e reparação social?</p>	<p>Concentração de poder, imperialismo, decolonialidade, pactos e privilégios da branquitude, igualdade, justiça e equidade, Não discriminação e não estigmatização, Solidariedade e cooperação Responsabilidade social e saúde, proteção do meio ambiente, da biosfera, da biodiversidade</p>
<p>O Ambulatório Cannábico da UFPE tem papel importante no cenário pernambucano, tendo apoiado as associações e seus associados nas avaliações e fornecimento das documentações necessárias ao uso medicinal legalizado. As Rodas Cannábicas configuram-se como potentes espaços de educação popular, orientando usuários e profissionais interessados no tema. Além disso, tem tido papel importante na formação de novos prescritores sem perder o diálogo com os usuários e com as associações, pensando prioritariamente em suas necessidades e na democratização do acesso ao tratamento com maconha.</p>	<p>Emancipação social, empoderamento e libertação, Respeito pela diversidade cultural e pluralismo, Solidariedade e cooperação, Responsabilidade social e saúde, Compartilhamento de benefícios</p>

<p>A <i>Cannabis</i> é uma planta manipulada pelo homem há milênios e ecleticamente utilizada em seu benefício. Apenas no momento histórico mais recente, a sua proibição impulsionou a humanidade a tentar extinguir a planta do planeta, sendo um exemplo de perseguição por sob discurso racista. Observando a natureza enquanto detentora de direitos, que ações humanas sobre a maconha poderiam ser consideradas eticamente aceitável ou inaceitável?</p>	<p>Decolonialidade, pactos e privilégios da branquitude, Não-Discriminação e Não-Estigmatização, Respeito pela diversidade cultural e pluralismo, Proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade</p>
---	--

Fonte: pesquisa do autor, 2024.

#### 5.4 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO

As questões bioéticas elencadas a partir do campo de pesquisa revelam ambivalentes visões sobre a *Cannabis* que podem ser desdobradas em dois enfoques arbitrários: o enfoque biomédico-moral e o enfoque sócio-político-econômico.

Em ambos enfoques, a análise a partir da Bioética de Intervenção incita a utilizar o corpo como marcador bioético principal, pois o corpo seria uma referência fundamental universal – todos experimentamos sensações de dores e de prazeres e esses sentimentos podem ser os marcadores para análises bioéticas mais concretas (então, de forma simplista, para ser didático, pode-se dizer que causar dor seria eticamente inaceitável, e aliviar dor ou gerar prazer seria eticamente aceitável) (109).

No entanto, a discussão do tema proposto nos apresentou um limite para o uso desse parâmetro: em relação ao uso de substâncias psicoativas, avaliar as consequências concretas das sensações de prazer e dor pode não ser o melhor parâmetro, já que o uso de drogas por si é predominantemente associado a danos, (ainda que também tragam uma sensação de prazer). E há forte rejeição de qualquer efeito benéfico para a grande maioria das drogas (38). Assim, consideramos haver uma ambivalência pertinente ao assunto difícil de ser solucionada pelo critério de dor *versus* prazer.

Não abandonamos a ideia do corpo como fator bastante relevante para a busca de ações eticamente admissíveis, pois uma bioética universal deve pretender o bem estar de todos, mas queremos apresentar um olhar mais sistêmico a partir do princípio

biocêntrico (105), considerando a sacralidade da vida (não apenas humana) em seu valor heurístico. Segunda essa visão, a vida é a energia organizadora em um sistema caótico, e a vitalidade resulta de múltiplos fatores que se integram para manter a estabilidade funcional e conservar a harmonia do sistema (105) [p.134].

Sob essa ótica, os valores éticos devem ser dirigidos para o processo de **integração humana**. Atitudes eticamente aceitas seriam aquelas a estimular a função primordial de conexão com a vida, que permita a cada indivíduo: integrar-se consigo mesmo (resgatar sua unidade biopsíquica), integra-se com o semelhante (resgatar o vínculo originário com a espécie como totalidade biológica) e integrar-se com o universo (resgatar o vínculo primordial que une o homem à natureza e reconhecer-se parte de uma totalidade maior – o cosmos).

Toro (105) [p.75] argumenta que as dissociações entre corpo-alma e homem-natureza estão conduzindo à profunda crise na qual vivemos, e quando tomamos consciência do significado do “milagre da vida”, nos é revelado um valor absoluto de valorização da existência. Não se pode deixar de argumentar a favor de uma análise bioética sentipensante (17), na qual a integração radical entre raciocínio e emoção servem de chave para a conexão do ser humano com a natureza sem especismos.

A ideia de integração sistêmica sugere uma análise ampla das ações humanas, analisando se elas agem em favor da manutenção e da evolução das diversas camadas sistêmicas componentes da vida: as células, o indivíduo como um sistema em interação, as comunidades, o ecossistema, o mundo e o cosmos. A análise sobre a questão das drogas (entre elas, a maconha em seus diversos fins) sob perspectiva biocêntrica, não se limita apenas ao seu efeito sobre dor e prazer (embora isso deva ser levado em conta), mas se abre para a compreensão da capacidade de integrar ou dissociar os sistemas em todos esses níveis.

De forma prática, considerando os aspectos sociais e históricos envolvidos no assunto da maconha, salientamos a necessidade de uma discussão politizada da realidade concreta, premissa da BI. Sem revelar os aspectos raciais que entravam a integração humana, esta seria uma discussão puramente “laboratorial”, sem conexão com as vivências da grande maioria das vidas na Terra.

*Faço ressoar as palavras da poetisa Márcia Wayna Kambeba (136)[p.27]:*

*“No território indígena,  
O silêncio é sabedoria milenar,  
Aprendemos com os mais velhos  
A ouvir, mais que falar.  
No silêncio da minha flecha,  
Resisti, não fui vencido,  
Fiz do silêncio a minha arma  
Pra lutar contra o inimigo.  
Silenciar é preciso,  
Para ouvir com o coração,  
A voz da natureza,  
O choro do nosso chão,  
O canto da mãe d'água  
Que na dança com o vento,  
Pede que a respeite,  
Pois é fonte de sustento.  
É preciso silenciar,  
Para pensar na solução,  
De frear o homem branco,  
Defendendo nosso lar,  
Fonte de vida e beleza,  
Para nós, para a nação!”  
(Márcia Wayna Kambeba, 2018)*

A seguir, apresentamos a discussão pelo enfoque biomédico-moral e o enfoque sócio-político-econômico para a indagação: o uso da *cannabis* para fins terapêuticos requer prescrição médica? Os trechos em negrito apresentam as questões bioéticas surgidas da recomposição dos dados presentes no quadro 3, as quais discutiremos uma a uma.

#### 5.4.1 DISCUSSÃO BIOÉTICA COM ENFOQUE BIOMÉDICO-MORAL

**A utilização de maconha para modificações de estados mentais e espirituais foi relacionada com problemas de saúde, e sua proibição serviria à**

**proteção dos corpos humanos; por outro lado, a narrativa e as evidências científicas a respeito de seus benefícios têm ganhado força, e indivíduos com diversas doenças estão experimentando alívio de seus sintomas com o seu uso, reequilibrando a relação risco-benefício. Sendo os riscos considerados mínimos, sua proibição não estaria cada vez menos justificável?**

A maconha não é um produto desconhecido da humanidade, ao contrário, sua utilização é milenar, e a ciência, tal como conhecemos hoje, já estuda a planta e alguns de seus derivados há pelo menos 60 anos se considerarmos o isolamento do THC por Mechoulam (41) e são 50 anos de pesquisa no Brasil (22). No entanto, a ênfase vinha sendo dada aos problemas relacionados a ela pelo processo de perseguição racista iniciado no século XIX (3), gerando uma visão estigmatizada e uma “defesa apaixonada” por médicos, políticos e elite em prol de sua proibição.

Ainda hoje, as entidades médicas e representantes da psiquiatria no Brasil sugerem a necessidade de uma suposta prudência com o recente uso medicinal de *Cannabis* (8). Isso reforça a necessidade de politização (como defendido pela BI) de todas as questões bioéticas, mesmo aquelas aparentemente restritas ao caráter biomédico. Assim, o princípio de prudência com o avanço científico da BI e o Artigo sobre Benefícios e Danos da DUBDH devem estar atentos aos interesses sociopolíticos inerentes às pesquisas científicas. A atitude científica sobre a maconha revela a importância dessas politizações, pois a leitura racista sobre a *Cannabis* (3) interferiu nas primeiras pesquisas sobre maconha no período pós-abolição, havendo destaque para supostos problemas relativos à planta. Os efeitos desse racismo científico perduram até os dias atuais, influenciando ainda a avaliação sobre a relação de benefícios e danos da planta para o corpo humano por parte da ABP e do CFM, entidades que insistem na manutenção de sua proibição e rejeitam qualquer uso terapêutico dela (8).

Durante anos, essa ótica racista levou ao impedimento de pesquisas que pudessem examinar a questão a partir do método científico matemático contemporâneo, mas quando essa barreira se rompeu, especialmente na última década, os resultados dos estudos evidenciam um baixo potencial de risco para a grande maioria das pessoas, como observamos na nossa revisão da literatura. Isso não isenta o uso da planta de riscos – adolescentes e pessoas predispostas às

psicoses têm riscos maiores – mas é um resultado muito diferente do que é propagado pelo *Decálogo sobre Maconha* das entidades médicas, que negam a possibilidade de qualquer uso considerado terapêutico (8).

Quando analisamos da medicina na história da proibição da maconha, precisamos reconhecer sua tomada de posição favorável à elite e ao seu projeto de embranquecimento da sociedade brasileira (3). Esse fato ilustra o pacto da branquitude (24), sendo um exemplo concreto de como se constituiu o proibicionismo como controle, demérito e perseguição das pessoas negras. O discurso vigente até hoje pode ser uma continuação velada (talvez inconsciente?) desses pactos?

No mundo todo, o uso de maconha para diversos fins medicinais é uma realidade, queira ou não queira o CFM e a ABP (36, 37), e as ações das entidades frente ao processo de utilização dela costumam apresentar vieses políticos consideráveis. Podem-se encontrar indícios dessa tendência na publicação da resolução do CFM 2.324/2022 (51), vetando os médicos e as médicas de prescreverem derivados artesanais e limitando extremamente suas indicações, na contramão da realidade de prescrição por parte dos médicos brasileiros, durante o processo eleitoral de 2022, no qual havia uma intensa polarização entre ideias conservadoras e progressistas. O discurso de proteção da população frente a um produto “mal” pode estar trajado de responsabilidade social para disfarçar outros interesses não explícitos, ferindo o artigo 14 da DBDH (Responsabilidade social e saúde) quando não prioriza como objetivo central a promoção de saúde e o desenvolvimento social da população.

Não se pode chamar de responsabilidade também quando a referida Resolução impacta em barreira de acesso para um número expressivo de pessoas já em uso com benefícios dos produtos artesanais à base de *Cannabis* e para diversas situações de saúde não contempladas por ela. No Ambulatório Cannábico, a prescrição de produtos artesanais é a regra, principalmente porque a maioria das pessoas que acessavam o projeto não possuía recursos para adquirir outras formas, e elas foram prejudicadas em seu tratamento por uma decisão não baseada nas evidências.

Para além das evidências científicas matemáticas, o Ambulatório é um observatório de bons resultados da utilização da planta para muitas pessoas

atendidas para as diversas indicações: fibromialgia, Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), dores crônicas e outras formas de dor, tratamento adjuvante para o câncer, ansiedade, demências, Doença de Parkinson, tremor essencial, epilepsias, depressão, Esquizofrenias, Transtorno por Uso de Substâncias (TUS), Doenças autoimunes, Transtorno mental sem especificações e enxaqueca. Muitas dessas pessoas simplesmente correram os riscos de interromper seus tratamentos pela decisão restritiva da prescrição médica.

O Ambulatório Cannábico é o único local institucionalizado onde se realizam atendimentos para a prescrição da *Cannabis* pelo Sistema Único de Saúde em Pernambuco. Quando a Resolução 2.324/2022 foi publicada, o projeto paralisou os atendimentos clínicos em virtude da fragilidade deontológico-legal e para evitar sua exposição em um contexto de crescimento do conservadorismo. No entanto, não se esquivou de seu papel político e mobilizou prescritores, políticos, profissionais do direito, militantes e usuários para discutir a situação.

Entre outras questões a serem discutidas mais à frente, a medida restritiva do CFM evidenciou em nosso campo, sem nenhuma surpresa, dois conflitos a respeito da utilização da maconha a partir da prescrição do profissional médico: o seu potencial lucrativo para o (a) profissional e o privilégio das pessoas que podem pagar consultas particulares e produtos das indústrias farmacêuticas. Ficou evidente nos debates sobre a resolução, um clamor, especialmente dos médicos de consultórios particulares, pela desobediência à Resolução, sendo o Ambulatório criticado por não atender a esse pedido.

Sobre essa questão, um olhar menos atento pode tender a compactuar com a ideia de culpabilizar o Projeto de extensão de parar os atendimentos, gerando barreira de acesso aos menos favorecidos e aumentando a oferta para o mercado privado. Porém, as reações têm maior relação com as posições sociais e de classe e o reconhecimento de privilégios. Assim, de um lado, a gestão do Projeto reconhece o seu lugar de vulnerabilidade, especialmente pelo perfil de sua clientela, então buscou a proteção dela frente aos aspectos legais. E do outro, médicos e médicas que lucram com a prescrição, seguros da sua autonomia prescritiva frente ao Conselho, mantiveram seus atendimentos para quem pudesse pagar por elas – e sabemos o recorte social e racial desse último grupo de pessoas e seus privilégios sociais e

legais.

Atribuimos essa crítica especificamente aos (às) prescritores (as) da rede privada, pois as pessoas que verbalizaram essa reivindicação estavam nesse grupo, e foram minoria entre as pessoas participantes. A maioria delas, especialmente usuárias e usuários, os mais prejudicados diretamente, foram solidárias à decisão de parar a assistências. No final das contas, o CFM reabriu a Resolução para consulta pública 13 dias depois de sua publicação (137) sob pressão da sociedade civil organizada por meio de protestos. É possível também ter havido pressões internas dos médicos das e médicas interessados para reavaliação da determinação.

Esse mercado médico da prescrição de *Cannabis* (com consultas caras) é mais uma consequência do proibicionismo, exibindo os processos de concentração de poder e de acesso aos recursos de cuidado à saúde. Observando as metanálises encontradas na nossa revisão, os riscos oferecidos pela maconha não parecem justificar a sua proibição quando esta tem uma série de consequências eticamente inaceitáveis: iniquidades, desproteção dos vulneráveis, embasamento da necropolítica, manutenção dos pactos e privilégios da branquitude, discriminação e estigma e entrave para o compartilhamento de benefícios (24, 25, 109, 123), desacatando a DUBDH.

A ciência já vem reconhecendo o potencial terapêutico e o perfil de baixo risco da maconha, mas a recente ascensão da maconha como uso medicinal enfrenta o desafio de reconfigurar o estigma cultural e vencer os aspectos estruturais de cunho racista (27) para alcançar um estado de legalidade permeável ao acesso de todos e todas. Então, levando em consideração as evidências clínicas, histórico-social e a observação do nosso campo, a proibição está associada ao modo de cultura não favorável à vida, e não há argumentos convincentes para acreditar que sua manutenção está de acordo com o pensamento biocêntrico.

