

“A cura começa no momento em que estou regando minhas sementes”: os medicamentos artesanais à base de Cannabis produzidos por pacientes da Fundação Daya – Chile

Luciana Barbosa¹

¹Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo

Neste artigo demonstro como os usos medicinais de cannabis têm sido viabilizados no Chile a partir da experiência da Fundação Daya, por meio do associativismo terapêutico. A pesquisa foi realizada com base na observação participante junto à associação durante seis meses, em entrevistas com membros da equipe e em pesquisa documental. Compreendo, a partir da pesquisa realizada, que as ações coletivas organizadas por ativistas, somadas à produção de evidências, e a organização desses grupos em associações canábicas têm incentivado o debate público acerca do tema e, conseqüentemente, a produção de conhecimento credenciado e não credenciado. Nesse processo, foram desenvolvidas controvérsias científicas e disputas epistemológicas por meio das quais novos saberes e práticas relacionadas à saúde são experienciados e difundidos. A partir da análise realizada, elucido o processo por meio do qual uma planta tem sido transformada em medicamento no Chile.

Palavras-chave: Ativismo. Associativismo Terapêutico. Medicamentos.

“Healing begins when I am watering my seeds”: artisanal medical Cannabis produced by patients of the Daya – Chile Foundation

Abstract

In this article, I demonstrate how the medicinal uses of cannabis have been made possible in Chile based on the experience of the Daya Foundation, through therapeutic associations. The research was carried out from participant observation with the association for six months, interviews with team members and documentary research. I understand, from the research carried out, that collective actions organized by activists, added to the production of evidence, and the organization of these groups in cannabis associations, have encouraged public debate on the subject and, as a result, the production of accredited and not accredited knowledge. In this process, scientific controversies and epistemological disputes develop through which new knowledge and practices related to health are experienced and disseminated. Based on the analysis carried out, I elucidate the process by which a plant has been transformed into a medicine in Chile.

Keywords: Therapeutic Associativism. Medical Cannabis. Medicines.

Recebido em: 31/01/2022

Aceito em: 17/08/2022



Este trabalho está licenciado sob CC BY-NC-SA 4.0. Para visualizar uma cópia desta licença, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

1 Introdução

*Diamba é coisa excelente
Remédio pra dor de dente
Assim como Deus não mente
Diamba não mata a gente*
(versos cantados por indígenas
Tenehara, descritos por Henmam, 1986)

A busca e a experimentação de plantas para tratamento e cura de doenças e do sofrimento humano fazem parte da nossa história e desenvolvimento. Registros literários e antropológicos indicam que os usos de plantas medicinais são realizados a partir da observação e empirismo há pelo menos 50 mil anos (DEVIENNE; RADDI; POZZETI, 2004). Com a observação dos hábitos alimentícios dos animais, a experimentação e a domesticação de vegetais, as possibilidades terapêuticas e medicinais das plantas têm sido conhecidas pelos seres humanos e compartilhadas com as gerações futuras.

Lévi-Strauss (1989) narrou a surpresa descrita por um biólogo ao verificar a rapidez com que plantas originárias do México foram aclimadas, domesticadas e conhecidas por indígenas nas Filipinas, ressaltando que, em alguns casos, os últimos descobriram usos medicinais muito semelhantes aos verificados em seu território de origem. Lévi-Strauss (1989) associou essa rápida apropriação sobre as características das novas espécies vegetais, coletadas e transportadas a outras regiões do globo em decorrência da colonização, à prática compartilhada por esses povos de conhecer a fauna e a flora em seu entorno.

A cannabis insere-se nesse arcabouço de plantas medicinais tradicionalmente cultivadas e utilizadas por diversas populações, cujo potencial terapêutico foi negligenciado pela ciência durante grande parte da história moderna. As evidências mais antigas desses usos encontram-se na China e datam de aproximadamente 2.500 a.C.

Na Índia, a planta teve o maior prestígio religioso e medicinal de que se tem relatos, compondo uma das cinco plantas sagradas descritas no Vedas – conjunto de textos que constroem os alicerces filosóficos do Hinduísmo –, nos quais a bebida feita com a planta, chamada de *bhang*, é associada à alegria, à saúde da mente e à vida longa. Entre as recomendações de usos medicinais figuravam estes intentos: uso como diurético, estimulante do apetite e da digestão, controle da febre e no tratamento da insônia, lepra, doenças venéreas, úlceras, tuberculose, convulsões infantis, dores de cabeça, nevralgia, tétano, desintéria e cólera, ressaltando que o abuso poderia gerar os efeitos opostos,

como falta de apetite, perda de memória e sedação (BONINI *et al.*, 2018; ESCOHOTADO, 1998; GARCÍA; SANCHÉZ, 2006).

Entre meados do século XIX e início do século XX, a cannabis foi prescrita e utilizada em grande parte da Europa e, posteriormente, pelas elites dos países por ela colonizados para o tratamento de enxaqueca, dor de dente, cólicas menstruais, pós-parto, indigestão, úlcera, reumatismo, disenteria, insônia, depressão, ansiedade, convulsões e espasmos, febre alta, tosse, impotência sexual, como diurético, tranquilizante, tônico cerebral, para aumentar o apetite, reduzir enjoos, aliviar câibras e tratar inflamações (ESCOHOTADO, 1998; GARCÍA; SANCHÉZ, 2006).

Ao longo do século XIX, porém, o desenvolvimento da indústria química e a capacidade de isolar determinadas substâncias dos vegetais, criando “drogas puras”, impulsionou a produção de novas substâncias e medicamentos, principalmente na Europa e nos Estados Unidos. Em 1805, um cientista alemão descobriu a morfina, isolada pela primeira vez do ópio extraído da papoula, passando a ser utilizada como medicamento alopático a partir de 1818 (DUARTE, 2005). Em 1829, da casca do salgueiro, isolou-se pela primeira vez a salicina, precursora na síntese do ácido salicílico, que, 60 anos depois, deu origem a um dos analgésicos mais utilizados no mundo (DEVIENNE; RADDI; POZZETI, 2004). Posteriormente foram isoladas a codeína (1832), a cocaína (1855), a cafeína (1860), a heroína (1874) e a mescalina (1888). Como aponta Carneiro (2002, p. 4), “[...] a teorização médica sobre a natureza dos efeitos e do uso das drogas foi acompanhada do isolamento químico de drogas puras, o que permitiu precisão de dosificação, facilitando a atividade experimental controlada [...]”, o que significava nesse período evitar mortes na experimentação, impulsionando a produção de novos fármacos e o aperfeiçoamento das drogas dos séculos anteriores.

Ao passo que as descobertas farmacêuticas aumentavam a oferta de drogas a serem receitadas por médicos, a criminalização de hábitos e substâncias reduziam as possibilidades de tratamento fora do âmbito médico farmacêutico. Vargas (2008) demonstrou como as tentativas de eliminação de outras práticas terapêuticas, distintas daquelas desenvolvidas pela medicina que se convencionava como saber hegemônico sobre a saúde e a doença, foram acompanhadas pela construção de novas terapias realizadas por meio das drogas. O autor chama atenção para o fato de que não era das práticas médicas e nem de melhores teorias médicas que vinham tais inovações, mas da química.

Da Cannabis não foi possível isolar o princípio ativo, o que dificultou a transformação de seus potenciais terapêuticos em um fármaco de manipulação exclusiva de farmacêuticos e boticários. Além disso, a grande variedade de tipos da planta implicava uma igual variedade de potência e efeitos, mais conhecidos pelos povos colonizados do que pelos colonizadores (ESCOHOTADO, 1998). Tais aspectos contribuíram para que médicos e boticários preferissem as substâncias isoladas.

