UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE ESTUDOS DA LINGUAGEM
LABORATÓRIO DE ESTUDOS AVANÇADOS EM JORNALISMO

MONIQUE BATISTA DE OLIVEIRA

O MEDICAMENTO PROIBIDO

Como um derivado da maconha foi regulamentado no Brasil

Campinas
2016

MONIQUE BATISTA DE OLIVEIRA

O MEDICAMENTO PROIBIDO

Como um derivado da maconha foi regulamentado no Brasil

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Estudos da Linguagem e Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestra em Divulgação Científica e Cultural, na área de Divulgação Científica e Cultural.

Orientador: Prof. Dr. Marko Synésio Alves Monteiro.

Este exemplar corresponde à versão final de dissertação defendida pela aluna Monique Batista de Oliveira e orientada pelo Prof. Dr. Marko Synésio Alves Monteiro.

Campinas

2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Estudos da Linguagem
Crisllene Queiroz Custódio - CRB 8/8624

OL4m

Oliveira, Monique Batista, 1985-
O medicamento proibido : como um derivado da maconha foi regulamentado no Brasil / Monique Batista de Oliveira. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Marko Synésio Alves Monteiro.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem.

1. Teoria ator-rede. 2. Drogas - Uso terapêutico. 3. Maconha - Uso terapêutico. 4. Cânhamo - Uso terapêutico. 5. Canabidiol. 6. Ciência na comunicação de massa. I. Monteiro, Marko Synesio Alves,1975-. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Estudos da Linguagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The forbidden drug : how a marijuana compound was regulated in Brazil
Palavras-chave em inglês:
Actor-network theory
Drugs - Therapeutic use
Marijuana - Therapeutic use
Hemp - Therapeutic use
Cannabidiol
Science in mass media
Área de concentração: Divulgação Científica e Cultural
Titulação: Mestra em Divulgação Científica e Cultural
Banca examinadora:
Marko Synésio Alves Monteiro [Orientador]
Simone Pallone de Figueiredo
Marco Akerman
Data de defesa: 29-08-2016
Programa de Pós-Graduação: Divulgação Científica e Cultural

BANCA EXAMINADORA:

Marko Synésio Alves Monteiro

Simone Pallone de Figueiredo

Marco Akerman

Milena Pavan Serafim

Maria Gabriela Silva Martins da Cunha Marinho

IEL/UNICAMP
2016

Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Essa dissertação é dedicada ao meu pai, Avelino Teixeira de Oliveira, e a todos aqueles que, como ele, são sensíveis ao sofrimento humano.

Agradecimentos

À Universidade Estadual de Campinas, por ter me acolhido no programa e acreditado no meu potencial. O meu crescimento acadêmico e pessoal nesse curso foi gigantesco. Agradeço também à Universidade de São Paulo pela minha longa e inacabada trajetória no curso de Ciências Sociais: uma escola para a vida.

À minha mãe que, desde o início, está ao meu lado, com muito apoio em todos os momentos e de maneiras que não saberia elencar; e a meu pai, que fez tanto por mim: um exemplo de serenidade e amor.

Ao Miguel, pela leitura primorosa desse trabalho, pelas discussões teóricas e pelo amor paciente e incondicional. E à sua família, por ter me recebido em Brasília e ter me dado todo o apoio para realizar entrevistas. Também à Marilena Said e José Flávio pelo carinho.

À Cilene Pereira e à Mônica Tarantino, jornalistas que na revista *ISTOÉ* me levaram para a área de saúde. Elas são um exemplo de ética e de força para mim. Aos colegas da *Folha de S.Paulo* Rafael Garcia, Mariana Versolato, Giuliana Miranda e Débora Mismetti pela compreensão nas ausências durante minhas idas a Campinas e também aos colegas da Editora Brasileiros pelo apoio.

Aos amigos Vinicius Yamada, Robson Rodrigues, Vitor Azevedo, Nivaldo Souza e Renata Carvalho pela ajuda. A Nina Gazire, Laura Daudén e Marcos Oliveira pela inspiração. Também aos colegas de mestrado na Unicamp e do Geict (Grupo de Estudos Interdisciplinares de Ciência e Tecnologia) pelo companheirismo. A Rafael Evangelista, Simone Pallone e Marco Akerman pela leitura atenta e considerações. E, claro, ao meu orientador Marko Monteiro pelo apoio.