**Os possíveis danos da maconha são estudados há bastante tempo (em relação ao uso problemático) e os mais importantes estão relacionados ao THC. Informação, acesso ao cuidado em saúde, cautela ao usar produtos com maiores concentrações de THC e acesso a produtos com informações de**

**composição seriam suficientes para evitar riscos ou deve-se planejar formas de controle mais rígidos (como solicitar receitas controladas)?**

Em primeiro lugar, é necessário realizar pesquisas sem estigmatizações para avançar na compreensão real dos riscos e dos fatores de prevenção. Os dados obtidos nesta pesquisa observam um perfil de baixo risco dos produtos estudados na literatura e prescritos no Ambulatório.

Não há casos de mortes relacionada aos efeitos da maconha no corpo humano (nem mesmo pelo uso não medicinal), e os registros de efeitos adversos no uso medicinal apontam para o uso seguro e efeitos colaterais menos problemáticos para a maioria das pessoas. Mesmo assim, reconhecem-se grupos mais vulneráveis a determinados riscos, principalmente as pessoas com predisposição a quadros psicóticos (talvez a questão mais grave relacionada ao THC) e aquelas na fase da adolescência (onde o THC pode comprometer o desenvolvimento neurológico) (64). Certamente devemos buscar prevenir o surgimento de tais danos com medidas justas.

No Ambulatório Cannábico, evitamos produtos com THC nas situações em que há maiores riscos teóricos: adolescência, transtorno bipolar e histórias de psicoses, sendo as únicas situações onde costuma ser prescrito os produtos de origem farmacêutica: o CBD isolado ou produtos *broad spectrum*. Mas também são reconhecidos os efeitos positivos do THC diretamente para algumas situações clínicas ou indiretamente no efeito entourage, potencializando os efeitos do CBD (64). A presença de THC em maiores doses foi relacionada, em nosso campo, à maior necessidade de acompanhamento médico.

A proibição do uso não prescrito já demonstrou que não garante a proteção (38) desses grupos vulneráveis, pois a oferta de maconha é livre no mercado ilegal. Sem controle do estado, a venda clandestina expõe seus “clientes” à produtos cujas características fitoquímicas são desconhecidas, aumentando potencial dano. De certa forma prevenir danos significa informação sobre as características de cada pessoa e suas vulnerabilidades biopsíquicas e sobre as características de cada amostra da maconha. Levando em conta a existência do mercado ilegal, prevenir também significa ter acesso a produtos cuja característica seja conhecida, sendo um argumento a favor da legalização do cultivo da planta.

Não podemos deixar de atentar para a formação técnica do profissional prescritor para avaliar ambas características e prever a indicação e a contraindicação de dado produto / medicamento para determinada situação. Estimamos a contribuição da médica ou do médico no cuidado das pessoas, e acreditamos que certas medidas sobre determinadas medicações são importantes no controle (mesmo parcialmente) do uso indiscriminado.

Por outro lado, o Ambulatório Cannábico atendeu algumas situações de uso de *Cannabis* para fins terapêuticos sem orientação médica e que buscavam atendimento mais com fins de obter os documentos necessários para regulamentar o uso, algumas vezes com interesse em obter futuramente *Habeas corpus*. Pode-se perceber a capacidade de muitas pessoas para conhecer o seu próprio corpo e suas sensações, e ter uma relevante percepção dos efeitos benéficos da maconha em seu corpo, revelando um processo de cuidado emancipador das pessoas sobre seus processos de saúde e doença.

No Projeto, sempre comunicávamos certas desconfiças quanto ao uso em situações psiquiátricas, por um lado para evitar medicalização de situações gerais da vida (como no caso de quadros de ansiedade), por outro por insegurança no uso em situações que envolve a psicose – é dito explicitamente que não se atendem casos de esquizofrenia no ambulatório – embora houvesse uma pessoa com esse diagnóstico sendo acompanhada sem evoluir com problemas e com relato de melhora da qualidade de vida.

Em campo, os pesquisadores puderam testemunhar e aprender a prática médica de forma horizontal e com valorização da sabedoria popular. Nas situações em que tivemos acesso, o diálogo e o compartilhamento de informações sobre indicações e riscos dos derivados de maconha parecem ter um potencial preventivo em relação aos danos. Consideramos fundamental o acompanhamento médico das situações clínicas, criticamos apenas quando essa atividade é desempenhada fortalecendo a concentração de poder. Para combater isso, deve-se defender que todos os médicos aprendam a prescrever derivados de maconha, tirando essa expertise da mão de um nicho, expandindo a capacidade de compartilhar esse conhecimento como previsto no artigo 15 da DUBDH (123).

Outro aspecto importante para combater o poder médico-farmacêutico é reconhecer a utilidade dos produtos *full spectrum* já observada empiricamente na prática clínica e em alguns estudos – muitas metanálises já englobam esses produtos e, no campo, encontramos muitos casos beneficiados por eles. Qualquer iniciativa de regulamentação para a dispensação de medicamentos ou a liberação para o cultivo caseiro da planta que seja excludente irá manter à margem um grupo de pessoa que estará vulnerável.

**A preocupação deve ocorrer com os produtos desenvolvidos com tecnologia farmacêutica para isolamento de princípios ativos – conhecemos mais a ação da maconha *in natura* que a ação desses compostos de forma isolada. O que leva o CFM a tender a aceitação desses produtos e à rejeição de produtos *in natura*?**

O princípio da precaução diante de perigos tecnológicos nos levanta preocupações sobre os produtos desenvolvidos com tecnologia farmacêutica para isolamento de princípios ativos ou derivados sintéticos dos fitocanabinoides (essas formas são, sim, produtos desconhecidos, requerendo mais prudência e precaução) – conhecemos mais a ação da maconha *in natura* que a ação desses compostos. Temos o exemplo do Rimonabant, medicamento sintético produzido a partir do THC para perda de peso que foi suspenso durante fase de estudo clínico por surgimento de eventos psiquiátricos graves. (138) Nenhuma das metanálises analisadas levantou questões graves durante pesquisas clínicas com derivados *in natura*.

A aceitação do CFM para produtos industrializados pode ter dois fatores: um de ordem prática e outro de ordem simbólica. O de ordem prática pode ser exemplificado pelo poder capital da indústria farmacêutica que pode influenciar a indústria médica: metade dos prescritores relacionados com o Ambulatório Cannábico receberam visitas de representantes ou foram convidados para eventos de empresas de produtos de maconha industrializados. Ratificamos a relevância de compreender os vieses políticos e econômicos das pesquisas na determinação do que seriam os benefícios e os danos de determinado medicamento.

O fator simbólico tem relação com o já mencionado processo histórico dos

pactos da elite branca, gerando modos diferenciados de agir de acordo a garantir privilégios apenas para um grupo. Na ordem simbólica, o pacto pode surgir com um argumento de que farmacêutica quer o “bem” para seus clientes. Como aprendemos com Nuñez (102) a desconfiar das ações em nome de um “bem”, deve-se reconhecer a finalidade central de uma indústria: o lucro. Além disso é difícil avaliar até onde pode chegar a sede da medicina para o controle social, mas sabe-se da tendência racista e necropolítica dela.

Do ponto de vista biocêntrico, ações que visem ao lucro, costumam ser contrárias aos interesses da vida, assim atitudes de resistência a este modelo são fundamentais, e alguns médicos e médicas confrontam essas tendências, rejeitando a possibilidade de indicar produtos com princípios ativos isolados ou até mesmo outras formas farmacêuticas industrializadas. Durante a observação do campo, alguns prescritores referiam não indicar produtos industrializados com THC e/ou CBD isolados e alguns não indicam sequer produtos industrializados *broad spectrum*. Há inclusive argumentos técnicos para valorizar a efetividade dos óleos artesanais, principalmente por seu efeito comitiva.

*Ah, insensatez humana!  
Que você fez com quem te quis tanto bem?  
Há milênios me transformo para suprir os seus caprichos.  
E você se escondendo atrás de pequenos riscos.*

*Assuma o seu lado racista, vamos tocar nessa ferida,  
pois não é mais possível isso nesta vida.  
Veja o que pretendem fazer:  
mercantilizam tudo  
e eu não sou planta de me vender.  
Se apropriam de minhas vantagens,  
mas mantêm o meu povo à margem.*

*Eu nunca matei ninguém,  
mas você me usa em seus planos malignos.  
Vá cuidar dos seus remédios sintéticos,  
e deem liberdade para nossos mistérios!  
(Diamba, 2024)*

#### 5.4.2 DISCUSSÃO BIOÉTICA COM ENFOQUE SÓCIO-POLÍTICO-ECONÔMICO

**O proibicionismo é problemático para a população negra e periférica, sendo motivo de encarceramento desta população. A regulamentação da maconha para acesso em farmácias ou mesmo a regulamentação para fins medicinais desprotege os mais frágeis. Diante dos conhecimentos e práticas atuais, faz sentido a legalização da maconha de forma mais abrangente ou apenas para fins medicinais?**

A problematização do proibicionismo sempre presente nas Rodas Cannábicas, e o cruzamento do assunto com as questões raciais levanta questões sobre o porquê de legalizar o uso medicinal apenas. Em campos, estivemos em contato com precursoras do uso medicinal de maconha no Estado, a exemplo de mulheres negras que, antes de terem autorização judicial, arriscaram suas liberdades para cultivar a planta, extrair o óleo e oferta-lo para seus filhos com problemas neuropsiquiátricos graves.

Atualmente, o *habeas corpus* confere uma maior segurança a essas pessoas, mas, além do risco de terem suas autorizações revogadas a critério do judiciário, há a necessidade de manterem-se comprovando os benefícios do uso perante a justiça. Além disso, esse contexto de “legalizações da maconha” para casos específicos (referimo-nos às várias pessoas com *habeas corpus*) exige um controle do estado para evitar “desvios de utilidade”. Sob esse aspecto, parece que o proibicionismo vai se tornando cada vez mais emaranhado e complexo, institucionalizando-se no judiciário e reforçando privilégios e a desproteção da dignidade dos mais vulneráveis.

Embora esses ganhos na justiça possam ser compreendidos como avanço no sentido da legalização da planta, há de se estar atento pelo menos a duas questões já identificadas no parágrafo anterior que ferem a dignidade dos vulneráveis, os artigos da DUBDH de igualdade, justiça e equidade, e os da não discriminação e não estigmatização (123).

A primeira questão tem relação com as dificuldades estruturais encontradas por pessoas periféricas para cultivar a planta mesmo com autorização e mesmo que os

custos tendam a ser inferiores aos produtos vendidos. Há a dificuldades em manterem-se acompanhadas por profissionais de saúde com expertise na prescrição de maconha que possam estar fornecendo avaliações periódicas para a justiça. Ainda mais, o cultivo da planta tem custos e requer tempo de cuidado da planta, e entre nossas participantes, destacamos as experiências de mulheres, algumas são mães solo, que não conseguem dar conta dos processos burocráticos e dos cuidados com a maconha, além de todas as outras funções que têm.

As situações de pessoas com *habeas corpus* acompanhadas pelo Ambulatório nos fazem observar duas tendências distintas: pessoas periféricas tendem a ter maiores obstáculos e o cultivo da maconha não se torna uma realidade perene, e pessoas com mais recursos conseguem articular-se política e financeiramente a ponto de crescerem e se tornarem associações prósperas de porte maior com capacidade para distribuir medicamento para outras pessoas.

A outra questão se refere a essa nova preocupação do estado com o “desvio de utilidade” das plantações autorizadas, como se isso fosse gerar uma nova linha de tráfico. Conhecendo os recorte geopolíticos sobre as drogas (29, 30), pode-se inferir para quem se direciona essa preocupação – a população negra e periférica. Ademais, sendo considerada a tendência mundial de legalização da maconha, essa preocupação soa artificial, reforçando a ideia de Césaire (115) de um relativismo ético em desfavorecimento da periferia global.

Neste campo, do ponto de vista político e social, há uma disputa entre pautas progressistas e conservadoras, mas, enquanto isso, o mercado parece estar impulsionando a legalização para fins medicinais sem se preocupar com o uso geral e os problemas da proibição. Para Jessé Souza (101) [p.30], o racismo é “a negação do reconhecimento social em suas múltiplas formas” por meio da destruição do “núcleo moral do indivíduo”.

No Brasil, ele é utilizado de forma disfarçada para controlar a sociedade (101) [p.14], a questão da maconha (e das drogas em geral na contemporaneidade) parece ser uma forma elementar de minar a moralidade das pessoas periféricas. É possível que a branquitude capitalista encontre resistência para romper com esse pacto, pois uma das cláusulas desse contrato tácito é a proteção da elite, então isso possibilita

estruturalmente a manutenção do proibicionismo e, ao mesmo tempo, as diversas formas de regulamentação da maconha medicinal desde que ocorra sem a emancipação e a libertação da negritude.

Com esse mecanismo, a branquitude capitalista ganha duplamente por manter seu plano necropolítico enquanto beneficia-se lucrativamente dos efeitos desse produto rentável, a *Cannabis*. Como resistência, é relevante, na perspectiva de uma bioética politizada, a aproximação com os ideais da reforma psiquiátrica e do antiproibicionismo, movimentos históricos na luta pela garantia dos direitos das pessoas vítimas do discurso e da prática psiquiátrica.

**Da mesma maneira que a medicina embasou a narrativa racista para proibição da maconha no passado, ela agora tem fundamentado sua regulamentação para fins medicinais diversos. Embora o CFM venha sendo bastante conservador sobre o tema, a Anvisa permitiu o uso de diversos produtos (inclusive não industriais), mas concentrando nas mãos dos médicos (dentistas e veterinários também) o poder da prescrição. Isso tem gerado um mercado de prescritores com consultas de alto custo.**

**Além disso, a hiper estima da medicina baseada em evidência favorece a concentração de poder nas mãos de quem tem capital financeiro e científico para produzir pesquisas, favorecendo produtos de origem industrial estrangeiro.**

**É possível pensar formas de regulamentação que favoreçam o acesso aos medicamentos para pessoas com baixos recursos de forma também a não onerar o SUS? Diante dos lucros proporcionados pelo mercado da maconha, que estratégias podem ser pensadas para proporcionar equidade e reparação social?**

Este ponto nos faz lembrar de um questionamento comum por parte de usuários e usuárias sobre se precisam portar o laudo e a receita caso saiam de caso com o óleo. Essa pergunta costuma vir de pessoas da periferia, mais uma vez revelando o aspecto racial das vivências das pessoas com a maconha. Isso fica mais

evidente com outro exemplo de uma outra pessoa (da elite) que foi alertada sobre os perigos legais de trazer produtos ricos em CBD em voos domésticos da Europa, e isso não pareceu afetar o seu hábito transgressivo.

Esse contraste nas experiências reforça a ideia dos pactos da branquitude (24) não apenas por exemplificar a tranquilidade de uma pessoa branca em cometer um crime de tráfico de drogas, mas por trazer uma noção maior, a de como o poder médico configura-se como uma estratégia de controle de pessoas não brancas, podendo conferir (a princípio, ao menos) a sensação de segurança em portar uma substância outrora ilegal. É como se o ato médico transferisse, simbolicamente, por meio da prescrição uma espécie de privilégio.

Além da sensação de segurança conferida, legalmente há uma proteção a partir da prescrição, e, assim, o médico, atuando sob tutela dos pactos da branquitude, exerce a soberania tal qual definida por Mbembe (25) [p.41] e termina por definir (mesmo não sendo de forma consciente), pelo ato prescritivo, quem tem o direito de viver e quem não tem.