Em 1894, a pedido da Coroa Britânica, uma comissão formada por médicos ingleses e indianos resultou em um informe acerca das drogas elaboradas com cannabis (ESCOHOTADO, 1998; RUBIN, 1975). O documento, intitulado *Indian Hemp Drugs Commission*, no final de suas mais de três mil páginas, concluiu que doses moderadas da cannabis podem ter benefícios considerados medicinais. Em relação ao seu uso “popular”, os resultados apontavam que o uso moderado de seus derivados não produzia praticamente

nenhum dano, ressalvando possíveis exceções nas quais o indivíduo tenha intolerância excepcional. O parecer da Comissão foi de que apenas o uso excessivo seria danoso, causando problemas pulmonares devido à inalação da fumaça. Sobre os possíveis efeitos mentais, o documento apontou que o uso moderado “não causa nenhuma lesão mental” e, no caso de uso excessivo, ocorre “uma instabilidade da mente”, podendo induzir à “demência” se houver predisposição hereditária. Por fim, em relação aos “efeitos morais desta droga”, o parecer foi de que “o uso moderado não produz nenhuma lesão moral de nenhuma espécie” e que não havia base adequada para supor que o uso excessivo “afete perigosamente o caráter de seu consumidor” (ESCOHOTADO, 1998, p. 354-355). Apesar do relatório, a cannabis se tornou proibida na maior parte do mundo no século seguinte. Diferentemente de plantas como a papoula e a coca, que foram regulamentadas para a produção de medicamentos, a cannabis foi proibida para qualquer finalidade, tornando as pesquisas com a planta escassas.

Em 1912, a Conferência Internacional do Ópio, também conhecida como “Conferência de Haia”, na Holanda, determinou a classificação dos potenciais medicinais de substâncias psicoativas, categorizando-as como tendo ou não aplicação médica, como critério para defini-las entre legais ou ilegais. Como indica Fiore (2005), a conferência se tornou um marco no monopólio da medicina não apenas no exercício das práticas terapêuticas como no poder para defini-las. Com a hegemonia do saber médico sobre as drogas, sobrepõe-se o discurso acerca das drogas e da saúde pública.

Destaca-se, nesse sentido, o papel do desenvolvimento da medicina como saber hegemônico sobre a saúde e o uso dos medicamentos, em detrimento dos usos tradicionais das plantas, concomitantemente ao desenvolvimento da indústria farmacêutica. No caso do Brasil, essa lógica incidiu contra outros saberes, deslegitimando e colocando na ilegalidade curandeiros, benzedeiros, rezadeiras e raizeiros (ADIALA, 2016).

A categoria de toxicomania se tornou um importante mecanismo de produção do imaginário social acerca da maconha no ocidente. E foi “[...] a partir da inclusão do uso da cannabis na categoria diagnóstica da toxicomania que as autoridades médicas, legais e policiais passaram a tratá-la como um problema social e uma ameaça à saúde da nação” (ADIALA, 2016, p. 85).

Em 1961, ocorreu a Convenção Única de Entorpecentes, organizada pela ONU sob a direção dos Estados Unidos. A Convenção foi um marco sobre a regulação e proibição de drogas psicoativas a nível mundial, tendo sido responsável por implementar globalmente o paradigma proibicionista, por meio do modelo que distingue as substâncias em listas de permitidas e proibidas, supostamente de acordo com os potenciais de abuso ou medicinais. Dessa maneira, se consolidou o modelo médico-jurídico sobre as drogas utilizado até os dias atuais.

Tal processo foi descrito por Vargas (2001), Boiteux (2006), Torcato (2016), Carneiro (2018) e Fiore (2018), que trataram sobre a criminalização das drogas e a implementação do proibicionismo. Neste artigo, me deterei às questões relacionadas aos usos medicinais da planta e às disputas epistemológicas em torno de sua concepção como medicamento.

Os dados apresentados são frutos de pesquisa documental e de informações dos cadernos de campo construídos ao longo do meu período de doutorado sanduíche¹, realizado em finais de 2018 e início de 2019, no qual acompanhei por seis meses o cotidiano do trabalho da Fundação Daya, em Santiago, Chile. São utilizadas também informações das entrevistas com médicos da Fundação, que não incorporaram o material apresentado na tese, além das entrevistas com os *terapeutas canábicos* e o professor de cultivo da Daya. A pesquisa buscou elucidar como os usos medicinais de cannabis têm sido viabilizados no Chile, apesar de o país não ter uma regulamentação específica e o *Colégio Médico Chileno* se posicionar contra a prescrição de tal tratamento. Neste artigo, elucidado o processo de construção do óleo de cannabis como medicamento, fomentado pela Fundação Daya e seus associados, e as controvérsias e disputas epistemológicas que tal processo tem ocasionado.

2 Os Óleos Medicinais de Cannabis

Boiteux (2006) argumentou que, em termos normativos, o que categoriza as “drogas” entre lícitas ou ilícitas é uma decisão política baseada em um tipo específico de moral: a abstinência. “É o julgamento de valor sobre a substância que promove alterações no sistema nervoso que determinará se acerca dela será construída uma norma proibitiva ou não” (BOITEUX, 2006, p. 17).

Não à toa, um dos problemas morais referentes ao uso medicinal da cannabis está relacionado ao THC (Tetrahydrocannabinol), canabinoide responsável pelos efeitos psicoativos². Em contraposição, o canabidiol (CBD), canabinoide associado a diversos efeitos medicinais, é tratado frequentemente como sinônimo de usos medicinais de cannabis. Ou seja, há uma referência aos óleos de cannabis, de maneira geral, como “CBD” ou canabidiol, como se fossem compostos exclusivamente dessa substância. Tal associação é predominantemente moral, uma vez que outros canabinoides, incluindo o THC, produzem efeitos medicinais, e uma grande parte dos óleos de cannabis contém tanto THC como CBD. Apenas produtos elaborados industrialmente podem apresentar CBD de maneira isolada, ou seja, sem a presença de outros canabinoides. Esses óleos são chamados de *pure*. Porém, no caso dos óleos artesanais, como os utilizados por pacientes da Fundação Daya, há sempre presença de todas os canabinoides da planta, variando sua proporção de acordo com a variedade plantada, identificada a partir das características descritas no rótulo da embalagem da semente comprada em *growshops*.

Esses termos constroem um arcabouço moral, teórico e jurídico que distingue de tal maneira os objetos em questão (a planta e os medicamentos com ela elaborados) a ponto de ser possível isolar os usos medicinais de todo o contexto político e histórico no qual a cannabis foi inscrita no último século. Um exemplo de tal distinção foi narrado por uma terapeuta que entrevistei durante minha pesquisa junto à Fundação Daya, ao contar sobre como eram os primeiros atendimentos.

¹ Financiado pela Capes por meio do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior.

² Como já foi demonstrado por Mechoulam e Parker (2013).

“Isso não é marijuana certo?” E dizíamos “sim, é marijuana”. Pensavam que era uma coisa diferente, “é medicinal”. “Mas, não estamos falando da marijuana que se fuma, certo?”, “Sim, é a mesma”, dizíamos (Trecho de entrevista com terapeuta canábica da Fundação Daya, maio de 2019, tradução nossa).

Entre as justificativas para a escolha dos termos, podemos apontar o caráter político, no intuito de distanciar os usos e os usuários medicinais dos estigmas associados ao uso adulto de cannabis, afastando a discussão do contexto das drogas (no qual esteve inserida durante todo o último século), na busca por alcançar um caráter mais sensibilizador da população e dos órgãos públicos, aproximando o objeto em questão (o óleo de cannabis) do contexto dos medicamentos, da medicina e da saúde.

Anselm Strauss (1999) discutiu a importância do ato de nomear as coisas, compreendendo a nomeação como a ação de identificar determinado objeto dentro de categorias mais amplas, a fim de tecer, por meio das relações com essas categorias, o contexto no qual os objetos estão inseridos, suas fronteiras e, assim, construir os significados sobre ele. Para o autor, nomear constitui-se como “[...] um ato central a toda cognição que o ser humano tem do seu mundo” (STRAUSS, 1999, p. 38).

Segundo o autor, os objetos não têm significados intrínsecos, estando sua natureza atrelada ao modo como são definidos pelo nomeador e aos contextos por ele acionados. Além disso, determinada característica usada para classificar um objeto de certa maneira não inviabiliza que o mesmo objeto, associado a outros propósitos, seja classificado em outras categorias, acionadas por outros contextos, pois está “[...] igualmente em sua natureza ser outras coisas” (STRAUSS, 1999, p. 39).

A partir do que nos apresenta o autor, é possível lançar luz sobre as terminologias utilizadas para se referir ao objeto que ocupa lugar central na análise aqui realizada, o óleo medicinal feito com as flores da cannabis, além de outros termos em disputa, como o próprio nome da planta, provavelmente uma das poucas cujo nome científico (*Cannabis*) é tão conhecido quanto seus nomes populares. Podemos pensar como a diversidade de nomes utilizados para se referir a um mesmo objeto também influencia na construção do contexto que o nomeador deseja acionar em sua explanação. Se a planta é a mesma, a diferença entre *maconha*, *cannabis*, *cannabis medicinal* é a intenção do uso e os contextos morais e políticos que acionam.