Ainda, esse trabalho não teria sido possível sem a disposição e luta de todos os entrevistados. Obrigada.

It was the best of times, it was the worst of times, it was the age of wisdom, it was the age of foolishness, it was the epoch of belief, it was the epoch of incredulity, it was the season of Light, it was the season of Darkness, it was the spring of hope, it was the winter of despair, we had everything before us, we had nothing before us, we were all going direct to Heaven, we were all going direct the other way — in short, the period was so far like the present period, that some of its noisiest authorities insisted on its being received, for good or for evil, in the superlative degree of comparison only.

Era o melhor dos tempos, era o pior dos tempos, era a era da sabedoria, era a era da ignorância, era a época da fé, era a época da incredulidade, era a estação da Luz, era a estação de Trevas, era a Primavera da esperança, era o Inverno do desespero, tínhamos tudo à nossa frente, não tínhamos nada à nossa frente, íamos todos direto para o Paraíso, íamos todos no outro sentido — em suma, era um período tão parecido com o presente, que algumas das suas mais ruidosas autoridades insistiam em ser recebidas, para o bem ou para o mal, apenas no grau superlativo de comparação.

A Tale of Two Cities (1859) — Charles Dickens.

Resumo

Oliveira, Monique Batista de. O medicamento proibido — *Como um derivado da maconha foi regulamentado no Brasil*. 313 pp. Dissertação de mestrado. Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo, Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2016.

Este trabalho investiga de que modo o canabidiol (CBD), um dos compostos da cannabis sativa, tomou a mídia, a agenda de agências reguladoras e passou a ser reconhecido pelo seu potencial terapêutico no Brasil no espaço de um ano (de março de 2014 a janeiro de 2015). A pesquisa, mais precisamente, elucida como um derivado da maconha foi regulamentado sem que a própria maconha fosse objeto de regulamentação. Para isso, a dissertação acompanha o caso de Anny Fischer, que utilizou o CBD para tratar a síndrome CDKL5, uma forma grave de epilepsia. A doença provoca intensas convulsões já nos primeiros dias de vida e compromete inteiramente o desenvolvimento dos doentes. Não há tratamento específico disponível; com o composto, entretanto, Anny conseguiu resultados benéficos, segundo a família e laudo emitido pela USP de Ribeirão Preto.

Os dados principais foram coletados por meio de entrevistas; além disso, acompanhei a história como repórter da *Folha de S.Paulo* e os relatos colhidos nesse período fazem parte da análise. A metodologia adotada para analisar o caso foi a Teoria Ator-Rede (TAR), que permitiu visualizar os diálogos e tensões criados para que a reclassificação do CBD acontecesse. A principal conclusão da análise dos dados é que a reclassificação do canabidiol foi alcançada por meio de diálogos criados e de diálogos silenciados em um processo de separação em que o CBD virou um composto alheio à maconha. A existência do canabidiol como elemento único gerador do benefício na epilepsia é negada por aqueles que reivindicam o uso da planta; enquanto outros reforçam que o efeito terapêutico da *cannabis sativa* só será obtido a partir da exploração de seus compostos. Esse antagonismo movimenta mais imediatamente outras questões como a reivindicação por autonomia, noções mais integrativas de saúde, a necessidade de segurança sobre medicamentos e sobre a prática da medicina, além da complexa relação entre instituições e cidadãos. Ainda, mais profunda-

mente, a reclassificação e a separação do CBD da maconha ajuda na problematização de uma bifurcação anterior — aquela entre conhecimento técnico e leigo, entre ciência e sociedade. Por fim, os achados indagam sobre o papel da medicina, do jornalismo, da justiça e da ciência — bem como dos valores que produzem e legitimam. Também a pesquisa levanta questões que podem ajudar na produção de um diálogo mais proveitoso entre instituições e cidadãos.

Palavras-chave: Teoria Ator-Rede; drogas – uso terapêutico; maconha – uso terapêutico; cânhamo – uso terapêutico; canabidiol; ciência na comunicação de massa

Abstract

Oliveira, Monique Batista de. *The forbidden drug – How a marijuana compound was regulated in Brazil*. 313 pp. Masters dissertation. Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo, Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2016.