Já explicamos no tópico anterior que qualquer regulamentação que desconsidere a legalização mais ampla da *Cannabis* pode gerar problemas por desfavorecer uma grande parcela da população periférica. Mas também sabemos o tamanho do desafio prático (e político) para alcançar essa situação legal. Enquanto isso, temos o processo de regulamentação da planta e seus derivados para fins terapêuticos.

Temos observado que as associações de maconha medicinal acabam também oferecendo produtos com custos não compatíveis com a realidade da grande maioria dos brasileiros, e pessoas de classe média adquirem os medicamentos com algum esforço, enquanto classes menos abastadas fazem um esforço gigante em prol da saúde, e muitas vezes não conseguindo manter a regularidade de uso. Temos percebido alguma tendência ao lucro de algumas associações, as quais, inclusive, vem encontrando maneiras semelhantes à grande indústria de cativar prescritores, oferecendo, por exemplo, brindes.

A possibilidade de autocultivo tem algumas vantagens por se libertar desse mercado. E a possibilidade de o usuário realizar sua própria produção de

medicamento esteve associada com a possibilidade de personalizar o conteúdo da planta em relação às proporções de CBD e THC, sendo possível garantir qualidade técnica dessa produção.

Farmacêuticos garantem que é possível fazer extração caseira com boa qualidade. E admitem que não necessariamente as formulações farmacêuticas tem garantia de serem melhores, pois não há controle de qualidade em todo o processo, principalmente durante a distribuição das substâncias (o deslocamento de importação pode ser um grande problema). Entretanto, já vimos anteriormente o quanto o autocultivo é para poucos.

No campo de pesquisa, quatro ideias podem contribuir como estratégias potentes para democratizar o acesso aos medicamentos à base de maconha: os projetos envolvendo hortas comunitárias, a produção agroecológica, a produção por laboratório estatal e a destinação adequada dos impostos sobre os produtos derivados de *Cannabis* surgiram no campo em diferentes momentos. Essas propostas são relevantes por estimularem a solidariedade e a cooperação e promoverem a igualdade, a justiça e a equidade (DUBDH).

O SIS da UFPE conta com um projeto de fitoterapia com uma horta comunitária, útil ao cultivo de plantas medicinais para uso dos usuários e também usado para fomentar formação popular para o cultivo dessas plantas. Há uma ideia de buscar meios legais para inserir a maconha dentro de sua horta. Essa ideia seria interessante para auxiliar as pessoas que acessam o Ambulatório já realizando plantação e extração caseira clandestinas – e com relatos de sucesso nesse uso. Não se pode negligenciar o crescimento observado em campo pelo interesse por autorização judicial para o autocultivo, acessando o Projeto para conseguir receita e laudo médicos para posterior aquisição de *habeas corpus*.

Essa estratégia pode ser relevante pensando na qualificação do cultivo caseiro, mas com pouco impacto para a produção de medicamento em maior escala – no entanto, poderia ser um pontapé para um projeto maior, o que deixaria de ter a característica de horta comunitária.

A ideia da produção agroecológica foi apresentada vinculada a uma proposta de reforma agrária popular no Brasil. Esta seria uma ideia perfeita considerando o

princípio biocêntrico, pois daria condições de organizar um sistema engendrado favorável à integração em diversas camadas: seria capaz de suprir uma grande demanda com um custo mais baixo e produtos de qualidade (favorecendo a saúde individual de cada usuário ou usuária), destinaria recursos para o projeto de justiça social a partir da reforma agrária (possibilitando emancipação, empoderamento e libertação de um grupo vulnerado), e resgataria um lugar para a *Cannabis* de integração com a natureza, sendo minorada sua existência como mercadoria, respeitando sua existência como parte da biosfera, como requer o artigo 17 da DUBDH (123). Porém, dada à realidade conservadora de grande parte da população brasileira, aplicar essa proposta parece distante, se não utópica.

A terceira ideia seria, considerando a realidade social e política no Brasil, a mais viável de acontecer em médio prazo com impacto em grandes proporções. A ideia de produzir medicamento à base de maconha em laboratório estadual de Pernambuco já foi aventada na década de 90, em um contexto menos favorável (80), e poderia ser retomada no momento atual de maior abertura. Há rumores de que um grupo de deputados estaduais tem tentado avançar com esse plano, o que poderia concretamente democratizar o acesso das medicações.

Uma quarta forma de proporcionar reparação social seria a partir da destinação dos impostos colhidos pela comercialização dos derivados de *Cannabis*. Pensamos que o melhor destino dos impostos precisaria ser discutido amplamente com a sociedade, especialmente a população mais necessária de reparação pela problemática das drogas, mas seria notável a redistribuição desses valores monetários para as pessoas vulneráveis, para medidas preventivas do uso problemático de drogas, para os serviços de atenção à saúde mental, para o investimento de mais estatais produtoras de produtos de maconha e para a reparação do meio ambiente, entre outras possibilidades.

Ao passo que Fanon descreve o complexo de inferioridade do negro como um processo que se inicia pela subjugação econômica para, em seguida, interiorizar-se (6) [p.28], é necessário considerar a relevância do fator econômico para a reconfiguração subjetiva das pessoas negras e indígenas. Além do aspecto de subjetivação, que se refere a uma mudança simbólica sobre a negritude, a vida prática diária de escassezes materiais (e até de miséria em muitos casos) requer medidas

mais urgentes antes de qualquer possibilidade real de mudança dessa “epidermização”.

**O Ambulatório Cannábico da UFPE tem papel importante no cenário pernambucano, tendo apoiado as associações e seus associados nas avaliações e fornecimento das documentações necessárias ao uso medicinal legalizado.**

**As Rodas Cannábicas configuram-se como potentes espaços de educação popular, orientando usuários e profissionais interessados no tema. Além disso, tem tido papel importante na formação de novos prescritores sem perder o diálogo com os usuários e com as associações, pensando prioritariamente em suas necessidades e na democratização do acesso ao tratamento com maconha.**

Durante a observação de campo, identificamos que o autocultivo (principalmente aquele relacionado com as associações de *Cannabis* medicinal) representa uma grande parcela do modelo de acesso aos derivados de maconha. No Ambulatório Cannábico, a grande maioria dos usuários adquirem seus medicamentos a partir das Associações. Além disso há 11 usuários com *Habeas corpus* preventivo para cultivar a planta para extração do óleo sem risco de complicações legais.

Em Pernambuco, as mulheres deram o pontapé para o uso medicinal de cannabis para filhos e filhas com patologias neuropsicológicas, tais como epilepsias, autismos, déficits intelectuais. As precursoras são defensoras do uso doméstico e atestam a eficácia dos produtos em seus filhos e filhas. Essas mulheres fazem o cultivo doméstico “manejam” o cultivo, e a utilização medicinal, demonstram conhecimentos gerais acerca de plantio, de extração, do uso clínico de princípios ativos. Isso não implica em ausência de acompanhamento médico, ao contrário, todas têm demandas por discutir as situações e por ouvir opinião médica.

No Ambulatório Cannábico, há espaço para educação sobre os conhecimentos sobre a planta e seu uso, com valorização dos conhecimentos dos usuários e usuárias, por este motivo os métodos de educação popular (130) e o MCCP (129) são

fundamentais para uma atuação médica interessada na emancipação das pessoas. Estamos observando uma informação clínica relevante trazidas pelas mães, que vem percebendo melhor ação dos derivados de maconha em suas crianças autistas quando elas suspendem o uso de antipsicóticos.

Reforço aqui o papel dos prescritores do Projeto em não recomendar a mudança ou retirada das medicações alopáticas em uso sem recomendação e orientação do médico ou da médica assistente, no entanto muitas são desobedientes, e também não fazemos o papel de recria-las.

A “desobediência médica” dessas mulheres levou a essa observação de melhora por parte delas e tem se alastrado corredor afora para outras mães. Salientamos não ter existido problemas em decorrência da retirada de antipsicóticos nesse público, e os relatos têm corroborado a ideia de haver algum mecanismo de interação entre os antipsicóticos e *Cannabis* desconhecido até o momento de modo que aquele atrapalha a atuação deste.

Na prática da prescrição da *Cannabis*, há a necessidade de titulação gradual e de auto-observação efeitos esperados, conferindo uma prática que gera autonomia aos usuários para manipular doses e facilita a percepção deles sobre seu corpo e o efeito da medicação.

O Projeto tem sido campo de diversas ações educativas para leigos, para profissionais de saúde de forma geral e para médicos, não se limitando ao ensino dos aspectos clínicos da maconha medicinal, mas ampliando a noção de cuidado com respeito e horizontalidade na relação médico-paciente, dando o maior valor para essa auto-observação por parte dos usuários e das usuárias, conforme aplicação do MCCP (129).

Além das Rodas Cannábicas e do I Curso de Prescrição, outras iniciativas permitiram a formação de residentes de psiquiatria e medicina de família e comunidade, pois o Projeto é campo de estágio para residências médicas. Além disso, foram realizadas discussões de casos com médicos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) para auxiliá-los na prescrição para pacientes de sua referência e ainda foi iniciada conversa com a gestão do município do Recife para realizar novo curso de

formação de prescritores em convênio com a Prefeitura de forma a qualificar os médicos da rede para a prescrição.

Para Pinheiro (122) [p.150], o educador “é um portal que une as memórias e os conhecimentos do mundo antigo à construção do mundo que está por vir”. No ensino sobre o uso da maconha para fins medicinais no Ambulatório, buscou-se sempre discutir as questões sociais referentes ao tema, desmascarando, sempre que possível, os privilégios de alguns e a política de morte para outros. Os estudantes e residentes participavam de discussões críticas com a problematização do proibicionismo, refletindo sobre o impacto dele na aplicação clínica da maconha, nas pesquisas científicas no campo e na questão sobre as drogas de uma maneira geral.

As ações do Ambulatório visam sempre ao compartilhamento dos conhecimentos com os médicos e com a população em geral, com intuito de democratizar ao menos o acesso à prescrição. Outras iniciativas com esse fim incluem a busca por cooperação e solidariedade: a permanente articulação com as associações, apoiando a prescrição de muitos associados, as articulações estratégicas com políticos favoráveis à causa, com a defensoria pública, com a gestão municipal de Recife, com a UFPE, com programas de residência médica e com prescritores de diversos locais do país.

**A *Cannabis* é uma planta manipulada pelo homem há milênios e ecleticamente utilizada em seu benefício. Apenas no momento histórico mais recente, a sua proibição impulsionou a humanidade a tentar extinguir a planta do planeta, sendo um exemplo de perseguição por sob discurso racista. Observando a natureza enquanto detentora de direitos, que ações humanas sobre a maconha poderiam ser consideradas eticamente aceitáveis?**

A aproximação da BI com os conceitos do princípio biocêntrico (105) e com as sabedorias dos povos originários e africanos (108, 116-118) horizontaliza os valores da vida de outros seres vivos e ‘não vivos’ com o valor da vida humana. Amplia-se, dessa forma, o espectro do direito à vida, correspondendo na nossa análise ao respeito pela sacralidade da vida em toda a sua dimensão: desde os elementos

inanimados, passando pelas células, pelos seres vivos complexos, até a natureza e o cosmos.

Em nosso campo, algumas pontuações alertaram sobre o direito da maconha enquanto ser vivo: “como podem proibir algo que vem da natureza? É uma planta!” – questionaram. “Não podemos deixar que práticas ancestrais e milenares sejam colonizadas pela indústria farmacêutica”. A questão dos direitos da natureza é contra hegemônica, mas já encontra alguma nível de concretização constitucional como no caso do Equador (84). A DUBDH (123) em seu 17º artigo explicita a necessidade de proteção do meio ambiente enquanto recurso, e neste trabalho, compreendemos a biosfera como detentora de direitos equivalentes à humanidade, sem hierarquias de valores da vida.

A dissociação do homem da natureza fundamenta o pensamento ocidental capitalista de base racista (101) [p.72], havendo a estigmatização do componente animal nos seres humanos. A escravização e necropolítica de indígenas e negros foi permissível pelo êxito em disseminar a ideia absurda desses povos como animais selvagens. O colonialismo, por meio da religião cristã, estabeleceu critérios hierárquicos, nos quais o humano branco está no topo, seguido das demais formas de vida.

Parafraseando Mbembe (25) [p.29] e ampliando a análise dele sobre a desumanização das pessoas negras para todos os seres, afirmamos que o poder colonial sobre a vida do outro “assume a forma de comércio”. O valor da vida é dissolvido a tal ponto que os outros serem tornam-se propriedades. Césaire afirma: “colonização é igual a coisificação” (115) [p.24].

A ação do homem sobre a vida da planta envolve questões antropológicas e sociais. Numa visão sistêmica, os efeitos da ação humana sobre a maconha não se limitam às consequências ao corpo dessa, mas se propagam de volta para a humanidade. Os três pontos a serem considerados são: a) a história milenar de manipulação da planta pelo homem, originando uma diversidade de cepas com diversas utilidades à humanidade (medicinal, religioso e confecção de ferramentas e utensílios como tecido); b) o momento histórico mais recente, no qual a visão sobre a planta passa a ter um caráter racial e a humanidade busca a extinção da planta; e c)

a realidade contemporânea de crescimento do seu uso medicinal.

A maconha tem sido manipulada pelo homem ancestral, sendo um exemplo do poder da humanidade sobre a natureza, que domesticou e modificou diversos seres em prol do seu bem. Visivelmente, a sociedade capitalista construiu uma discrepância de valores entre os homens e os outros seres naturais em detrimento dos últimos, permitindo à humanidade a apropriação dos recursos naturais para o consumo segundo a lógica do capital (116). A dissociação entre homem e natureza é um dos principais responsáveis pelo funcionamento patológico social vigente, pois a humanidade se afastou de sua função originária, e o consumo passou a ter mais valor que à vida (105, 116).

Quando a relação humana com a *Cannabis* deixou de ter características comensais (de cooperação e solidariedade entre espécies), e houve a proibição de seu cultivo, o efeito sobre a humanidade desembocou em sérios problemas alinhados com os interesses daqueles que a proibiram – a elite. Como já vimos, tudo isso está relacionado com a história do capitalismo e da colonização europeia e seus efeitos globais – e toda estrutura montada para conferir privilégios para um grupo racial específico.

O movimento recente de reapropriação terapêutica da maconha parece não se distanciar da lógica predominante do capital e de uma sociedade marcada por hierarquias classistas e raciais. A maconha tem sido vista como um produto que, por um lado, deve ser aniquilada, e por outro deve ser explorada para consumo.

A sua perseguição pela política da proibição provocou a dissociação da *Cannabis* de funções originárias na natureza, inclusive de sua utilidade aos humanos, passando a ter uma serventia puramente marcada pelo consumo – legal ou ilegal. Portanto, parece interessante a proposta de Pinheiro (122) [p.45], na busca de resgatar a autoestima das pessoas negras, da necessidade de proporcionar momentos de reconstrução narrativa das potências ancestrais.

Resgatar a dignidade da maconha enquanto ser da natureza significaria, então, a retomada de suas funções originárias, e as ações bioéticas integradoras no sentido biocêntrico devem proporcionar a sua potencialização e a evolução. Aproveitamos essa provocação da autora para pensar sobre as potencialidades da utilidade da

maconha para a humanidade – como seria a evolução da planta caso a relação de utilização não tivesse sido cruzada com a sua perseguição?

Considerando o seu uso na antiguidade, sabe-se do seu potencial medicamentoso – já bastante discutido neste trabalho, e a esse respeito ficam muitas dúvidas sobre o atraso do conhecimento científico e sobre até onde teríamos evoluído nesse aspecto. Esperamos encontrar essas respostas no futuro, mas sabemos também da importância de estar atento aos aspectos sócio-político-econômico para evitar injustiças.