3 A Produção de Medicamentos à Base de Cannabis por Associações Civas: o caso da Fundação Daya, no Chile

As associações canábicas são associações civis que se organizam em torno do direito à saúde e do acesso aos usos medicinais da cannabis (BARBOSA, 2021) e se consolidam como associações de pacientes tal como aquelas descritas por Rabeharisoa (2013), Rabeharisoa, Moreira e Akrich (2014) e Akrich e Rabeharisoa (2012), tendo o compartilhamento de experiências e a produção de evidências como aspectos fundamentais. Entre as características das associações de pacientes – e das associações canábicas - estão ainda a organização de reivindicações na esfera pública, ativismo científico e terapêutico; *advocacy*; o fato de serem representadas por pessoas que compartilham as experiências

do adoecimento; demanda por pesquisas científicas (conhecimento credenciado); o desenvolvimento de suas próprias teorias sobre os tratamentos e seus efeitos; demanda pela legitimidade do conhecimento produzido e um posicionamento crítico à medicina convencional.

As associações canábicas reivindicam ainda autonomia para que pacientes produzam seu próprio medicamento de maneira individual ou associativa. Como sublinham autores que trataram anteriormente sobre o tema (FELDMAN; MANDEL, 1998; BECKER, 2008), o histórico de proibição ocasionou que médicos saibam muito menos sobre os efeitos da cannabis que os próprios pacientes e usuários. Além disso, os cultivadores já conheciam bem os usos da cannabis e o cultivo da planta, enquanto farmacêuticos e outros *especialistas credenciados* (BORKMAN, 1976) conhecem muito pouco sobre a planta e seus efeitos. Isso não difere muito das realidades brasileira e chilena atuais, uma vez que profissionais da área da saúde não têm em seus currículos acadêmicos estudos sobre a planta e o que se tem convencionalmente chamado de *medicina canabinoide*. Conforme dito pelos médicos da Fundação Daya durante as entrevistas, o conhecimento acerca dos usos medicinais de cannabis foi acionado principalmente pela troca de experiência com médicos prescritores e especialistas não credenciados.

Cabe salientar que tais organizações se conformam como associações civis, tal como definido por Cefaï:

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

Essa organização de usuários medicinais de cannabis/pacientes, médicos, cultivadores, pesquisadores e advogados em associações civis tem sido fundamental não apenas para possibilitar o acesso e todo o conhecimento necessário para a manutenção do tratamento, como também para a construção de um aparato teórico reflexivo que ampare o uso e possibilite a essas pessoas outras relações com a maconha e o questionamento público das regras que a proíbem.

Tal como foi percebido por Akrich e Rabeharisoa (2012) no modelo de associativismo que denominam como *ativismo baseado em evidências*, as organizações coletam experiências e constroem conhecimento experiencial, articulando-o a conhecimentos credenciados, a fim de torná-los politicamente relevantes. Por meio desse processo, podem levar à retomada de questões anteriormente excluídas pela ciência oficial, ao questionamento de práticas médicas e à abertura de novas questões complexas a partir de fatores anteriormente

ignorados. Rabeharisoa (2013, p. 13, tradução nossa) destaca “[...] a capacidade das organizações de mobilizar essa experiência, a fim de trazer à tona problemas nos quais podem produzir dados não encontrados no conhecimento formal [...]” e aponta como ativistas e associações, ao tornarem públicas as experiências pessoais da doença, ajudam a torná-la um problema público.

No caso dos usos medicinais de cannabis, a produção de evidência tem sido fundamental para a construção do problema público e sensibilização da sociedade e das instituições no intuito de legalizar os usos medicinais da planta e a produção de medicamentos artesanais. Tal produção de conhecimento e evidências encontrou repercussão social especialmente no que se refere a doenças raras e de difícil controle para as quais a medicina convencional não oferece tratamentos eficientes do ponto de vista dos pacientes e seus familiares. Casos de usos para dor crônica, epilepsia refratária, câncer e para aliviar os efeitos colaterais da quimioterapia, fibromialgia, autismo, Parkinson, Síndrome de West, Síndrome de Dravet e paralisia cerebral, por exemplo, têm sido frequentes e são descritos no livro *Relatos de pacientes usuários de Cannabis Medicinal*³, produzido pela Fundação Daya em 2019.

Cabe ainda assinalar a biossociabilidade (RABINOW, 1999) como uma característica de tais agrupamentos, uma vez que grande parte dos ativistas compartilha uma identidade relacionada à trajetória terapêutica a partir de uma doença de difícil controle, seja como paciente, seja relacionada à *carreira do cuidado* (BARBOSA, 2021)⁴.

A construção do problema público em torno dos usos medicinais de cannabis, aliada à produção de evidências, tem colocado sob o foco das mídias e do debate público a eficiência dos usos de medicamentos artesanais à base da planta. Para Epstein (1995), quando determinados problemas são tornados problemas públicos e a ciência, ao ser acionada, não tem explicações e soluções consideradas suficientes, sua credibilidade é abalada e abrem-se brechas que podem ser ocupadas por outros grupos, como aqueles formados pelas associações de pacientes e ativistas pelo tratamento. Compreendo que das lacunas oriundas das doenças de difícil controle, somadas à falta de conhecimento formal acerca da cannabis por parte de médicos e farmacêuticos, têm surgido brechas por meio das quais o conhecimento de especialistas não credenciados (mães, cultivadores, pacientes, por exemplo) se difunde, amparado pelas evidências.

De fato, há certo consenso entre pesquisadores de que familiares e pacientes que lidam cotidianamente com determinada patologia podem se tornar *especialistas leigos*, sendo capazes de desenvolver conhecimento baseado na experiência e em suas pesquisas pessoais (AKRICH; RABEHARISOA, 2012; LIMA; GILBERT; HOROVITZ, 2018; MOREIRA *et al.*, 2018).

De maneira geral, nas associações canábicas, pacientes e cuidadoras(es) aprendem a cultivar com os cultivadores mais experientes e a fazer os óleos nas oficinas e cursos.

³ O livro não tem ficha catalográfica, portanto, é utilizado como material etnográfico e não está citado nas referências do artigo.

⁴ Como *carreira do cuidado* compreendo o percurso realizado por mães e outros familiares ou cuidadoras/es ao acompanharem a trajetória terapêutica de pessoas com doenças raras e de difícil controle em meio a consultas médicas, administração das medicações, elaboração e compreensão do diagnóstico, observação dos efeitos desejados e colaterais e a experimentação de novos tratamentos (que vão de aprender sobre dietas específicas a administração de novos fármacos), atravessados pelas emoções que suscitam. Para mais, ler Barbosa (2021).

Eles também têm acesso ao conhecimento formal e credenciado, produzido por médicos prescritores, advogados e pesquisadores, além de todo o conhecimento informal e não credenciado, vindo da experiência e de seu compartilhamento com outros pacientes e usuários.

Epstein (1995), em seus estudos sobre os movimentos sociais relacionados à saúde em torno do HIV e sobre a produção de conhecimento confiável por ativistas, destacou a diversidade de atores presentes na construção do conhecimento como um aspecto marcante das pesquisas sobre AIDS nos Estados Unidos. Como aponta o autor, a *arena de produção de fatos* (EPSTEIN, 1995, p. 408) abrange profissionais de diversas áreas, movimentos ativistas, empresas farmacêuticas e de biotecnologia, além da mídia de massa e mídias alternativas, incluindo publicações ativistas. Assim, informações sobre segurança e eficácia de determinados regimes terapêuticos resultam de uma complexa interação entre esses atores.

A Fundação Daya foi criada em 2014 em Santiago, Chile, tendo atualmente sede em 19 *comunas* ao longo do país. Entre os motivos que levaram a instituição a se tornar referência no tema na América Latina, está sua participação na produção do *Canabiol*, primeiro medicamento à base de cannabis oficializado – no sentido do reconhecimento das instituições estatais de controle –, a ser produzido na América do Sul, em parceria com o laboratório Knop. A Fundação foi a responsável pelo cultivo da planta, e o laboratório, especializado na produção de fitoterápicos, foi o responsável pela produção do medicamento.