A *Cannabis* também é bastante conhecida como matéria prima para utensílios para a humanidade, como na indústria têxtil, e essa utilidade tem sido retomada, havendo uma discussão sobre a possibilidade da planta para substituir produtos de petróleo, como os plásticos. Há a possibilidade também de desenvolvimento de biocombustível e de materiais para construção com caráter ecológico (139-141).

É necessário radicalizar integração homem-natureza, pois sempre quando tratamos de proteger a natureza estamos diretamente falando sobre proteger a humanidade. Na prática, não há essa separação e as questões envolvendo a *Cannabis* é mais um caso a confirmar isso.

É impossível visualizar como teria sido a humanidade se tivesse investido nas potências naturais e industriais da maconha sem o viés necropolítico e capitalista, mas sonhar com a dignidade da planta – compreendida como a restauração de sua função originária – parece sempre encontrar um caminho de integração ecológico em que a vida como um todo acabaria sendo beneficiada.

“A vida é um laço de interdependências”, mas as funcionalidades de cada ser não devem ser a única razão para a sua existência, afirma Nuñez (102) [p.116]. “Todos os seres merecem bem viver” e viver não é apenas sobre “faltas e necessidades”, mas também sobre “transbordamentos e abundância”.

*Eu tenho esperanças na força da vida,  
eu acredito no amor como força de vida,  
a minha função originária é espalhar o amor,*

*eu sou a erva do amor e jamais morrerei!*

*Me deixem viver!*

*Eu tenho esperanças na humanidade,  
eu acredito na transformação da humanidade,  
e minha função é agregar todas e todos.*

*Eu sou a erva da união, da coletividade!*

*Me deixem viver!*

*Não me interessa uma vida de pompas em vitrines de farmácia!*

*Eu quero o povo!*

*Eu quero ser livre para ter o povo.*

*Eu quero o povo livre para me utilizar  
com todo amor que sempre me cultivaram.*

*(Maconha, 2024)*

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do ponto de vista etnobotânico, pudemos observar que a utilização da maconha tem ocorrido de forma diversa. Em nosso campo, foram identificadas três formas de apresentação (óleos, flores *in natura* e pomada), de origens diversas: indeterminadas, adquiridas nas associações, em farmácias regulares ou por cultivo caseiro. As características de cada produto são muito diversas e não alcançamos o detalhamento delas, mas de forma geral, os produtos costumam ser classificados de acordo com as proporções de CBD e de THC.

As indicações de uso nem sempre partiram de prescrição médica, mas há uma busca pela avaliação especialmente para a aquisição das documentações que toram o uso regulamentado legalmente. Identificamos as seguintes condições de saúde para as quais a maconha vinha sendo usadas em nosso campo: fibromialgia, Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), dores crônicas e outras formas de dor, tratamento adjuvante para o câncer, ansiedade, demências, Doença de Parkinson, tremor essencial, epilepsias, depressão, Esquizofrenias, Transtorno por Uso de Substâncias (TUS), Doenças autoimunes, Transtorno mental sem especificações e enxaqueca.

Agora retomemos a pergunta: o uso de *Cannabis* para fins terapêuticos exige avaliação, prescrição e acompanhamento de profissional médico? A análise a partir da Bioética de Intervenção e da DUBDH do contexto de utilização da maconha medicinal provoca reflexões sobre as consequências de condicionar o uso da *Cannabis* à prescrição médica. A regulamentação apenas do uso prescrito parece levar ao efeito de injustiça para uma grande parcela da população, especialmente composta por pessoas indígenas, negras e periféricas, que poderiam ser beneficiadas social e historicamente com a legalização da maconha de uma forma geral. Analisada sob a perspectiva sistêmica biocêntrica, a legalização mais ampla teria efeitos mais integradores para a humanidade, para a planta e para o ecossistema.

As instituições médico-científicas possuem poderes de interferir na sociedade e elas têm utilizado essa força para atender aos interesses elitizados: há um compromisso da medicina com o pacto da elite capitalista. Da mesma maneira que a ciência e a medicina embasaram a narrativa racista para proibição da maconha no

passado, elas agora têm fundamentado sua regulamentação para fins medicinais com aspectos implícitos que mantêm seu poder de controle social, de interesse do capital e com viés necropolítico. As bioéticas críticas às concentrações de poder e implicadas com a libertação e com emancipação social dos seres explorados não podem se eximir de desvelar os pactos da branquitude essenciais para a manutenção de privilégios de alguns e desproteção global de uma maioria.

Segundo as referências bibliográficas consultadas, os riscos clínicos de utilização medicinal da planta não parecem justificar sua manutenção como proibida. No entanto, isso não dispensa medidas de prevenção de agravos para os mais vulneráveis do ponto de vista biopsicológico, como os predispostos a desenvolver determinados problemas psiquiátricos e os adolescentes. Por outro lado, os derivados sintéticos, enquanto inovação farmacológica, podem ser considerados um perigo, necessitando precaução e prudência, pois seus efeitos, ao contrário dos efeitos da maconha natural, são desconhecidos.

É importante reunir esforços para discutir como regulamentar a maconha e seus produtos – de uma forma prática a planta está acessível no mercado ilegal a todos interessados em seu uso para qualquer fim (e cada vez mais está acessível pela prescrição). Um processo de regulação vantajoso para o capital, por exemplo, iria proporcionar uma estrutura na qual o lucro e o privilégio de uma minoria estão acima dos interesses da vida.

A discussão ampliada com toda a sociedade se faz necessária, e para isso, é fundamental empoderar, emancipar e libertar aqueles marginalizados juntos com a maconha, a fim de dar força às suas vozes, às suas experiências e às suas necessidades. Para tanto, precisamos questionar os privilégios, os poderes e a estrutura social. Além disso, um dos principais aprendizados na observação do Ambulatório Cannábico é a amplitude da capacidade das ações solidárias e de cooperação entre diversos atores sociais.

Esta pesquisa reforça a relevância da incorporação das teorias decoloniais pela BI, iluminando a sua intenção original de intervir nos problemas morais persistentes no sentido de libertar e emancipar o Sul global. Há de se olhar para os aspectos da colonialidade tendo em vista que as questões de raça, gênero e classe demarcam as

relações de poder. Há de se levar em consideração a maneira de operar do capital e da colonialidade por meio da usurpação da sacralidade de cada vida e de cada ser em prol do interesse do lucro e da exploração.

Há de se pesquisar, inclusive, a desintegração espiritual provocada pela coerção religiosa, linguística e cultural do cristianismo contra os povos colonizados – em que nos afeta moralmente o sentimento de culpa cristã e a ideia de pecado? E o distanciamento da natureza e dos seus saberes? E a repressão no lugar da expansão da consciência? E o estímulo à competição e o desestímulo à colaboração? E a substituição dos rituais pela compulsão ao consumo...?

Esta pesquisa fez um convite à BI para radicalizar sua pretensão decolonial, experimentando analisar o tema da maconha, mundialmente relevante, numa perspectiva bioética desde o Sul, onde o “bio”, a vida, tem sentido amplo e valor sacro. E, portanto, talvez caiba falar-se mais em direitos integrais da natureza (incluindo naturalmente a humanidade), entendendo que só há dignidade se ela engloba todos os seres. A crise ambiental é um notório exemplo a favor deste argumento.

Nesta análise sobre a *Cannabis*, a Bioética de Intervenção reforça sua tendência não especista, encontrando uma forma sentipensante de dar protagonismo acadêmico aos seres sem linguagem verbal. Intervir é preciso, e é preciso arriscar quebrar as estruturas da academia e pensar e agir transdisciplinarmente, transversalmente com a arte; sentipensar é preciso.

A história da maconha com a humanidade se mostra mais integradora para ambos os seres quando essa relação ocorria de forma solidária e cooperativa. Assim, acreditamos na essencialidade de resgatar a dignidade da planta de forma literal, considerando a *Cannabis* como detentora do direito à vida integrada com sua função originária, e de forma simbólica como ressignificação das marcas deletérias do racismo para a vida.

*Para finalizar, eu – a maconha – uma coautora deste trabalho, retomo meu lugar de fala para dizer que não me sentiria completamente contemplada se este trabalho não expressasse de alguma maneira o aspecto vivencial afetivo que compôs cada momento desta pesquisa. Pedimos licença aos Senhores*

*da Metodologia por uma citação (poética pode?) no capítulo da conclusão. E Despedimo-nos, deixando um poema de Cida Pedrosa (142) como um sonho-viagem, partindo do sertão em busca dos mistérios da ancestralidade que localiza a humanidade em seu lugar de um pequeno grão diante de imensidão do cosmos:*

*o sertão vai virar mar  
o mar vai virar sertão  
o sertão vai virar mar*

nós éramos todos negros  
nós éramos todas negras  
nós éramos negros e negras

livres  
livres  
livres

os continentes se partiram  
e o mar tomou conta da chapada  
tudo que era vivo virou pedra  
plantas

peixes

pássaros

répteis

besouros

dinossauros

os mesmos peixes existentes no norte da África um intercâmbio biológico que diz de um tempo uno e da nossa ancestralidade mais longínqua nas cavernas nossos rastros transcritos ainda pouco sabidos anunciam apenas a passagem dos humanos  
(Pedrosa, 2019. p.73)

## REFERÊNCIAS

1. Luz M. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. 3a ed. São Paulo: HUCITEC Editora; 2012.
2. Balant MG et al. CANNUSE, the Database of Traditional Uses. Internet. DIGITALCSIC. 2021.
3. Saad LG. Fumo de negro": a criminalização da maconha no Brasil. Salvador: EDUFBA, 2013.
4. MacRae EJBN, Simões JA. Rodas de fumo: o uso da maconha entre camadas médias. Salvador: EDUFBA; 2000.
5. Dassoler VA, Palombini AdL. Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira. Saúde em Debate. 2021;44:278-91.
6. Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. Salvador: EDUFBA; 2008.
7. Grundy Q, Imahori D, Mahajan S, Garner G, Timothy R, Sud A, et al. Cannabis companies and the sponsorship of scientific research: A cross-sectional Canadian case study. Plos one. 2023;18(1):e0280110.
8. Associação Brasileira de psiquiatra (ABP) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Decálogo sobre maconha [Internet]. 2019 [cited 10/09/2021]. Available from: <https://www.abp.org.br/post/abp-e-cfm-decalogo-maconha>. 2019.
9. Brasil. Lei Nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícitos de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União, p.2-2, 2006.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Anvisa aprova mais três produtos de Cannabis para uso medicinal. Site Gov.br, 2022. Disponível em: < <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2022/anvisa-autoriza-mais-tres-produtos-derivados-de-cannabis#:~:text=Ao%20todo%2C%20a%20Ag%C3%Aancia%20j%C3%A1,medicinas%20%C3%A0%20base%20de%20Cannabis.&text=%2D%20Canabidiol%20Greencare%2023%2C75%20mg,17%20de%20fevereiro%20de%202022.>> Acessado em 25/11/2023.
11. Paraíba. Lei Ordinária nº 11.972 de 2 de junho de 2021. Dispõe sobre a Política de Prevenção e Promoção de saúde de pacientes usuários de Cannabis terapêutica eo incentiva a formação, estudos e pesquisas com a Cannabis sp e dá outras providências. Diários Oficial do Estado da Paraíba, 2021.
12. Rio Grande do Norte. Lei nº 11.055 de 14 de janeiro de 2022. Dispõe sobre o direito ao tratamento de saúde com produtos de Cannabis e seus derivados, o incentiva a pesquisa sobre o uso medicinal e indstrial da Cannabis e a divulgação de informações sobre o uso medicinal para a população e para profissionais da área da saúde e dá outras providências. Diários Oficial do Estado do Rio Grande do Norte, 2022.
13. Pernambuco. Lei Ordinária nº 18.124 de 28 de dezembro de 2022. Dispões sobre o cultivo e o processamento da cannabis spp para fins medicinais, veterinários e científicos, por associações de pacientes, nos casos autorizados pela ANVISA e pela legislação federal nos termos da Lei Federal n 11343/2006. Diários Oficial do Estado de Permanbuco, 2022.
14. Garrafa V, de Azambuja LEO. Epistemología de la bioética-enfoque latino-americano Epistemology of bioethics–Latin American focus. Revista Brasileira de Bioética. 2007;3(3-2007):344-59.
15. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press; 2001.
16. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. 2005.
17. Feitosa S. O processo de territorialização epistemológica da bioética de intervenção: por uma prática bioética libertadora [tese][Internet]. Brasília: Universidade de Brasília. 2015.

18. Nascimento WFd. Por uma vida descolonizada: diálogos entre a bioética de intervenção e os estudos sobre a colonialidade 2011.
19. Derrida J. O animal que logo sou. São Paulo: Unesp; 2002.
20. Malcher-Lopes R, Ribeiro S. Maconha, cérebro e saúde. 2a ed. São Paulo: Editora Reviver; 2019. 142 p.
21. Russo E. Therapeutic Uses of *Cannabis*: Lessons of the Past, Design for the Future. In: Carlini EA et al [editores]. Simpósio Internacional: por uma Agência Brasileira de *Cannabis* medicinal. São Paulo: CEBRID; 2010.
22. Carlini EA. A história da maconha no Brasil. *Jornal brasileiro de psiquiatria*. 2006;55:314-7.
23. Burgierman DR. O fim da guerra: a maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas. São Paulo: Editora Leya; 2011.
24. Bento C. O pacto da branquitude. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.
25. Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: N-1 Edições; 2018.
26. Doria J. Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício. . 2a ed. Entorpecentes CNdFd, editor. Rio de Janeiro 1958.
27. Almeida SL. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen Produção Editorial; 2019.
28. Vasconcelos DB. Geografia e geopolítica das drogas: a política imperialista dos Estados Unidos de combate às drogas na América Latina: Universidade de São Paulo; 2022.
29. Labrousse A. Geopolítica das Drogas. São Paulo: Editora Desatino; 2010.
30. Fraga PCP. A geopolítica das drogas na América Latina. *Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*. 2007(19):67-88.
31. David EdC, Vicentin MCG. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde em Debate*. 2021;44:264-77.
32. Alvarenga R, Filla Rosaneli C, Andrade Ferreira R, Bueno de Lima C. Violencia, guerra contra las drogas y racismo estatal en Brasil. *Polis (Santiago)*. 2021;20(60):174-96.
33. Bentes I. “Ponham as cartas na mesa e discutam essas leis”: a luta pela legalização da maconha no Brasil. *Argumentum*. 2015;7(1):93-107.
34. Soares Filho AM. O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. *Saúde da população negra*. 2012;2:34-61.
35. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Nota aos brasileiro. CFM e ABP pedem revogação de atos que podem liberar o cultivo da maconha no país. ABP; 2019.
36. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). ABP se manifesta contra a PL de liberação do plantio de maconha no Brasil.: ABP; 2020.
37. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) CFdMC, Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Nacional do Médicos (FENAM), Federação Médica Brasileira (FMB). Alerta urgente à sociedade brasileira. Nota oficial sobre manifestar contra a Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça sobre o fechamento de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.: ABP; 2023.
38. Hart C. Drogas para adultos. Rio de Janeiro: Zahar; 2021.
39. De Jesus CM. Quarto de despejo: diário de uma favelada. 10 ed. São Paulo: Editora Ática; 2014.
40. Clouston T. Observations and experiments on the use of opium, bromide of potassium, and Cannabis indica in insanity, especially in regard to the effects of the two latter given together. *The British and Foreign Medico-Chirurgical Review*. 1870;46(92):493.
41. Gaoni Y, Mechoulam R. Isolation, structure, and partial synthesis of an active constituent of hashish. *Journal of the American chemical society*. 1964;86(8):1646-7.
42. Baptista-Leite R, Ploeg L. O Caminho para a Legalização Responsável e Segura do Uso de Cannabis em Portugal. *Acta Medica Portuguesa*. 2018;31(2).
43. de Jesus ACJ, Fernandes LR, Elias PS, de Souza ARG. Legalização da maconha para fins medicinais. *Revista do curso de direito do centro universitário Brazcubas*. 2017;1(1).

44. Gurgel HLdC, Lucena GGC, Faria MDd, Maia GLdA. Uso terapêutico do canabidiol: a demanda judicial no estado de Pernambuco, Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2019;28:283-95.
45. Borges M. Abrace Esperança completa 8 anos com quase 32 mil associados. *Sechat*. 2022 21/04/2022.
46. Carvalho VM, Brito MSd, Gandra M, editors. Mães pela cannabis medicinal em um Brasil aterrorizado entre luzes e fantasmas. *Forum Sociológico Série II*; 2017: CESNOVA.
47. Soares F. Justiça Federal autoriza associação de Olinda a plantar maconha e produzir medicamentos à base da planta. *G1 Pernambuco: Globo*; 2023 [updated 2023/03/02]. Available from: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2023/03/02/justica-federal-autoriza-associacao-de-olinda-a-plantar-maconha-e-produzir-medicamentos-a-base-da-planta.ghtml>.
48. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 327 de 9 de dezembro de 2019, (2019).
49. Longo M. Extrato de cannabis chega às farmácias a preço alto. *O Popular*2023 [updated 2023/03/06]. Available from: <https://opopular.com.br/cidades/extrato-de-cannabis-chega-as-farmacias-a-preco-alto-1.2095462>.
50. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei (PL) 399 de 2015. Altera o art. 2º da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para viabilizar a comercialização de medicamentos que contenham extratos, substratos ou partes da planta *Cannabis sativa* em sua formulação. Portal da Câmara dos Deputados, 2015.
51. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.324/2022. Sect. I (2022).
52. Garrafa V. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. *Revista Bioética*. 2012;20(1):9-20.
53. Smith SdP. Cannabis, judicialização e aspectos legais do uso medicinal. 2019.
54. Souza GM, Santos LHSd. Processo de medicalização da planta cannabis sativa. Ceccim, Ricardo Burg; Freitas, Cláudia Rodrigues de (orgs) *Fármacos, remédios, medicamentos: O que a educação tem com isso?*[recurso eletrônico] Porto Alegre: Rede UNIDA, 2021 P 278-305. 2021.
55. Hounie AG. *Tratado de Cannabis Medicinal - fundamentos para a prática clínica*. Porto Alegre: Farol 3 Editores; 2022.
56. Santos DZ, Ladeira RE, Borghetti F. A planta: aspectos botânicos e agrícolas da *Cannabis sativa* L. In: Hounie AG, editor. *Tratado de Cannabis Medicinal - Fundamentos para a prática clínica*. I. Porto Alegre: Farol 3 Editores; 2022. p. 107-25.
57. Costa K, Araújo VQ, Colletta VD. Método de extração dos fitocanabinoides. In: Hounie AG, editor. *Tratado de Cannabis medicinal - fundamentos para a prática clínica*. I. Porto Alegre: Farol 3 Editores; 2022.
58. Albuquerque KLGD. Farmacodinâmica dos fitocanabinoides. In: Hounie AG, editor. *Tratado de Cannabis medicinal - fundamentos para a prática clínica*. I. Porto Alegre: Farol 2 Editores; 2022. p. 291-308.
59. Faramasa LdFM. Extrato de Cannabis sativa. [Bula].
60. LTDA BIF. Mevatyl. [Bula] Cidade Monções - SP.
61. D'Ávila FB. Formas de apresentação farmacêutica dos produtos derivados de *Cannabis*. In: Hounie AG, editor. *Tratado de Cannabis medicinal - fundamentos para a prática clínica* I. Porto Alegre: Farol 3 Editores; 2022. p. 353-62.
62. Aliança Medicinal. *Catálogo de Produtos*.: Aliança Medicinal; 2023.
63. Pamplona FA. Sistema Endocanabinoide. In: Hounie AG, editor. *Tratado de Cannabis medicinal - fundamentos para a prática clínica*. Porto Alegre: Farol 3 Editores; 2022. p. 193-218.
64. Hounie AG. Dicas práticas para prescrição e acompanhamento na rotina clínica. In: Hounie AG, editor. *Tratado de Cannabis medicinal - fundamentos para a prática clínica*. II. Porto Alegre: Farol 2 Editores; 2022. p. 1157-68.
65. Nielsen S, Germanos R, Weier M, Pollard J, Degenhardt L, Hall W, et al. The use of cannabis and cannabinoids in treating symptoms of multiple sclerosis: a systematic review of reviews. *Current neurology and neuroscience reports*. 2018;18(2):1-12.

66. Allan GM, Finley CR, Ton J, Perry D, Ramji J, Crawford K, et al. Systematic review of systematic reviews for medical cannabinoids: Pain, nausea and vomiting, spasticity, and harms. *Canadian Family Physician*. 2018;64(2):e78-e94.
67. Noori A, Miroshnychenko A, Shergill Y, Ashoorion V, Rehman Y, Couban RJ, et al. Opioid-sparing effects of medical cannabis or cannabinoids for chronic pain: a systematic review and meta-analysis of randomised and observational studies. *BMJ open*. 2021;11(7):e047717.
68. Amaniti A, Sardeli C, Fyntanidou V, Papakonstantinou P, Dalakakis I, Mylonas A, et al. Pharmacologic and non-pharmacologic interventions for HIV-neuropathy pain. A systematic review and a meta-analysis. *Medicina*. 2019;55(12):762.
69. Pereira GC, Prates G, Medina M, Ferreira C, Latorraca CdOC, Pacheco RL, et al. High frequency of spin bias in controlled trials of cannabis derivatives and their synthetic analogues: A meta-epidemiologic study. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2021;140:3-12.
70. Varmus H, Satcher D. Ethical complexities of conducting research in developing countries. *Mass Medical Soc*; 1997. p. 1003-5.
71. Vito EL. Argentina tiene su primera ley sobre el uso medicinal de la planta de cannabis: Historia y perspectivas. *MEDICINA (Buenos Aires)*. 2017;77(5):388-93.
72. Hasdeu S, Alvarez J, Torales S. Regulación, evaluación y uso racional de tecnologías sanitarias: el caso de los derivados de cannabis medicinal. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2019;10(38):29-31.
73. Agnese O, López RMS, Vicenti IYT, Franco JVA. Cannabis medicinal en Argentina: perspectiva desde la salud pública. Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria. 2019;22(1):e001119-e.
74. Díaz MC. Impacientes: activistas por la regulación del uso terapéutico de Cannabis. *Avá*. 2020(36):137-64.
75. Díaz MC. Entre reuniones y documentos: la demanda de acceso al cannabis para usos terapéuticos en Argentina. *Horizontes Antropológicos*. 2022;28:385-419.
76. Cohall D, Griffith A. Old Herb,'New'Purpose: A Preliminary Analysis of Marijuana as a Medicine in Barbados. *West Indian Medical Journal*. 2019;68(1).
77. Kiepper AdO. Cuidados de compaixão: regulação da maconha medicinal nos Estados Unidos da América 2016.
78. Santos SO, Miranda MBS. Uso medicinal da cannabis sativa e sua representação social. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2019;43(3):697-718.
79. Christovão NT. A política para a cannabis no Brasil entre o direito penal e a saúde pública: da construção do discurso proibicionista às possibilidades de legalização: Universidade de São Paulo; 2021.
80. Castro Neto AG, Escobar JAC, Lira WL. A história da primeira tentativa de produção de medicamentos à base de maconha: Entrevista com Antônio José Alves. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25:2283-8.
81. Oliveira MBd, Vieira MS, Akerman M. O autocultivo de Cannabis e a tecnologia social. *Saúde e Sociedade*. 2020;29.
82. Calderón G, Pareja L, Caicedo C, Chica R. Regulación del uso de marihuana en Colombia con fines medicinales. *Hacia Promoc Salud*. 2017 [cited 2018 Apr 30]; 22 (1): 43-55.
83. Taco Pachacama M. Despenalización de la marihuana para fines terapéuticos de acuerdo con los saberes ancestrales en el Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; 2017.
84. Ecuador. Constitución de La República del Ecuador de 20 de outubro de 2008, (2008).
85. Santos-Burgoa C. Elementos regulatorios sobre la marihuana, a consideración para la efectiva protección a la salud de la población. *salud pública de México*. 2017;59:592-600.
86. López-Valdés JC, González-Negrete E, López-Valdés E. Marihuana en México, ¿droga recreativa o medicina? *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2020;49(1):3-4.

87. Carracedo S. Consideraciones bioéticas sobre la relación médico-paciente para el uso del cannabis medicinal en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2019;36:334-40.
88. Peru. Ley N° 30681, Ley que regula el uso medicinal y terapéutico del cannabis y sus derivados, 17 de noviembre de 2017, (2017).
89. Peru. Ley nº 31312, Ley que incorpora y modifica artículos de la Ley 30681, Ley que regula el uso medicinal y terapéutico del Cannabis y sus derivados, (2021).
90. Vasconcelos SC, Silva AO, Moreira MASP, Correia AdSB, Guerra ALAG, Santos ARd, et al. Bioethical analysis to the therapeutic use of Cannabis: Integrative review. *Nursing ethics*. 2019;26(1):96-104.
91. Qatanani A, Umar M, Padela AI. Bioethical insights from the Fiqh Council of North America's recent ruling on medical cannabis. *International Journal of Drug Policy*. 2021;97:103360.
92. Dickson K, Janasie C, Willett KL. Cannabinoid conundrum:: a study of marijuana and hemp legality in the United States. *Arizona journal of environmental law & policy*. 2019;10(20):132.
93. Annas GJ. Medical marijuana, physicians, and state law. *N Engl J Med*. 2014;371(11):983-5.
94. Annas GJ. Jumping frogs, endangered toads, and California's medical-marijuana law. *Mass Medical Soc*; 2005. p. 2291-6.
95. Tealdi JC. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco; 2008.
96. Garrafa V [editor]. A inclusão social no contexto da bioética. Conferência apresentada no Seminário mensal - julho/2005 - da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Brasília (DF), e no painel "Bioética: inclusão e justiça social", no VI Congresso Nacional da Rede Unida, Belo Horizonte; 2005.
97. Morin E. *A religação dos saberes: o desafio do século XXI*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
98. Amarante P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*: Editora Fiocruz; 1996.
99. Passos RG. "Holocausto ou Navio Negreiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira/Holocaust or "The Ship Negreiro?": concerns for the Brazilian Psychiatric Reform. *Argumentum*. 2018;10(3):10-23.
100. Oliveira AC. O princípio de igual consideração de interesses semelhantes na ética prática de Peter Singer. *Barbaroi*. 2011(34):210-25.
101. Souza J. *Como o racismo criou o Brasil*. Rio de Janeiro: Sextante; 2021.
102. Nuñez G. *Descolonizando afetos - experimentações sobre outras formas de amar*. São Paulo: Editora Planeta do Brasil; 2023.
103. Nascimento WF, Martorell LB. A bioética de intervenção em contextos descoloniais. *Revista bioética*. 2013;21:423-31.
104. Capra F. *As conexões ocultas, ciência para um vida sustentável*. São Paulo: Editora Cultrix; 2002.
105. Toro R. *Biodanza*. Santiago: Editorial Cuarto Propio; 2008.
106. Maturana H, Varela F. *A árvore do conhecimento*. São Paulo: Palas Athena. 2001.
107. Villaverde L. *Biocosmos: o universo vivo*. São Paulo: Cultrix; 2000.
108. Garrafa V, Rivas-Muñoz F, Ferreira Feitosa S, Flor de Nascimento W. Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad. Cátedra UNESCO Universidad de Brasilia Programa de Postgrado en Bioética Brasilia, DF, Brasil Saúde Soc São Paulo. 2015;24(supl 1):141-51.
109. Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. Tealdi JC, director *Diccionario latinoamericano de bioética* Bogotá: Unesco. 2008:161-4.
110. Garrafa V, Cunha TRd, Manchola-Castillo C. Ensino da ética global: uma proposta teórica a partir da Bioética de Intervenção. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2020;24.
111. Nascimento WFd, Garrafa V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. *Saúde e Sociedade*. 2011;20:287-99.

112. Martorell LB. Análise crítica da bioética de intervenção: um exercício de fundamentação epistemológica. 2015.
113. Holanda MAF. Por uma ética da (In) Dignação: repensando o Humano, a Dignidade e o pluralismo nos movimentos de lutas por direitos. 2016.
114. Sousa Santos B. Toward a new common sense: Law, science, and politics in the paradigmatic transition.: Routledge New York; 1995.
115. Césaire A. Discurso sobre o Colonialismo. São Paulo: Editora Veneta; 2020.
116. Krenak A. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras; 2019.
117. Kopenawa D, Albert B. A queda do céu: palavras de um xamã yanomami. São Paulo: Companhia das Letras; 2019.
118. Lopes N, Simas LA. Filosofias africanas: uma introdução. 9a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2023.
119. Verzola YE. Por uma bioética antirracista: análise da literatura bioética brasileira e estadunidense sobre racismo. 2021.
120. Cardoso L. Branquitude acrítica e crítica: A supremacia racial e o branco anti-racista. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2010;8(1):607-30.
121. Ramos AG. Patologia social do "branco" brasileiro. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ; 1995[1957].
122. Pinheiro BCS. Como ser um educador antirracista. São Paulo: Planeta do Brasil; 2023.
123. Garrafa V, da UnB CUdB. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano: Gaia; Unesco São Paulo; 2006.
124. Yin RK. O que é pesquisa qualitativa - e porque você cogitaria fazer esse tipo de pesquisa? In: Yin RK, editor. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso Editora; 2016. p. 313.
125. Albuquerque UP, Ramos MA, Lucena RFP, Alencar NL. Methods and techniques used to collect ethnobiological data. In: Albuquerque UP, Cunha LVFC, Lucena RFP, Alves RRN [editores] *Methods and techniques in ethnobiology and ethnoecology*. Nova Iorque: Springer; 2014.
126. Oliveira FC, Albuquerque UP, Fonseca-Kruel VS, Hanazaki N. Avanços nas pesquisas etnobotânicas no Brasil. *Acta Botanica Brasilica*. 2009;23:590-605.
127. Posey DA. Introdução: Etnobiologia: teoria e prática. Biblioteca Digital Curt Nimuendajú [Internet]. Acesso em 02/11/2022. Available from: [www.etnolingua.org](http://www.etnolingua.org).
128. Hurrell JA, Pochettino ML. Urban Ethnobotany: Theoretical and Methodological Contributions. In: Albuquerque UP, Cunha LVFC, Lucena RFP, Alves RRN [editores] *Methods and techniques in ethnobiology and ethnoecology*. Nova Iorque: Springer; 2014.
129. Foundation H. Person-centred care made simple: what everyone should know about person-centred care: Health Foundation; 2016.
130. Paludo C. Educação popular em busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático e popular. Porto Alegre: Ton10 editorial; 2001.
131. Minayo MCS, Costa AP. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*. 2018(40):11-25.
132. Ellis C, Adams TE. The purposes, practices, and principles of autoethnographic research. 2014.
133. Yin RK. Analisando dados qualitativos I: compilando, decompondo e recompondo. In: Yin RK, editor. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso Editora; 2016. p. 313.
134. Yin RK. Analisando dados qualitativos II: interpretando e concluindo. In: Yin RK, editor. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso Editora; 2016. p. 313.
135. Moreno JL. Psicodrama. São Paulo: Editora Cultrix; 1993.
136. Kambeba MW. Ay Kakyri Tama: eu moro na cidade: Editora Jandaíra; 2021.
137. Medicina CFd. Resolução sobre canabidiol: CFM abre consulta pública para a população. 2022 [Available from: <https://portal.cfm.org.br/noticias/consulta-canabidiol/>].