Como me explicou Ana María Gazmuri, fundadora e presidente da Daya, a Fundação foi a única instituição chilena com autorização para cultivo de cannabis, mas não para fornecer flores ou óleos aos pacientes, pois, segundo a lei chilena, apenas um laboratório pode produzir e vender em farmácias um medicamento. Em 2016, o Knop Laboratórios recebeu uma autorização provisória para desenvolver produtos farmacêuticos à base de cannabis, outorgado pelo Instituto de Saúde Pública do Chile⁵. Tal parceria entre as instituições também permitiu o desenvolvimento de pesquisas clínicas acerca dos benefícios medicinais da administração do medicamento.

Apesar do engajamento na produção do fitoterápico, a principal forma de uso de cannabis para fins medicinais prescritos na Fundação Daya é realizada a partir do autocultivo. Ou seja, do cultivo doméstico de cada pessoa ou família interessada em acessar tal tratamento. A principal justificativa da equipe para isso é o caráter pessoal do tratamento com a planta, associada à ideia de que cada ser humano reage de maneira diferente à sua ingestão. Ouvi algumas vezes, tanto nos cursos e oficinas como nas palestras, que “[...] o mesmo óleo, dado na mesma dosagem, indicado para a mesma patologia em pessoas diferentes, pode ter efeitos muito distintos”. Isso também foi constatado pelo químico Raphael Mechoulan⁶ em seu experimento informal com um bolo de chocolate acrescido de THC (isolado por sua equipe em laboratório), quando, ao compartilharem o mesmo

⁵ A autorização do laboratório foi suspensa em setembro de 2020, retirando o medicamento das farmácias e interrompendo os cultivos da Fundação Daya por tempo indeterminado.

⁶ O cientista já descreveu esse experimento diversas vezes. É possível assisti-lo no documentário “The Scientist”, disponível gratuitamente em: https://www.youtube.com/watch?v=Sii1k5LPTBA&ab_channel=FundacionCANNA.

bolo, seus colegas de trabalho (cobaias nesse experimento doméstico) descreveram e expressaram efeitos bastante diversos.

Como o cultivo da planta para usos pessoais foi despenalizado no país em 2005, com a promulgação da Lei n. 20.000, o cultivo para fins medicinais é, da mesma maneira, possível. Porém, não havendo qualquer regulamentação e tendo em vista que a lei prevê que o usuário comprove a finalidade de seu cultivo, as definições oficiais sobre o tema são controversas, incorrendo em eventuais acusações de tráfico a pessoas que fazem uso medicinal. A campanha Cultivo Seguro, organizada pela Fundação Daya, demanda mudanças legais que definam a prescrição de um *cirujano general* (semelhante a um clínico geral no Brasil) como suficiente para a comprovação do objetivo medicinal dos cultivos.

Outras justificativas da opção pelo autocultivo se relacionam ao caráter holístico do tratamento realizado a partir do autocultivo e ao seu baixo custo, uma vez que as condições climáticas do país são historicamente conhecidas como muito favoráveis ao cultivo da planta (BARBOSA, 2021; IBAÑEZ, 2018), e a venda de sementes é descriminalizada, podendo ser comprada em lojas especializadas (conhecidas como *Growsshops*).

O autocultivo é muito bonito: primeiro, economicamente é imbatível, pode ser grátis; segundo, pode eleger as sementes que vai cultivar, pode fazer um tratamento realmente muito específico; e, terceiro, rompemos esse paradigma de que vou à farmácia, pago, e me passam comprimidos que não sei de onde vem, quem os fez, nem bem o que eles contêm, e também pouco me explica meu médico quais efeitos secundários que terá no meu corpo. Esse tipo de relação na medicina é muito diferente. Dar meu carinho, meu cuidado e minha atenção a uma planta, durante 4 meses, que depois me dará alívio a minhas dores ou melhorará meu apetite. A cura começa no momento em que estou regando minhas sementes (Trecho de entrevista com Juan, terapeuta canábico da Fundação Daya, em março de 2019)⁷.

Para a promoção do autocultivo, a Daya ofertou regularmente, durante os anos de 2018 e 2019⁸, oficinas e cursos de cultivo e as oficinas de *aceite*, onde se aprendia a fazer “las medicinas”, ou seja, os medicamentos artesanais. A fim de possibilitar a circulação de conhecimento e a especialização de profissionais da saúde, a Fundação formulou também um curso para tais profissionais, no qual, além de palestras sobre o funcionamento e os usos dos canabinoides, os presentes participam de uma oficina de confecção do óleo e discutem casos clínicos junto à equipe médica da Fundação. Além disso, o trabalho rotineiro na sede de Santiago possibilita o compartilhamento de experiências com profissionais interessados. Durante meu período de pesquisa, presenciei a chegada de um médico, clínico geral, para a realização de estágio durante uma semana, acompanhando os médicos da Daya. Durante esse período, foi comum ver e acompanhar algumas discussões entre o estagiário e os médicos mais experientes em relação à medicina canabinoide. Tal médico incorporou a equipe da Fundação Daya em outra comuna, no norte do Chile.

O público dos cursos e das oficinas era bastante heterogêneo (excluindo-se, claro, o curso para profissionais da saúde). Mas vale ressaltar a predominância de mulheres tanto nos cursos como nas oficinas de cultivo, chegando a ter atividades com nenhum homem participando com exceção do professor. A idade das pessoas também variou bastante

⁷ A fim de preservar a identidade dos participantes que concederam entrevistas, os nomes utilizados são fictícios.

⁸ Devido à pandemia de Covid-19, a Fundação mudou o formato dos cursos, que ocorrem agora de maneira *on-line*, por tempo indeterminado.

ao longo do campo, entre 18 e 80 anos. Mas prevalecia claramente a participação de pessoas entre 40 e 60 anos, seguida por jovens adultos com mais de 30 anos. Em relação ao número de participantes, os cursos variavam entre 10 e 30 participantes, enquanto as oficinas tinham entre 10 e 20 participantes em média.

Em relação aos números da Fundação em todo o país – e não apenas em Santiago – em 2019, quando esses dados me foram informados, a Fundação contava com 42 médicos prescritores, 70 terapeutas canábicos e cerca de 100 voluntários trabalhando. Em relação aos pacientes, foram contabilizados mais de 20 mil desde a inauguração da primeira sede, em 2013. Desses, a instituição aponta que 70% alcançaram autossuficiência em seus cultivos domésticos. Outros 600 pacientes são usuários do *Canabinol*. Do total de pacientes, 63% realizam tratamentos com cannabis de forma complementar; 37% como único tratamento. Entre as principais patologias tratadas na Fundação, estão as doenças de origem reumatológicas/traumatológicas (35%), neurológicas (31%), oncológicas (17%) e de saúde mental (6%).

Neste artigo, me atendo às oficinas de elaboração do óleo medicinal – denominado como medicamento por profissionais da instituição e pacientes –, compreendendo-as como etapa fundamental para o acesso ao tratamento com cannabis para aqueles que optam pelo cultivo doméstico. É nas oficinas que os conhecimentos apreendidos ao longo da experiência são sintetizados e compartilhados.

Cabe salientar que a realização das oficinas e cursos constituem uma etapa da *carreira dos usuários* medicinais e uma das atividades que compõem o modelo de atenção terapêutica da Fundação Daya. O modelo completo desenvolvido pela instituição e outras etapas da carreira dos usuários estão descritos de maneira aprofundada em Barbosa (2021).

4 Produzindo Medicamento: oficinas de óleo de cannabis

Compreendo os cursos da Fundação Daya como espaços de compartilhamento de conhecimento e experiências construídos para o aprendizado coletivo de pessoas leigas, com pouca experiência, ou que estão aprimorando suas técnicas. Portanto, pessoas que estão em diferentes etapas da carreira de usuários medicinais e que agregam conhecimentos distintos. Os cursos eram ministrados por Leandro (com exceção do curso para profissionais da saúde), professor cultivador da Fundação naquele período, e fazia parte de sua prática deixar que os alunos tentassem responder às perguntas que surgiam ao longo das aulas, e, só após ouvir as respostas dos demais ou suas tentativas de alcançar uma resposta, dizia o que compreendia sobre o tema. “O que sua intuição te diz?”, era uma pergunta frequente que o professor fazia antes de compartilhar seu conhecimento, que era tanto um conhecimento prático e experiencial, vindo de sua trajetória como cultivador e das experiências que faziam na Daya, como fruto de suas pesquisas bibliográficas pessoais, como me contou em entrevista.

Como aprendi ao longo dos mais de 20 cursos e oficinas de cultivo que acompanhei em Santiago, a cannabis é uma planta anual, ou seja, cumpre seu ciclo de germinação, crescimento vegetativo e floração em um ano, dando lugar a novas sementes que germinarão no ano seguinte, após o inverno. No caso de Santiago, se plantadas em

ambiente externos, expostas ao clima e ao tempo, as sementes germinam na primavera e crescem durante o verão, quando os dias são mais longos que as noites, florescendo no final do verão, quando os dias começam a se tornar mais curtos, ocasionando colheitas no mês de abril. Há até um dito popular no país que diz “abril, cogollos mil”, sendo *cogollo*⁹ um conhecido termo utilizado para se referir às flores da planta, parte utilizada tanto para usos medicinais como para usos sociais.

Durante o tempo que acompanhei os cursos da Fundação Daya, as oficinas de resina (base do óleo medicinal) ocorriam de maneira fixa todas as terças à tarde, passando para dois dias na semana em abril e maio, quando aumentava a demanda. Em outros dias da semana ocorriam elaborações de resina supervisionadas pelo professor-cultivador, agendadas por pacientes que já haviam colhido e secado suas flores e desejavam fazer a resina com o apoio da Fundação. As elaborações supervisionadas eram agendadas em duplas, sendo feitas em duas panelas elétricas, cada uma ocupada por um paciente ou seus responsáveis. Cada pessoa que ia às oficinas ou agendava um dia para cozinhar o medicamento tinha o direito de levar consigo um acompanhante.

Tanto nos horários agendados como nas oficinas, o percurso explicativo acionado pelo professor era o mesmo. Primeiro apresentava os materiais necessários, como apresentado na Figura 1, e informava que, ao final, daria o endereço de onde comprar as coisas mais difíceis de se achar. Enquanto mostrava os materiais, explicava para que serviria cada um e o que poderiam usar para substituí-los no caso de não encontrarem no mercado. O professor dispunha todo o material na mesa, como apresentado na Figura 1, e ia nomeando e apontando cada objeto: balança, espátula de silicone, álcool de cereais, colher de pau, três frascos de vidro, filtro de café de papel, coador de café de pano, óleo de coco, seringas de 1 ml com agulha removível (agulhas para insulina) para armazenar a resina, panela elétrica, tesoura ou moedor e elásticos.

Figura 1 – Elaboração supervisionada da resina feita por duas famílias



Nota: Materiais dispostos na mesa antes do início de uma elaboração supervisionada da resina feita por duas famílias, na foto, duas panelas elétricas, um recipiente com as flores secas, balança com um copo de papelão vermelho em cima e os demais materiais necessários.

Fonte: Acervo da autora deste artigo

⁹ Cogollo é o termo utilizado também para se referir ao que no Brasil chamamos de “botões” de flores, ao miolo da alface ou brotos de outras plantas. É um termo popular, mas utilizado também na botânica, não sendo, portanto, uma gíria.

A primeira etapa para confecção da resina consistia em moer ou picar as flores em pedaços bem pequenos, a fim de facilitar a extração alcoólica, o que era feito colocando as flores em um pote largo, cortando-as uma a uma com a ajuda de uma tesoura: “pode cortar sem medo”, dizia o professor quando a pessoa demonstrava receio de danificar a planta.

Enquanto moíam as flores, Leandro explicava questões de segurança sobre a confecção da resina, como a necessidade de ser feita a partir de uma fonte elétrica de calor e em lugar aberto por conta da evaporação alcoólica, evitando, assim, acidentes. Pelos mesmos motivos, lembrava a todos os presentes que era totalmente contraindicado fumar dentro da casa onde se faz a resina, devido aos riscos de o álcool, que evapora da panela, entrar em combustão.

Ao terminar de picar as flores, estas eram pesadas a fim de facilitar a estimativa de álcool, óleo de coco e seringas necessárias. Leandro explicava que “a experiência nos diz que pra cada dez gramas de flores secas, produzimos uma média de 1ml de resina”, ou seja, se uma pessoa leva 30 gramas de flores secas para a oficina, sairá de lá com uma média de três seringas de resina, cada uma com 1ml.

Ainda picando as flores, Leandro perguntava se alguém não conhecia “los cogollos”, assim como fazia durante os cursos de cultivo, convidando a quem não conhecesse para se aproximar ou dando-lhe um exemplar para examinar de perto. Diferente dos cursos e oficinas de cultivo, quando primeiro vinham as explicações e depois as perguntas, durante as oficinas de medicamento as perguntas eram feitas pelos participantes a todo o tempo. Como nem todas as pessoas que faziam essa oficina tinham necessariamente passado pelos demais cursos, e outras já haviam feito todos os cursos da Fundação Daya mais de uma vez, os níveis de conhecimento eram distintos, o que promovia conversas nas quais uns tiravam as dúvidas dos outros, com constantes trocas de experiência. O professor ouvia e comentava quando julgava necessário, por exemplo, quando entendia que alguém dava uma explicação errada.

Algumas perguntas se repetiam frequentemente no início da oficina: “Que tipo de plantas devemos usar?”, “Como sabemos qual flor serve?”, “Como saber quanto de THC e de CBD tem em cada planta?”. A essas perguntas, Leandro respondia que todas as plantas de cannabis são terapêuticas porque tem canabinoides. Então, a princípio, serviria qualquer planta. O que ocorre é que para diferentes patologias, diferentes plantas terão efeitos melhores, com mais THC, mais CBD, etc. Além disso, a cannabis tem mais de 100 canabinoides “e apenas dois deles estudamos em profundidade”. Então há outras variações entre as sementes, além da concentração dessas duas substâncias.

Com as flores já picadas, o passo seguinte consistia em realizar a extração alcoólica e as filtrações do líquido que resultava desse processo, a fim de retirar impurezas como pelos e poeira. A extração e a filtração eram feitas em duas etapas: primeiro colocava-se as flores já trituradas em um dos vidros e cobria-se toda a matéria vegetal com álcool de cereais, deixando-o de molho por cinco minutos, mexendo com uma colher de pau de vez em quando. Sobre esse processo, era comum que os participantes perguntassem se a extração ficaria mais concentrada com mais tempo de molho. Marco explicava que, “apesar da intuição nos dizer isso”, a Fundação havia testado a alteração do rendimento em relação a tempos diferentes de duração do molho, e perceberam que isso praticamente não fazia

diferença no volume do óleo produzido e, em contrapartida, aumentava a concentração de clorofila, dando um gosto ao óleo que muitos pacientes não gostavam. Portanto, por meio de experimentos realizados, chegaram à conclusão de que cinco minutos de molho, em duas etapas, era tempo suficiente para a extração dos canabinoides.

Enquanto demonstrava a primeira filtragem e aguardava os cinco minutos necessários, Leandro dava algumas explicações sobre o processo de produção do medicamento e do seu contexto legal. Explicava que, “para estar dentro da lei é preciso plantar”, pois compartilhar a planta com outras pessoas, mesmo que não envolva lucro, pode ser considerado crime de tráfico pela lei chilena. Em contrapartida, a Lei n. 20.000 descriminalizou o cultivo da planta para usos pessoais.

Figura 2 – Flores trituradas de molho e, em seguida, já coadas



Nota: A primeira imagem mostra o recipiente de vidro com as flores secas, matéria-prima da resina.

Fonte: Acervo pessoal da autora deste artigo

Após o primeiro molho, o processo era repetido, como mostrado na Figura 2, e o bagaço descartado. Em seguida, coava-se novamente o líquido, desta vez em filtro de papel, a fim de retirar impurezas menores. Terminada essa parte do processo, todo o líquido era despejado em uma panela elétrica onde ficava por algumas horas até que todo o álcool evaporasse.