138. Jain SS. Rimonabant: Boom to ban. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*. 2011;2(2):45-50.
139. Klitzke J. Mercado de Cânhamo: Um estudo acerca do potencial mercadológico alinhado ao desenvolvimento sustentável para aplicações da fibra de cânhamo industrial. 2019.
140. Santos MO. O Cânhamo como material de construção: Viabilidade e Oportunidade: [sn]; 2013.
141. Martins FXG. O Papel do Cânhamo Industrial numa Economia Circular. 2022.
142. Pedrosa C. Solo para viajejo: Cepe Editora; 2019.

## APÊNDICE A – Diário de Campo da observação participante

Diário de Campo da observação participante

Observação participante do Ambulatório Cannábico (autoetnografia)			
Tópicos de observação	Observações gerais	Aspectos sobre os prescritores	Aspectos sobre os usuários
Questões macropolítica			
Questões locais e regionais			
Conhecimentos sobre a planta e suas formas farmacêuticas			
Acesso ao cuidado e ao medicamento			
Utilização da planta e seus derivados			
Aspectos sociais, econômicos e culturais sobre a planta			
Aspectos legais sobre uso da planta e seus derivados			
Problemas com uso da planta e suas formas farmacêuticas			
Outros e observações sobre conteúdos implícitos			

Fonte: pesquisa do autor, 2022.

## APÊNDICE B – Resultado do questionário para médicos/as prescritores/as

Foram obtidas 21 respostas ao questionário para os prescritores entre novembro de 2022 e abril de 2023. Apresentamos abaixo a Tabela 1 com os dados demográfico dos médicos e das médicas, a Tabela 2 com informações sobre a formação e atuação profissional desses participantes e a Tabela 3 apresenta as respostas deles sobre alguns aspectos da maconha.

Tabela 1 – Dados demográficos dos prescritores

<b>DADOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>
Gênero	Mulher cis	13 (62%)
	Homem cis	8 (38%)
Faixa etária	20-29 anos	2 (9,5%)
	30-39 anos	9 (42,8%)
	40-49 anos	7 (33,3%)
	50-59 anos	1 (4,8%)
	60-69 anos	2 (9,5%)
Raça/cor	Branca	14 (66,7%)
	Preta	2 (9,5%)
	Parda	5 (23,8%)
	Amarela	0
	Indígena	0
Orientação sexual	Heterossexual	17 (81%)
	Bissexual	3 (14,3%)
	Homossexual	0
	Pansexual	1 (4,7%)
Estado Civil	Solteiro	6 (28,6%)
	Casado	9 (42,8%)
	Divorciado	5 (23,8%)
	União estável	1 (4,7%)
Religião	Católica	9 (42,8%)

Evangélica	2 (9,5%)
Kardecista	1 (4,7%)
Afro-brasileira	3 (14,2%)
Espiritualista	1 (4,7%)
Magia	1 (4,7%)
Sem religião	3 (14,2%)
Não respondeu	1 (4,7%)

Fonte: questionário para prescritores (as)

Tabela 2 – Formação e atuação profissional dos prescritores

<b>DADOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>
Instituição de graduação	Pública	15 (71,4%)
	Privada	3 (14,2%)
	Estrangeira (com validação)	2 (9,5%)
	Não respondeu	1 (4,7%)
Tempo de conclusão da graduação	Menos de 5 anos	4 (19%)
	5 a 10 anos	6 (28,6%)
	11 a 20 anos	4 (19%)
	21 a 30 anos	4 (19%)
	31 anos ou mais	3 (14,2%)
Escolaridade (maior concluída)	Ensino superior	4 (19%)
	Residência Médica	6 (28,6%)
	Especialização	4 (19%)
	Mestrado	6 (28,6%)
	Doutorado	1 (4,7%)
Local de atuação profissional	Serviço público exclusivamente	4 (19%)
	Serviço privado exclusivamente	3 (14,2%)

	Serviço público principalmente	7 (33,3%)
	Serviço privado principalmente	1 (4,7%)
	Igualmente em público e privado	6 (28,6%)
Especialidades	Acupuntura e Dor	1 (4,7%)
	Clínica Médica	1 (4,7%)
	Endocrinologia	1 (4,7%)
	Medicina canabinóide	1 (4,7%)
	Medicina de Família e Comunidade	8 (38,1%)
	Medicina do Trabalho	1 (4,7%)
	Medicina Preventiva e Social e afins	4 (19%)
	Neurologia	1 (4,7%)
	Pediatria	1 (4,7%)
	Psiquiatria	3 (14,3%)
	Não respondeu	1 (4,7%)

Fonte: questionário para prescritores (as)

Tabela 3 – Prescrição de Cannabis medicinal

<b>DADOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>
Tempo de experiência na prescrição de Cannabis	Sem experiência	1 (4,7%)
	1 a 23 meses	8 (38,1%)
	24 a 48 meses	11 (52,4%)
	60 meses	1 (4,7%)
Principais indicações	Ansiedade	11 (52,4%)
	Demências	7 (33,3%)
	Depressão	8 (38,1%)
	Doenças autoimunes	4 (19%)
	Doenças neurodegenerativas	9 (42,8%)

	Dor aguda	1 (4,7%)
	Dor crônica	15 (71,4%)
	Epilepsias	10 (47,6%)
	Esquizofrenias	1 (4,7%)
	Glaucoma	2 (9,5%)
	HIV/AIDS (coadjuvante)	1 (4,7%)
	Transtornos do neurodesenvolvimento	10 (47,6%)
	Câncer (coadjuvante)	2 (9,5%)
	Insônia	2 (9,5%)
Grupo populacional a que prescrevem	Crianças até 6 anos	6 (28,7%)
	Crianças de 6 a 12 anos	7 (33,3%)
	Adolescentes (>12 a 18 anos)	7 (33,3%)
	Adultos de 18 a 60 anos)	15 (71,4%)
	Idosos (>60 anos)	12 (57,1%)
	Não tem prescrito	1 (4,7%)
Produtos com maior experiência	Produtos com CBD ou THC isolados	8 (38,1%)
	Produtos full spectrum industrializados	6 (28,6%)
	Produtos full spectrum da ABRACE	13 (62%)
	Produtos full spectrum de outras associações	4 (19%)
	Produtos full spectrum de origem indeterminada	3 (14,3%)
	Produtos full spectrum de produção própria	3 (14,3%)
	Produtos broad spectrum industrializados	3 (14,3%)

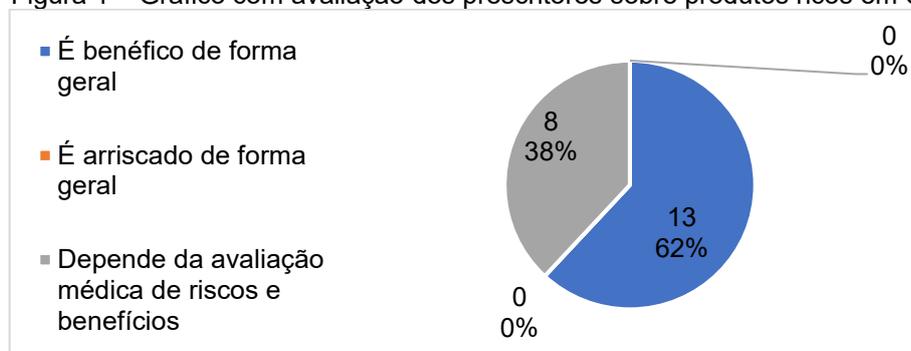
Produtos que não indicam	Produtos com CBD ou THC isolados	3 (14,3%)
	Produtos full spectrum de origem indeterminada	15 (71,4%)
	Produtos full spectrum de produção própria	4 (19%)
	Produtos broad spectrum industrializados	2 (9,5%)
	Produtos sem determinação de conteúdo	1 (4,7%)
	Não soube opinar	1 (4,7%)
Relação com mercado da Cannabis medicinal	Visita ou eventos para divulgação de produtos industriais importados	10 (47,7%)
	Visita ou eventos para divulgação de produtos industriais comercializados no Brasil	11 (52,4%)
	Visita ou eventos para divulgação de produtos das Associações	7 (33,3%)
	NUNCA receberam visita ou convite de eventos para divulgação de produtos	6 (28,6%)
Favorável à legalização da maconha?	Sim, mas apenas para derivados farmacêuticos	0
	Sim, mas apenas para uso medicinal	3 (14,3%)
	Sim, para uso medicinal, religioso, adulto e comercial	18 (85,7%)
	Não é a favor de nenhuma forma	0
Favorável ao cultivo e extração pelo paciente?	Sim, mas não é recomendável	6 (28,6%)

Sim, e é recomendável	13 (62%)
Não, exceto em casos específicos	0
Não, em nenhuma hipótese	1 (4,7%)
Não soube opinar	1 (4,7%)

Fonte: questionário para prescritores (as)

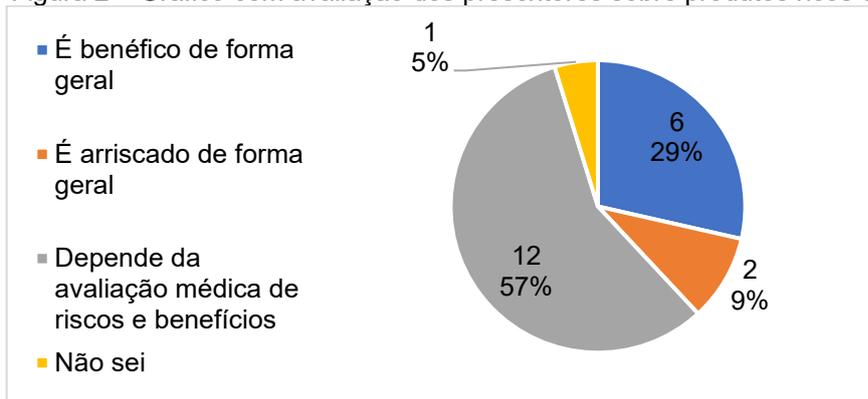
Destacamos nas figuras 1, 2 e 3 abaixo a avaliação geral dos prescritores sobre benefícios e riscos de produtos derivados de *Cannabis*.

Figura 1 – Gráfico com avaliação dos prescritores sobre produtos ricos em CBD



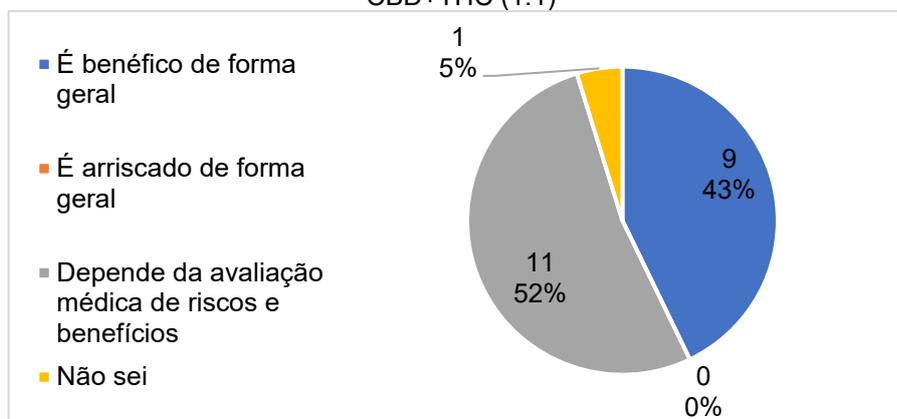
Fonte: questionário para prescritores (as)

Figura 2 – Gráfico com avaliação dos prescritores sobre produtos ricos em THC



Fonte: questionário para prescritores (as)

Figura 3– Gráfico com avaliação dos prescritores sobre produtos mistos CBD+THC (1:1)



Fonte: questionário para prescritores (as)

Para finalizar a decomposição desta ferramenta, listamos no quadro abaixo os comentários relevantes deixados no último item do questionário, reservado para comentários livres.

#### Comentários livres dos prescritores

Comentários livres
Não podemos deixar que práticas ancestrais e milenares sejam colonizadas pela indústria farmacêutica. Saúde não é mercadoria.
Acredito, com relação à última pergunta, que o plantio possa ser a principal forma de produção de fitoterápicos para qualquer fim, entretanto é fundamental pensar e desenvolver para outra dimensão a produção agroecológica vinculada a uma proposta de reforma agrária popular no Brasil.
Pelo fim da guerra às drogas e do genocídio dos jovens negros pela mão do Estado.
(A favor da) Produção própria se tem condições de determinar conteúdo de CBD/THC.
Espero que o óleo Medicinal venha a ser produzido pelo laboratório público LAFEPE.
Há 6 meses, uso CBD industrializado em mim mesma para dor crônica e o resultado para endometriose 4 foi excelente em mim mesma.

Fonte: pesquisa do autor, 2024.