Nos primeiros minutos, a evaporação alcóolica era mais forte, o cheiro irritava um pouco os narizes e sempre havia piadas sobre a possibilidades de ficar sobre o efeito da planta. Algumas pessoas perguntavam como uma piada, outras se mostravam preocupadas por não serem experientes. Leandro explicava que não era possível ficarem inebriados por causa da cannabis, mas talvez bêbados e com os olhos irritados por conta da evaporação alcóolica. Por isso não recomendava que se aproximassem muito das panelas logo no início do processo, quando o cheiro era mais forte e a evaporação mais intensa. Após a evaporação inicial, os participantes eram convidados a se aproximarem da mesa pelo professor, que chamava a atenção para o caráter sensível do preparo do medicamento. Em decorrência do grande número de variáveis (variedade da planta, formas de cultivo, período de colheita e secagem), é necessário que as pessoas aprendam a identificar o

ponto certo da resina por meio da observação da coloração, da presença de bolhas e do aspecto geral do produto final.

Fiquem à vontade para vir olhar como está o processo. É preciso que vocês se aproximem para ver. Não é uma receita de bolo, é preciso que vocês se familiarizem, se acostumem, para aprender como se faz. O tempo vai depender da quantidade de resina da planta, da panela usada e da quantidade, então é a partir da observação que vocês vão aprender a reconhecer o ponto, pela cor, pela textura (fala de Leandro em uma das oficinas, registrada no caderno de campo).

Após as palavras do professor, todos chegavam perto para ver. A partir desse momento, passávamos cerca de duas horas em volta de uma ou duas panelas elétricas. Frequentemente havia pessoas idosas e/ou com dificuldade de mobilidade nas oficinas, então nem todos conseguiam olhar dentro das panelas, mas as pessoas se ajudavam filmando e compartilhando com os outros participantes.

O período de espera pelo cozimento era o momento no qual os participantes compartilhavam informações sobre suas carreiras como pacientes ou cuidadoras (em geral, mulheres), narravam experiências ruins, suas esperanças no tratamento com o óleo e animavam uns aos outros com experiências positivas.

Ao final do processo, o professor mostrava a todos o ponto ideal da resina, sem bolhas de ar, com uma densidade muito espessa, semelhante uma graxa brilhante (como mostrado na Figura 3) e, por fim, colocava todo o material em seringas de 1 ml. Esse era um momento de grande expectativa, pois descobria-se quanto a colheita do paciente havia rendido.

Figura 3 – Processo de coagem e panelas elétricas



Nota: A primeira imagem mostra o processo de coagem e, ao lado, as panelas elétricas: a primeira bem no início da evaporação e a segunda com a resina quase pronta: um líquido escuro e espesso.

Fonte: Acervo pessoal da autora deste artigo

Em um dos dias de oficina, acompanhei o caso de uma paciente que usava o óleo para dor crônica e havia tido a ajuda do filho, de 18 anos, no cultivo. Sua colheita robusta chamou atenção logo no início da oficina, e mãe e filho foram parabenizados pelos demais participantes. Ao final, os 50 gramas de flores secas colhidas pela família

renderam 7 ml de resina. O suficiente para manter o tratamento por um ano. Não era raro que pacientes ou cuidadores/as necessitassem de apenas uma colheita por ano para manter os tratamentos. Em outros casos, porém, o cultivo foi difícil e a colheita escassa, por conta da pouca experiência, das condições climáticas, das possibilidades de cultivo que a casa do paciente dispunha, entre outros motivos.

5 Protocolo de Dosagem e Manipulação dos Efeitos

A forma de uso recomendada, de maneira geral, por médicos e terapeutas da Fundação é a resina diluída em azeite vegetal ingerida por gotas, considerada por eles a forma mais segura de realizar o tratamento. Compreende-se como “mais segura” o menor risco possível de o paciente ter uma experiência ruim em decorrência dos efeitos psicoativos ou não desejados de maneira geral. Em relação aos primeiros, uma experiência ruim pode ser sentir-se eufórico, com medo ou sentir-se perseguido, por exemplo. Quanto aos efeitos não desejados, esses variam de acordo com o objetivo do uso: sono e fome, por exemplo, efeitos comuns dos usos de maconha, podem tanto ser definidos como efeitos desejados quanto indesejados, não apenas de acordo com o objetivo do uso, como de acordo com a hora do dia (à noite o sono pode ser desejado, enquanto durante o dia não). Também os efeitos psicoativos podem ser considerados agradáveis ou não, sendo definido por muitas variáveis. Todos esses aspectos podem ser potencializados ou amenizados pelos usuários medicinais com o aprendizado sobre o manejo das doses e das variedades utilizadas.

Quando me refiro às “variedades” da cannabis, falo sobre sementes com genética conhecida e informada, disponíveis para venda em *growshops* no país. A partir das informações do rótulo, cuja confiabilidade ancora-se na estabilidade dos bancos de sementes, é possível manter um tratamento contínuo com plantas com as mesmas características, assim como buscar aspectos específicos para cada paciente (plantas que dão mais sono, menos fome, mais relaxamento ou muitos efeitos combinados). Na Fundação Daya, a escolha acerca da variedade genética a ser cultivada é feita conjuntamente pelo paciente, pelo terapeuta canábico que o acompanha e pelo médico.

Como apontou Diego Cruz, médico da Fundação, em sua fala na palestra “Cannabis y dolor crônico”¹⁰, é possível combinar usos de variedades diferentes durante o dia e durante à noite, assim como combinações de diferentes *cepas* que se equilibrem, a fim de diminuir os efeitos indesejados e ampliar os desejados. Por exemplo, utilizar variedades das plantas mais *sativas* durante o dia e plantas de variedades *índicas* à noite, uma vez que as primeiras, em geral, ocasionam mais disposição, e as últimas, sono e fome. Por outro lado, as variedades *índicas* podem ser mais eficientes no tratamento da dor. Por tudo isso, e devido a tantas variáveis, diz-se que apenas o usuário pode dizer com precisão qual tratamento lhe faz melhor, e por meio do uso e da observação, ou seja, pela experiência (pessoal e coletiva).

¹⁰ Palestra “Cannabis y Dolor Crónico”, ocorrida em março de 2019, na qual Camila Tellez tratou sobre o modelo de atenção terapêutica da Fundação Daya e o médico Diego Cruz ministrou a palestra sobre os usos da cannabis para o tratamento da dor crônica. A palestra pode ser acessada pela página da Daya, no *link* <http://www.fundaciondaya.org/fundacion-daya-realizo-taller-sobre-cannabis-y-dolor-cronico/>.

O protocolo de dosagem utilizado consiste em começar com uma gota à noite, antes de dormir e, quatro dias após ter começado a tomar a primeira gota à noite, deve ser introduzida uma gota pela manhã, dobrando a dose para uma gota pela manhã e outra à noite. Com o usuário se sentindo bem, sem efeitos indesejados, após quatro dias, acrescenta-se mais uma gota à noite. Quatro dias depois, acrescenta-se mais uma gota durante o dia, chegando a duas gotas pela manhã e duas à noite, e assim sucessivamente, acrescentando gota por gota, sempre a cada quatro dias, podendo variar o horário (acrescentando uma gota à tarde, por exemplo).

Camila Telléz, coordenadora clínica da Fundação, em uma palestra na qual apresentou o plano terapêutico da instituição, explicou que o tratamento é iniciado dessa forma porque, não conhecendo a sensibilidade do paciente para a cannabis, essa é a maneira de conhecê-la e do usuário desenvolver, aos poucos, certa tolerância à substância. Explicou em sua palestra que

Se o paciente toma 3 gotas, as dores continuam, e aí ele toma 7 gotas de uma vez e se sente mal, é porque teve uma sobredose. E não saberemos se a dose que fez mal foi a quarta, a quinta, a sexta ou a sétima gota. “Não sei em que ponto me perdi e foi muito pra mim”. E uma má experiência pode traumatizar o paciente. De uma em uma gota ninguém terá uma experiência ruim e se encontrará um bom resultado (Camila Telléz, coordenadora clínica da Fundação, durante a palestra “Cannabis y dolor crônico”, em março de 2019¹¹).

Assim, aumentando gradativamente a dosagem, quando sentir que teve efeitos não desejados desagradáveis, o usuário retoma à dosagem imediatamente anterior, e essa será sua dose ideal. Com o tempo, há uma compreensão de que o usuário desenvolve maior tolerância aos efeitos psicoativos e melhora sua habilidade em percebê-los, podendo voltar a aumentar a dose se desejar, sempre dentro de um equilíbrio entre os efeitos desejados e colaterais.

Além desse “equilíbrio” relacionado à dosagem, a diversidade de variedades de sementes de cannabis vendidas no Chile permite aos usuários medicinais combinarem diferentes concentrações de óleos feitos com plantas de características distintas, tornando imensurável o número de possibilidades. Nesse sentido, de forma semelhante como qualquer usuário de maconha, ele passa por um processo de aprendizagem por meio do qual aprende a identificar os efeitos da substância que consome (BECKER, 2008), podendo inclusive compreender como agradáveis determinados efeitos que anteriormente identificava como não desejados.

Becker (2008), ao examinar os processos pelos quais as pessoas se tornam usuárias de maconha, associou as etapas relacionadas a “aprender a identificar os efeitos” e “aprender a gostar dos efeitos” como importantes para a manutenção do uso. Ainda que o autor restrinja suas análises ao uso por prazer, podemos estendê-la aos usuários medicinais, pois são processos associados à tomada de consciência sobre os efeitos da maconha e, dessa forma, mecanismos que permitem uma manipulação mais complexa de seus usos.

Em relação a “aprender a gostar dos efeitos”, Becker (2008) sinaliza que a percepção sobre os efeitos do consumo de maconha sobre o corpo não é necessariamente agradável,

¹¹ Palestra “Cannabis y Dolor Crónico”, ocorrida em março de 2019.

compreendendo que o prazer por essa experiência é socialmente adquirido, tal como o gosto por tomar uma determinada bebida, por exemplo. “O usuário sente-se tonto, sedento; seu corpo cabeludo formiga; ele avalia mal o tempo e as distâncias. Essas coisas são agradáveis? Ele não tem certeza” (BECKER, 2008, p. 62).

No caso dos usos medicinais, aprender a gostar dos efeitos pode não ser necessariamente um fator determinante, como nos casos dos usos por prazer acionados por Becker, mas o contrário pode ocorrer: é possível que o uso seja interrompido caso o paciente ache as sensações provocadas pelo consumo ruins ou danosas, ou compreenda que se sentir sob o efeito de cannabis seja moralmente reprovável.

É a partir da interação com usuários mais experientes que o novo usuário vai aprender a significar as sensações, a regular a quantidade com cuidado, a fim de evitar sensações desagradáveis e potencializar as que lhe agradam (BECKER, 2008). É com base nesses aprendizados que o usuário medicinal adquire a capacidade de manipular os efeitos da planta, uma vez que poderá decidir qual dosagem e quais variedades das plantas lhes fazem melhor em determinado momento do dia, por exemplo, aumentando as possibilidades de bem-estar.

Assim como Rebolledo (2020), identifico que o fato de pacientes e de pessoas próximas produzirem seu próprio medicamento constitui um fator-chave na concepção dessas pessoas como atores ativos dentro do processo terapêutico. Longe de negarem a importância do papel do médico, o que ocorre para esse autor é a apropriação do processo terapêutico por esses grupos, e uma delimitação do espaço de atuação dos profissionais à esfera consultiva e como recurso em eventos específicos.

Nesse sentido, considero que a Fundação Daya desenvolve não apenas um medicamento artesanal, acompanhado de um protocolo de uso, como um modelo sequencial de ações, um percurso terapêutico oferecido à pessoa que busca tratar uma determinada patologia, curá-la ou melhorar sua qualidade de vida ou de um familiar. Esse percurso, como me foi narrado nas entrevistas, é construído a partir do acúmulo das experiências anteriores, o que significa que é frequentemente atualizado, adaptado e pensado a partir das experiências apresentadas pelos pacientes e pelos resultados das pesquisas realizadas pela Fundação Daya, a partir dos casos clínicos e das parcerias com instituições de pesquisa e universidades.

6 Posicionamento do Colégio Chileno de Medicina e as Disputas Epistemológicas em Torno da Cannabis e seus Usos Medicinais

Apesar do exposto, o *Colégio Médico de Chile* compreende que não existem evidências suficientes que comprovem a existência de usos medicinais de cannabis e argumenta a necessidade de isolar-se os princípios ativos da planta para que seja produzido um medicamento. Tal posicionamento foi explicitado no “Documento de posición del Colegio Médico de Chile sobre el proyecto de ley que modifica el código sanitario para incorporar y regular el uso medicinal de productos derivados de cannabis”¹², publicado em junho de 2019, em relação à proposta da campanha Cultivo Seguro, mencionada anteriormente.

¹² Disponível em: https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/06/documento_cultivo_seguro.pdf.

O documento é assinado por dois médicos psiquiatras e um sanitarista e, segundo exposto nos agradecimentos, recebeu apoio da Sociedad Chilena de Pediatría, Asociación Chilena para el Estudio del Dolor, Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, y la Sociedad de Anestesiología de Chile.

Na opinião manifesta pelos autores, a lei chilena criminaliza apenas o cultivo com a finalidade de tráfico, sendo suficiente para viabilizar cultivos para usos pessoais de maneira geral. O documento critica a prescrição médica de produtos artesanais à base de cannabis, sob o argumento de que médicos não trabalham com esse tipo de formulação, sem concentrações conhecidas, e acrescenta ainda que, como “[...] a evidência científica não tem demonstrado de maneira convincente a utilidade clínica do uso de planta e seus componentes, a indicação da cannabis não estaria dentro de uma boa prática clínica” (DOCUMENTO..., 2019, p. 6, tradução nossa). Adiante, os autores são ainda mais enfáticos ao afirmarem que “[...] não há nenhuma utilidade clínica convincente da planta cannabis para nenhuma doença conhecida” (DOCUMENTO..., 2019, p. 24).

Para Rebolledo (2020), os movimentos de pacientes têm provocado nos círculos médicos um esforço em delinear os limites de seu campo de conhecimento, buscando instalar uma “autoridade epistêmica” no que diz respeito ao conhecimento sobre “o objeto cannabis”, no intuito de garantir o monopólio sobre o conhecimento terapêutico e fortalecer o papel tutelar do médico.

Entre as estratégias utilizadas pelo colegiado médico para manter seu poder hegemônico sobre a saúde, Rebolledo (2020, p. 89) destaca “um esforço ideológico e um estilo retórico” em estabelecer limites e distinguir suas atividades daquelas “não científicas”. Para o autor, “[...] tal abordagem implica uma forma de injustiça epistêmica e a negação dos pacientes [e pessoas próximas] como atores legítimos no campo dos saberes e práticas biomédicas” (REBOLLEDO, 2020, p. 89).

Em relação à disputa epistemológica, aponto que, além da medicina institucionalizada – que se esforça em manter seu monopólio e seu poder epistemológico sobre as drogas –, há também uma alternativa à medicina convencional sendo construída nesses espaços por meio de uma educação científica e política. Uma produção de conhecimento experiencial que, embora não seja credenciado, é refinado e direcionado às dúvidas mais frequentes, uma vez que é produzido coletivamente e por pessoas implicadas no processo.

O que se busca na Fundação Daya não é regulamentar um medicamento via vigilância sanitária a ser vendido nas farmácias, mas o reconhecimento do óleo vegetal como um produto terapêutico e a prescrição médica (de qualquer especialidade) como suficiente para a comprovação da finalidade do cultivo, evitando constrangimentos aos usuários medicinais e suas famílias e a interrupção de tratamentos devido a ações judiciais.

7 Considerações Finais

Pretendi, com este artigo, demonstrar como os usos medicinais de cannabis têm sido viabilizados no Chile a partir da experiência da Fundação Daya, por meio do associativismo terapêutico. As ações coletivas organizadas por ativistas, somadas à produção de evidências por especialistas (credenciados ou não) e pela organização desses grupos em associações canábicas, têm incentivado, nos últimos anos, o debate público acerca do tema não apenas no Chile e no Brasil, mas também em outros países, fazendo parte de um debate de proporções mundiais.

As mudanças ocasionadas por tais ações coletivas vão desde o acesso ao tratamento com cannabis, por meio da produção artesanal do medicamento, à abertura de um mercado formal para a indústria de medicamentos, anteriormente desinteressada no tema.

A falta de conhecimento credenciado e de pesquisas científicas que comprovem os benefícios medicinais em humanos, principal argumento das entidades médicas que se posicionam contra o uso medicinal de cannabis, é contraposta pelas evidências produzidas por ativistas organizados, inclusive no âmbito acadêmico, uma vez que associações como a Fundação Daya promovem possibilidades de pesquisa, antes interdidas por questões morais. Entre as parcerias com universidades já realizadas, destaco o trabalho junto ao curso de farmácia da Universidad de Valparaíso, que promove pesquisas sobre usos medicinais de quatro variedades de cannabis¹³.