## APÊNDICE C – Classificação dos dados para Decomposição

### Classificação dos dados para Decomposição

Quadro de Decomposição dos dados			
<p>Legenda:</p> <p>Capital e industrial farmacêutico</p> <p>Poder médico e valorização do conhecimento médico</p> <p>Acesso a profissionais prescritores e formas farmacêuticas</p> <p>Marginalização do uso não médico no debate sobre regulamentação da planta</p> <p>Atribuição de riscos aos fitocannabinoides (e exigência de controle sobre o uso)</p> <p>Valorização dos saberes populares e tradicionais</p> <p>Resistência ao poder médico ou à indústria da maconha medicinal</p>			
Tópicos de observação	Observações gerais	Aspectos sobre os prescritores	Aspectos sobre os usuários
Questões macropolítica	<p>Problematização do proibicionismo sempre presente.</p> <p>Hoje apareceram questões sobre cultivo doméstico, lobby da indústria farmacêutica, custo de produtos industrializados e mesmo os artesanais ofertados pelas associações; o proibicionismo é criticado, são levantadas questões raciais na questão da proibição da maconha.</p> <p>Estamos em período eleitoral para presidência da república, com disputa entre as pautas progressistas e conservadoras. (resolução CFM 2324)</p> <p>O CFM publica em outubro a resolução 2324/2022 limitando</p>	<p>Mercado médico da cannabis (com consultas caras) como mais uma consequência negativa do proibicionismo. Porque uma planta precisa de aval médico?</p> <p>Como é de praxe, aparecem relatos de discordância de colegas médicos acerca do uso de derivados canábicos, principalmente com o argumento de não haver evidências científicas; algumas falas trazem o conhecimento de alguns médicos da indicação autorizada pelo CFM de uso em epilepsias refratárias.</p> <p>Interesse dos prescritores no mercado da cannabis devido a alta demanda de pacientes;</p>	<p>Presença de situações de uso fumado com fim terapêutico, inclusive com interesse em obter habeas corpus para plantar.</p> <p>Perfil diverso.</p> <p>Precisa andar com laudo para se proteger de prisão? - receio pela questão da ilegalidade</p> <p>Desassistência aos vários usuários que já estavam se beneficiando do medicamento. (resolução CFM 2324)</p> <p>Levantam pontos importantes como os problemas do proibicionismo, o maior prejuízo para a população periférica e negra. (resolução CFM 2324)</p>

	<p>bastante a atuação do médico na prescrição de cannabis e derivados; basicamente a resolução torna infração ética a prescrição para as epilepsias ligadas a síndromes de Dravet e Lennox-Gastaut e no complexo da Esclerose Tuberosa. Proíbe ainda a prescrição de qualquer produto in natura e qualquer outro que não seja o CBD.</p> <p>Cariri fala que há possibilidade de uma maior abertura do comércio de Cannabis com vitória de Lula.</p> <p>Como isso repercute no mercado da cannabis? Em quem está investindo nisso, como é o caso da Aliança e outras associações?</p> <p>Nova gestão federal!! Lula presidente! (jan/2023)</p>	<p>Muitos médicos caminharam para a “desobediência” à resolução 2324 CFM - em sua maioria médicos de consultórios particulares.</p> <p>Prescrição de cannabis não parece ter sido influenciada negativamente pela resolução do CFM 2324. (jan/2023).</p> <p>Cada vez mais produtos industrializados estão chegando às farmácias brasileiras.</p>	<p>Altos custos dos medicamentos das farmácias (resolução CFM 2324).</p> <p>Diversidade de grupos que acessam o ambulatório vai desde pessoas em situação de vulnerabilidade até pessoas com certo poder aquisitivo -pessoas que conseguem acessar serviços privados de saúde</p>
<p>Questões locais e regionais</p>	<p>Legislativo estadual discutindo a pauta - PL de João Paulo.</p> <p>Paralisação das atividades de atendimento do Amb. canábico e articulação com associações e apoio jurídico para decidir como continuar. (resolução CFM 2324).</p> <p>Presença de vereadores que apoiam o projeto e pautas progressistas sobre drogas e sobre maconha medicinal (resolução CFM 2324).</p> <p>Iniciada conversa com representante da PCR para novo curso de formação de prescritores</p>	<p>O ambulatório entende o uso de cannabis como tratamento complementar. Não faz diagnósticos, nem pretende fazer o seguimento da condição clínica, havendo necessidade de que todos os usuários mantenham acompanhamento com outros médicos de referência</p> <p>Desde abril de 2022, residentes de psiquiatria (SESAU/Recife) passaram a participar dos atendimentos do ambulatório e da roda. Recebemos hoje uma nova dupla de residentes</p>	<p>Ambulatório como articulador das associações em PE.</p> <p>Em PE, mulheres deram o pontapé para o uso medicinal de cannabis para filhos e filhas com patologias neuropsicológicas, tais como epilepsias, autismos, déficits intelectuais. As precursoras são defensoras do uso doméstico e atestam a eficácia dos produtos em seus filhos e filhas</p> <p>Clientela procurando medicamentos com custo menor, geralmente em busca de prescrição para</p>

	<p>em convênio com a prefeitura de forma a qualificar os médicos da rede para a prescrição.</p> <p>O grupo cresceu muito, neste dia, tivemos que dividir em dois grupos - um foi conduzido por mim e outro por Cariri. (Jan/2023)</p> <p>Aparece uma questão sobre desafios para continuidade dos atendimentos por possibilidade de Cariri assumir cargo de gestão no MEC ou MS. (Jan/2023)</p>	<p>de psiquiatria, que vão estagiar por 3 meses.</p> <p>Pensa-se em buscar proteção jurídica para manter os atendimentos e prescrição. (resolução 2324 CFM)</p> <p>Outro encaminhamento foi fazer projeto para desenvolver a prescrição a partir de pesquisa (ficou permitido pela resolução 2324 CFM)</p> <p>Em toda roda, falamos sobre o ambulatório e as questões do acompanhamento, limites e contratos.</p>	<p>as associações de Pernambuco</p> <p>Com a resolução, por como, mais de 90% dos usuários são prejudicados. (resolução CFM 2324)</p> <p>Aumento de procura, inclusive pessoas que vieram agendar para outras pessoas (jan/2023).</p> <p>Explicita fragilidade do ambulatório com recursos - para marcação, contato com os usuários, manutenção dos atendimentos</p>
<p>Conhecimentos sobre a planta e suas formas farmacêuticas</p>	<p>Há espaço para educação popular sobre os conhecimentos</p> <p>Muitos na roda vêm com pouco conhecimento sobre uso terapêutico de maconha, mas vem com interesse em saber se pode ser útil à sua condição de saúde e para agendar avaliação.</p> <p>Essa questão tem se saturado.</p>	<p>O compartilhamento de experiências dos usuários com os derivados é sempre muito importante. Elas são diversas, mas predominam as boas experiências para fibromialgia e para o autismo.</p> <p>Após a roda, conversamos com os residentes, e eles expuseram falta de conhecimento sobre como prescrever e sobre os resultados. Atendemos uma criança com autismo com relato de bom resultado geral após 3 meses de uso, que marca positivamente os residentes.</p> <p>Experiência própria do prescritor com o uso terapêutico de derivados para si ou para familiares</p> <p>Porque o CFM ignora a possibilidade de uso terapêutico de todos os derivados?</p>	<p>Uso fumado como recurso terapêutico.</p> <p>Mulheres que fazem o cultivo doméstico "manejam" o cultivo, e a utilização medicinal, demonstram conhecimentos gerais acerca de plantio, de extração, do uso clínico de princípios ativos. Isso não implica em ausência de acompanhamento médico, ao contrário, todas têm demandas por discutir as situações e por ouvir opinião médica</p> <p>Como ficam os usuários com benefícios do uso de óleos <i>full spectrum</i>? E de THC? (resolução 2324 CFM)</p>

		<p>Evitamos produtos com THC em situações em que há contra indicação.</p> <p>Prescrição de CBD isolado.</p>	
<p>Acesso ao cuidado e ao medicamento</p>	<p>Dúvidas sobre forma de acesso ao medicamento;</p> <p>A roda é o principal meio atualmente de agendamento de avaliação do ambulatório;</p> <p>É boa a perspectiva de maior profissionalização das associações em Pernambuco</p>		<p>Interesse por autorização judicial para plantar.</p> <p>Saber valores dos produtos - baixo custo com maior importância</p> <p>Preocupações com a continuidade de acesso a atendimento e medicamento (resolução 2324 CFM)</p>
<p>Utilização da planta e seus derivados</p>	<p>Há espaço para educação popular sobre os conhecimentos</p> <p>Essa questão tem se saturado, não aparecendo novidades.</p>	<p>Valorização das experiências dos usuários com o uso do medicamento.</p> <p>Cautela com a prescrição para transtornos mentais.</p> <p>Condições atendidas ou relatadas buscando avaliação para uso de Cannabis (nem sempre foi prescrito): fibromialgia, TEA, dores crônicas, ansiedade, demências, Doença de Parkinson, tremor essencial, epilepsias, depressão, Esquizofrenias, TUS, Doenças autoimunes, Transtorno mental sem especificações, enxaqueca, experimentação.</p>	<p>Autonomia para manipular doses</p> <p>Ratificação dos benefícios da maconha in natura para diversos fins</p>
<p>Aspectos sociais, econômicos e culturais sobre a planta</p>	<p>Não há evitação de falar sobre maconha, há sim uma tentativa de educar para que é a planta proibida que tem tantos elementos terapêuticos.</p>	<p>Restrição da prescrição médica (resolução 2324 CFM)</p>	<p>Não houve falas preconceituosas ou com receio do uso</p>

	<p>O preconceito relacionado ao proibicionismo aparece, o habeas corpus é defendido como forma de tornar o acesso mais barato</p> <p>Possibilidade de haver alguma explicação não explícita para a resolução sair no meio de um processo eleitoral. O CFM levanta uma pauta conservadora com que fim? (resolução 2324 CFM)</p> <p>A resolução ainda tem um caráter ditatorial, pois proíbe o médico de dar aulas, cursos e palestras "fora de ambiente científico".</p> <p>Esse movimento do CFM evidencia o tratamento diferente com os produtos farmacêuticos e o uso fitoterápico e adulto</p> <p>Como podem proibir algo que vem da natureza, é uma planta?</p>		
<p>Aspectos legais sobre uso da planta e seus derivados</p>	<p>Pelo estado legal atual, há um cuidado no ambulatório em relação às indicações que são feitas, havendo prudência nas prescrições - é sempre ratificado que o agendamento não significa que necessariamente o usuário vai sair com a prescrição. Há nisso um sentido de proteger o projeto de problemas jurídicos</p> <p>Especialmente hoje, o tema do habeas corpus foi trazido com a melhor opção pela potência de individualização do tratamento e custo; as</p>		

	<p>experiências em PE contaram, em alguns casos, com a atuação do ambulatório</p> <p>Representantes de uma associação afirmam que estão próximos de conseguir autorização da justiça para plantar, extrair e distribuir óleos para os associados.</p> <p>Há um sentido de proteger o projeto de problemas jurídicos</p>		
Problemas com uso da planta e suas formas farmacêuticas	<p>Não tem aparecido. Talvez quem tenha problemas, não retorna ao ambulatório</p> <p>Percebo que a maioria dos relatos trazem consenso de que os efeitos colaterais são raros</p>	<p>Preocupações com qualidade do produto. Farmacêuticos garantem que é possível fazer extração caseira com boa qualidade. E admitem que não necessariamente as formulações farmacêuticas garantem boa qualidade, pois não há controle de qualidade em todo o processo, principalmente durante o processo de distribuição das substâncias.</p>	<p>Antes de roda, conversei com uma mãe preocupado com alguns comportamentos de adolescente (faz uso de cannabis por cultivo próprio desde infância) - me pareceu que a questão está mais relacionada a adolescência que ao uso de cannabis, de toda forma, foi agendada avaliação individual</p>
Outros e observações sobre conteúdos implícitos	<p>Há uma insegurança de Cariri quanto ao uso em situações psiquiátricas, por um lado para evitar medicalização de situações gerais da vida (como no caso de quadros de ansiedade), por outro por insegurança no uso em situações que envolve a psicose - é dito explicitamente que não se atendem casos de esquizofrenia no ambulatório. Aqui fico na dúvida o quanto o estigma pode interferir nessa posição, e penso que precisamos conversar sobre isso para que não haja barreiras de</p>		<p>Curioso que um psicólogo sem problemas de saúde procurou para "experimental" o óleo para saber como os pacientes usam. Por isso a roda é importante para explicar quem atendemos.</p>

	<p>acesso devido ao estigma - a construção de protocolos poderia ajudar nesse quesito.</p> <p>Nesta roda, havia um discurso favorável à legalização da maconha para todos os fins</p> <p>Foi lembrado que o CFM aprovou uso de cloroquina para COVID 19 sem evidências (ao contrário), mas no caso da maconha, faz um movimento contrário à autonomia do médico é radical, limitando imensamente o uso que já está corriqueiro no país. (resolução 2324 CFM)</p> <p>Ambulatório cannabis e suas articulações como estratégia de luta.</p> <p>Fora da roda, temos recebido visitas de representantes comerciais de produtos à base de cannabis. Convites para jantar e oferta para promover coffee break para a roda. Temos recusado.</p>		
--	--	--	--

Fonte: pesquisa do autor, 2024.

APENDICE D – Quadro de análise para recomposição dos dados

Recomposição dos dados decompostos	
<p>Categorias de análise:</p> <p>1) Categorias da BI: 4Ps; Concentração de poder; imperialismo; Justiça como equidade; Emancipação social, empoderamento e libertação; corporeidade;</p> <p>2) Epistemes do sul: decolonialidade, princípio biocêntrico, pactos e privilégios da branquitude</p> <p>3) Artigos da DUBDH: 4 – Benefício e dano; 10 – Igualdade, Justiça e Equidade; 11 – Não-Discriminação e Não-Estigmatização; 12 – Respeito pela diversidade cultural e pluralismo; 13 - Solidariedade e cooperação; 14 - Responsabilidade Social e Saúde; 15 - Compartilhamento de Benefícios; e 17 – Proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade.</p>	
Categorias	Argumentos e questões <span style="background-color: yellow;">(categorias relacionadas)</span>
<p>Poder médico e valorização de conhecimento médico</p>	<p>CFM publica em outubro a resolução 2.324/2022 – vetando os médicos de prescreverem derivados artesanais e para situações extremamente limitantes. <span style="background-color: yellow;">(4Ps, concentração de poder, imperialismo, decolonialidade, Artigo 4, Compartilhamento de benefícios)</span></p> <p>Muitos médicos “especialistas” em <i>Cannabis</i> fizeram um movimento em redes sociais de “desobediência” à resolução 2.324 do CFM - em sua maioria, esse grupo era formado por médicos de consultórios particulares. <span style="background-color: yellow;">(concentração de poder, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 10, 13, 14, 15)</span></p> <p>Com a mobilização nacional de familiares, pacientes e prescritores, o CFM voltou atrás e colocou a resolução novamente em consulta. Na prática, a prescrição não parece ter sido influenciada negativamente pela resolução. <span style="background-color: yellow;">(emancipação, empoderamento e libertação, pactos e privilégios da branquitude)</span></p> <p>Precisa andar com laudo para se proteger de prisão? (explicitando o poder médico na regulamentação da maconha). <span style="background-color: yellow;">(4Ps, concentração de poder, corporeidade, decolonialidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 10, 11)</span></p> <p>Possibilidade de haver alguma explicação não explícita para a resolução sair no meio de um processo eleitoral. O CFM levanta uma pauta conservadora com que fim? (resolução 2.324 CFM) <span style="background-color: yellow;">(concentração de poder, imperialismo, decolonialidade, 4Ps, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 4, 10, 12, 14)</span></p>

	<p>A medicina no Brasil, em sua raiz, tem relação com a elite, tendo sido útil aos seus interesses. É uma profissão de prestígio, exercida majoritariamente por pessoas brancas cis heterossexuais (a nossa amostra não foge a essa estatística). (concentração de poder, pactos e privilégios da branquitude, decolonialidade, Artigos 10, 11, 14)</p> <p>Discordância de colegas médicos acerca do uso de derivados canábicos, principalmente com o argumento de não haver evidências científicas. (concentração de poder, imperialismo, Artigos 4, 11, 15)</p> <p>No geral, quando os prescritores avaliaram os riscos e benefícios dos produtos (ricos em CBD, THC ou mistos), eles defendem que essa razão depende da avaliação médica (39% para o CBD, 57% para o THC e 52% para o misto). (4ps, concentração de poder, corporeidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 4 e 15)</p> <p>Pelo estado legal atual, há um cuidado no ambulatório em relação às indicações que são feitas, havendo prudência nas prescrições - é sempre ratificado que o agendamento não significa que necessariamente o usuário vai sair com a prescrição. Há nisso um sentido de proteger o projeto de problemas jurídicos. (4ps, concentração de poder, Artigos 13 e 15)</p>
Capital e industrial farmacêutico	<p>Altos custos dos medicamentos das farmácias - lobby da indústria farmacêutica, influenciando nos custos de produtos industrializados. (concentração de poder, imperialismo, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 10, 11, 13, 14, 15)</p> <p>Cerca de 10 (47,4%) prescritores receberam visitas ou convites para eventos de produtos industriais importados e 11 (52,4%) de produtos comercializados no Brasil. (imperialismo, pactos e privilégios da branquitude)</p> <p>Fora da roda, temos recebido visitas de representantes comerciais de produtos à base de cannabis. Convites para jantar e oferta para promover coffee break para a roda. Temos recusado. (imperialismo, pactos e privilégios da branquitude, Artigo 14)</p> <p>No ambulatório, evitamos produtos com THC nas situações em que há maiores riscos teóricos: adolescência, transtorno bipolar e histórias de psicoses, sendo as únicas situações onde costuma ser prescrito o CBD isolado ou produtos <i>broad spectrum</i>. (4ps e corporeidade, Artigo 4)</p> <p>Possibilidade de haver alguma explicação não explícita para a resolução sair no meio de um processo eleitoral. Qual a influência da indústria? (resolução 2.324 CFM) (concentração de poder, imperialismo, decolonialidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 11, 12, 13, 14, 15)</p> <p>A possibilidade de o usuário realizar sua própria produção de medicamento esteve associada com a condição de determinar o conteúdo de CBD/THC, demonstrando o cuidado com questões técnicas e de qualidade desses produtos. Há de toda forma uma interrelação com as questões farmacêuticas. (4ps, concentração de poder, justiça como equidade, Artigos 4, 10, 15)</p>

<p>Acesso a profissionais prescritores e formas farmacêuticas</p>	<p>Altos custos dos medicamentos das farmácias - lobby da indústria farmacêutica, influenciando nos custos de produtos industrializados (e mesmo os óleos artesanais ofertados pelas associações têm preços que impedem acesso de boa parte da população). (concentração de poder, justiça como equidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 10, 13)</p> <p>Mercado médico da prescrição de <i>Cannabis</i> (com consultas caras) como mais uma consequência negativa do proibicionismo - interesse dos prescritores no mercado devido à alta demanda de pacientes. (concentração de poder, justiça como equidade, decolonialidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 10, 11, 13, 14 e 15)</p> <p>Desassistência aos vários usuários que já estavam se beneficiando do medicamento (possível consequência caso a resolução 2.324 do CFM estivesse valendo ou venha a valer, ela ainda está em consulta). (concentração de poder, justiça como equidade, corporeidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 4, 10, 14)</p> <p>O Projeto de extensão é atualmente o único meio de atendimento pelo SUS especializado na prescrição de derivados em <i>Cannabis</i>. E a Roda é o principal meio de acesso ao ambulatório, sendo o acesso frágil e restrito. (justiça como equidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 10, 13, 14, 15)</p> <p>Na amostra, apenas 3 prescritores estão exclusivamente na rede privada, e pelo menos 11 deles estão prioritariamente ou exclusivamente nos serviços públicos. (justiça como equidade, concentração de poder, Artigos 10, 13, 14)</p> <p>Na amostra, houve amplo espectro de produtos prescritos pelos participantes: de produtos industrializados a produtos mais artesanais. É notável a credibilidade da ABRACE (62% dos participantes afirmam ter maior experiência com seus óleos) – vale ressaltar que atualmente essa associação conta com estrutura industrial (foi a primeira associação a ter Habeas corpus). (justiça como equidade, Artigo 10)</p>
<p>Marginalização do uso não médico no debate sobre regulamentação da planta</p>	<p>A problematização do proibicionismo sempre presente nas rodas, e o cruzamento do assunto com as questões raciais levanta questões sobre o porquê de legalizar o uso medicinal apenas. (Emancipação social, empoderamento e libertação, 4ps, justiça como equidade, decolonialidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 10, 11, 12, 14)</p> <p>Os maiores prejudicados com o proibicionismo é a população periférica e negra. A resolução do CFM desprotege ainda mais esse grupo. (4ps, justiça como equidade, decolonialidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 10, 11, 12, 14)</p> <p>Está em disputa pautas progressistas e conservadoras, no entanto o mercado parece estar impulsionando a legalização para fins medicinais, sem se preocupar com o uso geral e os problemas da proibição. (Emancipação social, empoderamento e libertação, 4ps, justiça como equidade, decolonialidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 10, 11, 12, 14)</p> <p>Embora todos os prescritores sejam favoráveis à legalização da maconha (ao menos para fins medicinais), 7 deles (33.3%) não recomendam ou não</p>

	<p>são favoráveis ao plantio caseiro e extração pelo próprio paciente. (concentração de poder, decolonialidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 10, 11, 12, 14, 17)</p> <p>Precisa andar com laudo para se proteger de prisão? (manutenção do estado ilegal para uso não prescrito). (Emancipação social, empoderamento e libertação, 4ps, justiça como equidade, decolonialidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 10, 11, 12, 14)</p>
<p>Atribuição de riscos aos fitocannabinoides (e exigência de controle sobre o uso)</p>	<p>A resolução 2.324/2022 do CFM denota o interesse no controle extremo dos produtos de <i>Cannabis</i>, contrastando com a tendência em outros locais do mundo e com a avaliação dos riscos considerando evidências científicas. (concentração de poder, 4ps, decolonialidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 4, 17)</p> <p>Porque o CFM ignora a possibilidade de uso terapêutico de todos os derivados? (concentração de poder, 4ps, decolonialidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 10, 11, 12, 14, 17)</p> <p>Como ficariam os usuários com benefícios do uso de óleos <i>full spectrum</i>? E de THC? (já que resolução do CFM veta o uso desses produtos) (4ps, corporeidade, Artigo 4)</p> <p>Não tem aparecido. Talvez quem tenha problemas, não retorna ao ambulatório (4ps, corporeidade, Artigo 4)</p> <p>Percebo que a maioria dos relatos trazem consenso de que os efeitos colaterais são raros (4ps, corporeidade, Artigo 4)</p> <p>No ambulatório, há uma insegurança quanto ao uso em situações psiquiátricas, por um lado para evitar medicalização de situações gerais da vida (como no caso de quadros de ansiedade), por outro por insegurança no uso em situações que envolve a psicose - é dito explicitamente que não se atendem casos de esquizofrenia no ambulatório. Aqui fico na dúvida o quanto o estigma pode interferir nessa posição. (4ps, corporeidade, Artigo 4 e 11)</p> <p>15 prescritores (71,4%) não indicam óleos de origem indeterminada (alguns pontuaram que a questão seria não saber quais as características fitoquímica do produto). (4ps, corporeidade, concentração de poder, Artigo 4, 17)</p> <p>A presença de maiores doses de THC é avaliada com maiores riscos e maior necessidade de avaliação médica (pelos prescritores) (4ps, corporeidade, concentração de poder, privilégios e pactos da branquitude, Artigo 4)</p>
<p>Valorização dos saberes populares e tradicionais</p>	<p>Em PE, mulheres deram o pontapé para o uso medicinal de cannabis para filhos e filhas com patologias neuropsicológicas, tais como epilepsias, autismos, déficits intelectuais. As precursoras são defensoras do uso doméstico e atestam a eficácia dos produtos em seus filhos e filhas. (Emancipação social, empoderamento e libertação, 4ps, Artigos 4, 10, 12, 13, 17)</p>

	<p>Mulheres que fazem o cultivo doméstico “manejam” o cultivo, e a utilização medicinal, demonstram conhecimentos gerais acerca de plantio, de extração, do uso clínico de princípios ativos. Isso não implica em ausência de acompanhamento médico, ao contrário, todas têm demandas por discutir as situações e por ouvir opinião médica. (Emancipação social, empoderamento e libertação, 4ps, Artigos 4, 10, 12, 13, 17)</p> <p>Há espaço para educação popular sobre os conhecimentos sobre a planta e seu uso, com valorização dos conhecimentos dos pacientes. O compartilhamento de experiências deles com os derivados é sempre muito importante. Uma informação clínica relevante que aprendemos com as mães parte da percepção delas de que os derivados de maconha funcionam melhor em crianças autistas sem uso de antipsicóticos. (Emancipação social, empoderamento e libertação, 4ps, corporeidade, Artigos 4, 10, 12, 13, 17)</p> <p>Na prática da prescrição da Cannabis, a necessidade de titulação gradual e necessidade de auto acompanhamento dos efeitos esperados dão mais autonomia aos usuários para manipular doses e facilitam a percepção deles sobre seu corpo e o efeito da medicação. (Emancipação social, empoderamento e libertação, 4ps, corporeidade, Artigo 10)</p> <p>Farmacêuticos garantem que é possível fazer extração caseira com boa qualidade. E admitem que não necessariamente as formulações farmacêuticas tem garantia de serem melhores, pois não há controle de qualidade em todo o processo, principalmente durante a distribuição das substâncias (o deslocamento de importação pode ser um grande problema). (Emancipação social, empoderamento e libertação, 4ps, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 4, 10, 12, 13, 17)</p> <p>3 prescritores não indicariam produtos industrializados com THC e/ou CBD isolados, 2 prescritores não indicariam produtos industrializados <i>broad spectrum</i> – movimento de valorizar a efetividade dos óleos artesanais, principalmente pelo efeito comitiva. (Emancipação social, empoderamento e libertação, 4ps, decolonialidade, Artigos 11, 12, 13, 14 e 17)</p> <p>“Como podem proibir algo que vem da natureza? É uma planta!” – a partir do olhar dos povos originários, como podemos situar a questão da maconha? Quais seus direitos? (Emancipação social, empoderamento e libertação, justiça como equidade, decolonialidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigos, 11, 12, 15, 17)</p>
<p>Resistência ao poder médico ou à indústria da maconha medicinal</p> <p>(movimento de usuários e associações)</p>	<p>É boa a perspectiva de maior profissionalização das associações em Pernambuco (uma associação ganhou autorização para cultivo, produção e distribuição). (Emancipação social, empoderamento e libertação, justiça como equidade)</p> <p>Clientela procurando medicamentos com custo menor, geralmente em busca de prescrição para as associações de Pernambuco – há casos que chegam em uso de óleo produzidos por eles mesmos com maconha adquiridas clandestinamente. (Emancipação social, empoderamento e libertação, justiça como equidade, 4ps, pactos e privilégios da branquitude, Artigo 17)</p> <p>Crescimento pelo interesse por autorização judicial para plantar – muitos usuários vão ao ambulatório já em uso de maconha (óleo produzido por si próprio ou fazendo uso inalado) para conseguir receita e laudo médicos</p>

	<p>para posterior aquisição de habeas corpus. (Emancipação social, empoderamento e libertação, justiça como equidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigo 17)</p> <p>O habeas corpus é defendido como forma de tornar o acesso mais barato e como potência de individualização do tratamento. (Emancipação social, empoderamento e libertação, justiça como equidade, corporeidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 10, 14)</p> <p>Ratificação dos benefícios da maconha <i>in natura</i> para diversos fins (há exemplos práticos de casos com benefícios). (corporeidade, Artigos 4, 17)</p> <p>No geral, há sempre nas Rodas pessoas com discursos favoráveis à legalização da maconha para todos os fins. (Emancipação social, empoderamento e libertação, justiça como equidade, decolonialidade, pactos e privilégios da branquitude, Artigos 4, 10, 11, 14, 17)</p>
<p>Resistência ao poder médico ou à indústria da maconha medicinal</p> <p>(movimento de profissionais ou instituições)</p>	<p>Presença de vereadores que apoiam o projeto e pautas progressistas sobre drogas e sobre maconha medicinal. (Emancipação social, empoderamento e libertação, concentração de poder)</p> <p>O projeto assiste a pelo menos 11 pessoas que conseguiram habeas corpus conseguidos a partir do atendimento no Ambulatório Cannábico. (Emancipação social, empoderamento e libertação, concentração de poder)</p> <p>O SIS conta com um projeto de fitoterapia comunitária. Há uma ideia de iniciar plantação de Cannabis na horta do SIS para produzir medicamentos. (Emancipação social, empoderamento e libertação, concentração de poder)</p> <p>Iniciada conversa entre projeto de extensão e gestão do município do Recife para novo curso de formação de prescritores em convênio com a prefeitura de forma a qualificar os médicos da rede para a prescrição. (Emancipação social, empoderamento e libertação, justiça como equidade, concentração de poder)</p> <p>Ambulatório como articulador das associações em PE (apoio a prescrição de muitos associados). E o ambulatório faz outras articulações estratégicas com políticos favoráveis à causa, com a defensoria pública, com a gestão municipal, com a UFPE, com programas de residência médica, com prescritores de diversos locais do país, etc. (emancipação social, empoderamento e libertação, justiça como equidade, concentração de poder)</p> <p>Há uma diversidade grande de perfil de pessoas que acessam o ambulatório – vai desde pessoas em situação de vulnerabilidade até pessoas com relativo poder aquisitivo. (justiça como equidade)</p> <p>Na amostra, apenas 3 prescritores estão exclusivamente na rede privada, e pelo menos 11 deles estão prioritariamente ou exclusivamente nos serviços públicos. Isso revela um papel formador para o SUS. (justiça como equidade)</p> <p>Não se pode deixar de levar em consideração a prescrição de óleos mais artesanais pelos médicos da amostra (mesmo sendo a minoria que declarou ter maior experiência com esses tipos). (4ps, corporeidade)</p>

	<p>Perguntados sobre que produtos não indicam, apenas 4 (19%) dos prescritores não indicariam produtos de produção caseira. (4ps, justiça como equidade, e emancipação social, empoderamento e libertação)</p> <p>7 (33,3%) dos prescritores receberam visitas ou foram convidados para eventos para divulgação de produtos de Associações.</p> <p>Todos os participantes eram favoráveis à legalização da maconha, sendo 18 (85,7%) a favor da legalização para uso adulto, medicinal, religioso e comercial e 3 (14,3%) foram a favor apenas para uso medicinal. (emancipação social, empoderamento e libertação, justiça como equidade, 4ps)</p> <p>Médicos militantes envolvidos. Podemos observar nos comentários livres:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Não podemos deixar que práticas ancestrais e milenares sejam colonizadas pela indústria farmacêutica. Saúde não é mercadoria. (emancipação social, empoderamento e libertação, justiça como equidade)</li><li>• O plantio pode ser a principal forma de produção de fitoterápicos para qualquer fim, entretanto é fundamental pensar e desenvolver para outra dimensão a produção agroecológica vinculada a uma proposta de reforma agrária popular no Brasil. (emancipação social, empoderamento e libertação, justiça como equidade)</li><li>• Pelo fim da guerra às drogas e do genocídio dos jovens negros pela mão do Estado. (emancipação social, empoderamento e libertação, justiça como equidade, 4ps, corporeidade)</li><li>• Espero que o óleo Medicinal venha a ser produzido pelo laboratório público – LAFEPE. (emancipação social, empoderamento e libertação, justiça como equidade)</li></ul>
--	---

Fonte: pesquisa do autor, 2024.

## ANEXO A – Informações sobre apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA	
<p>Título da Pesquisa: O USO DA CANNABIS PARA FINS TERAPÊUTICOS REQUER PRESCRIÇÃO MÉDICA? - ANÁLISE BIOÉTICA DA UTILIZAÇÃO DA MACONHA PARA FINS MEDICINAIS EM PERNAMBUCO. Pesquisador Responsável: Vinicius Batista Vieira Área Temática: Versão: 2 CAAE: 55308722.6.0000.5208 Submetido em: 06/03/2022 Instituição Proponente: CENTRO ACADEMICO DO AGRESTE Situação da Versão do Projeto: Aprovado Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p>	 <p>Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1882579</p>

Fonte: Plataforma Brasil, 2022.