A partir da análise realizada, foi elucidado o processo por meio do qual a cannabis tem sido transformada em medicamento no Chile. É importante sublinhar, ainda, que o modelo terapêutico desenvolvido pela Fundação Daya considera como parte da terapêutica aspectos distintos da medicina convencional, tendo uma concepção holística sobre o que é saúde, não considerando o saber médico como hegemônico nesse âmbito. Ao mesmo tempo que o conflito está explícito, em termos de disputas epistemológicas, tal concepção não se opõe ao saber médico, ao contrário, o inclui no plano terapêutico da instituição, no dever de acompanhar os pacientes que desejarem, mas sem ocupar lugar central em relação às tomadas de decisão, uma vez que esse lugar deve ser destinado aos indivíduos alvos do cuidado.

Essas propostas e ações têm potencial de resolver controvérsias políticas e médicas a partir do incentivo a pesquisas, debates públicos e educação política e científica dos atores e atrizes envolvidos, propondo práticas autônomas e coletivas de cuidado da saúde, em diálogo com as instituições existentes.

Agradecimentos

Agradeço à Dra. Karine Pessoa pela revisão do manuscrito e ao professor Dr. Mauro Campos pelas sugestões e pela orientação durante a pesquisa de doutorado que fomentou este artigo.

¹³ Outras parcerias foram mapeadas por meio de um levantamento realizado no *site* da Fundação em 2019, apresentado em Barbosa (2021, p. 136).

Referências

- ADIALA, Júlio Cesar. Uma nova toxicomania, o vício de fumar maconha. *In*: MACRAE, Edward; ALVES, Wagner Coutinho. **Fumo de Angola**: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 85-102.
- AKRICH, Madeleine; RABEHARISOA, Vololona. L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratiesanitaire. **Santé Publique**, [s.l.], v. 24, n. 1, p. 69-74, 2012.
- BARBOSA, Luciana. **Redes Canábicas no âmbito da saúde**: usos medicinais de maconha, mobilização social e produção de conhecimento. 2021. 231f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, RJ, 2021.
- BECKER, H. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- BOITEUX, Luciana Rodrigues. **Controle penal sobre as drogas ilícitas**: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. 2006. 273f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- BONINI, Sara Anna *et al.* *Cannabis sativa*: a comprehensive ethnopharmacological review of a medicinal plant with a long history. **Journal of ethnopharmacology**, [s.l.], v. 227, p. 300-315, 2018.
- BORKMAN, Thomasina. Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups. **Social Service Review**, [s.l.], v. 50, n. 3, p. 445-456, 1976.
- CARNEIRO, Henrique. **Drogas**: a história do proibicionismo. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.
- CARNEIRO. **Amores e sonhos da flora**: afrodisíacos e alucinógenos na botânica e na farmácia. São Paulo: Xamã, 2002.
- CEFAÏ, Daniel *et al.* (org.). **Arenas Públicas**: por uma etnografia da vida associativa. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2011.
- DEVIENNE, K. F.; RADDI, M. S. G.; POZZETI, G. L. Das plantas medicinais aos fitofármacos. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v. 6, 2004.
- DOCUMENTO de posición del Colegio Médico de Chile sobre el proyecto de ley que modifica el código sanitario para incorporar y regular el uso medicinal de productos derivados de cannabis. 2019. Disponível em: https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/06/documento_cultivo_seguro.pdf. Acesso em: 16 nov. 2022.
- DUARTE, D. F. Uma Breve História do Ópio e dos Opioides. **Revista Brasileira Anestesiol**, [s.l.], 2005.
- EPSTEIN, Steven. The construction of lay expertise: AIDS activism and the forging of credibility in the reform of clinical trials. **Science, Technology, & Human Values**, [s.l.], v. 20, n. 4, p. 408-437, 1995.
- ESCOHOTADO, Antonio. **Historia General de las Drogas**. Madrid: Alianza Editorial, 1998.
- FELDMAN, Harvey W.; MANDEL, Jerry. *Providing medical marijuana*: The importance of cannabis clubs. **Journal of Psychoactive Drugs**, [s.l.], v. 30, n. 2, p. 179-186, 1998.
- FIORE, Maurício. A medicalização da questão do uso de “drogas” no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. *In*: VENÂNCIO, R.; CARNEIRO, H. (org.). **Álcool e Drogas na História do Brasil**. São Paulo: Alameda Editorial, 2005. p. 257-290.
- FIORE, Maurício. Escolhas morais e evidências científicas no debate sobre política de drogas. **Boletim de Análise Institucional**. 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8879>. Acesso em: 22 nov. 2022

- GARCÍA, E.; SANCHÉZ, J. Una revisión histórica sobre los usos del cannabis y su regulación as historical review among cannabis use and regulation. **Salud y Drogas**, [s.l.], v. 6, n. 1, 2006.
- HENMAN, Anthony Richard. A guerra às drogas é uma guerra etnocida. *In*: MCRAE, Edward; COUTINHO, Wagner (org.). **Fumo de Angola: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade**. Salvador: UFBA, 2016. p. 319-343.
- IBÁÑEZ, Marcelo. **Un viaje fantástico: breve história de la marihuana em Chile y el mundo**. Santiago: Editora Planeta Chilena S.A., 2018.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. **O Pensamento Selvagem**. São Paulo: Papyrus Editora, 1989.
- LIMA, Maria Angelica de Faria Domingues de; GILBERT, Ana Cristina Bohrer; HOROVITZ, Dafne DainGandelman. Redes de tratamento e as associações de pacientes com doenças raras. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, p. 3.247-3.256, 2018.
- MCRAE, Edward. Cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade. *In*: MCRAE, Edward; ALVES, Wagner (org.). **Fumo de Angola: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 23-58.
- MECHOULAM, Raphael; PARKER, Linda A. The endocannabinoid system and the brain. **Annu Rev. Psychol.**, [s.l.], v. 64, n. 1, p. 21-47, 2013.
- MOREIRA, Martha Cristina Nunes *et al.* Quando ser raro se torna um valor: o ativismo político por direitos das pessoas com doenças raras no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, p. e00058017, 2018.
- RABEHARISOA, V. Experience, Knowledge and Empowerment: The Increasing Role of Patient Organizations in Staging, Weighting and Circulating Experience and Knowledge. *In*: AKRICH, M.; NUNES, J. (org.). **The dynamics of patient organizations in Europe**. Presses des Mines via OpenEdition, 2013.
- RABEHARISOA, Vololona; MOREIRA, Tiago; AKRICH, Madeleine. Evidence-based activism: Patients', users' and activists' groups in knowledge society. **BioSocieties**, v. 9, p. 111-128, 2014.
- RABINOW, Paul. **Antropologia da razão: ensaios de Paul Rabinow**. Relume Dumará. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.
- REBOLLEDO, Mauricio Becerra. Surgimiento de organizaciones de pacientes por el cannabis medicinal en Chile: delimitación del campo científico, monopolio de la enunciación e injusticia epistémica. **Temáticas**, Campinas, 2020.
- RUBIN, Vera. Introduction. *In*: RUBIN, Vera (org.). **Cannabis and Culture: World Anthropology**. Haia: Mouton, 1975. p. 1-10.
- STRAUSS, Anselm L. **Espelhos e máscaras: a busca de identidade**. São Paulo: Edusp, 1999.
- TORCATO, Carlos Eduardo. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**. 2016. 371f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- VARGAS, Eduardo Viana. **Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de drogas**. 2001. 600p. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.
- VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas ara uma genealogia das drogas. *In*: LABATE, B. *et al.* (org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 41-64.

Luciana Barbosa

Cientista Social, mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal de São Carlos (2015) e doutora em Sociologia Política pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2021). Pós-Doc no Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da UENF e membra do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Poder, Imagens e Representações (GEPPIR/UFF).

Endereço profissional: Av. Alberto Lamego, n. 2.000, Parque Califórnia, Campos dos Goytacazes, RJ. CEP: 28013-602.

E-mail: lucianadecamposbarbosa@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2460-6184>

Como referenciar este artigo:

BARBOSA, Luciana. “A cura começa no momento em que estou regando minhas sementes”: os medicamentos artesanais à base de Cannabis produzidos por pacientes da Fundação Daya – Chile. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e85462, p. 89-111, janeiro de 2023.