This work investigates how cannabidiol (CBD), one of the compounds of cannabis sativa, took by storm the media, the agenda of regulatory agencies and has been recognized for its therapeutic potential in Brazil in a space of a year (March 2014 to January 2015). More precisely, the research elucidates how a marijuana derivative was regulated without the regulation of marijuana itself. For this, the dissertation accompanies the case of Anny Fischer, who used CBD to treat CDKL5 syndrome, a severe form of epilepsy. The disease causes vigorous seizures from the first days of the patient's life and entirely undermines their development. There is no specific treatment available; with the compound, however, Anny achieved beneficial results, according to the family and a report issued by the University of São Paulo's Ribeirão Preto campus.

The main data were collected through interviews. Furthermore, I followed the story as a journalist for *Folha de S.Paulo*, and reports collected during this period are part of the analysis. The methodology used to analyze the case was the Actor-Network Theory (ANT), which allowed visualizing the dialogue points created to achieve the reclassification of CBD. Those who claim the use of the plant deny the proposition of cannabidiol as the only therapeutic element for epilepsy; while others stress that the beneficial effect of *cannabis sativa* will only be obtained from the exploitation of its compounds. This antagonism leads to other issues such as demands for autonomy, more integrative health concepts, the need for drug and medical practice safety, and highlights the complex relationship between institutions and citizens. Besides, the reclassification of CBD helps to problematize a former division — that between technical and laymen knowledge, between science and society. The findings explore the role of medicine, journalism, justice and science, among others — as well as the values they both produce and legitimate. This research also raises questions

that can help in the production of a beneficial dialogue between institutions and citizens.

Keywords: Actor-Network Theory; drugs – therapeutic use; marijuana – therapeutic use; hemp - therapeutic use; cannabidiol; science in mass media

Figuras

Figura 1: Norberto Fischer e Katiele Fischer no programa do *Fantástico* (Reprodução — 30/03/2014)..... 53
Figura 2: Possíveis benefícios terapêuticos do canabidiol no *Fantástico* (Reprodução — 30/03/2014)..... 70
Figura 3: Katiele Fischer, Noberto Fischer e Margarete Brito em reunião da diretoria colegiada da Anvisa. Encontro debateu a reclassificação do CBD. Reprodução *Ilegal* — 29/05/2014..... 74
Figura 4: Nos documentos enviados, algumas assinaturas foram expostas, como a de Jaime Oliveira..... 76
Figura 5: Neste outro documento, em voto de diretor de 29 de maio, há omissão da assinatura..... 76
Figura 6: Cópia de CD com assinaturas presente no processo da Anvisa sobre reclassificação do CBD..... 89
Figura 7: O pesquisador José Alexandre Crippa em entrevista concedida ao *Fantástico*. Reprodução — 30/03/2014..... 123
Figura 8: Reportagem do *Fantástico* mostra calendário da família com diminuição no número de convulsões após o uso do CBD. Reprodução — 30/03/2014..... 146
Figura 9: Reportagem na *Folha de S.Paulo* após liminar que autorizou importação do CBD — 4/4/2014..... 150
Figura 10: *Fantástico* mostra rede de cultivadores. Reprodução — 9/11/2014..... 183
Figura 11: *Fantástico* faz reportagem sobre cultivadores. Reprodução — 9/11/2014..... 183
Figura 12: Concentração da Marcha da Maconha no vão do MASP (Museu de Arte de São Paulo), na avenida Paulista (SP). Foto: Monique Oliveira — 14/05/2016..... 190
Figura 13: Panfleto sobre o uso medicinal da cannabis distribuído na Marcha da Maconha - 14/05/2016..... 191
Figura 14: Página do Facebook do Ministério da Justiça e Cidadania interage com internautas sobre o canabidiol. Nos comentários, algumas das controvérsias citadas e pedidos de ajuda são exemplos do alcance da polêmica. Reprodução..... 199
Figura 15: Mídia independente satiriza o senador Magno Malta. Reprodução Hempadão..... 202
Figura 16: "Maconhaço" feito na Marcha da Maconha, na avenida Paulista. Reprodução Facebook — 14/05/2016..... 207
Figura 17: Panfleto com chamada para a Marcha da Maconha em São Paulo..... 209
Figura 18: "Maconha ajuda no tratamento de câncer, aids, epilepsia, fibromialgia e outras doenças", diz panfleto..... 209
Figura 19: Trecho de decisão que concedeu à Anny o direito de importação do canabidiol. Processo: 24632-22.2014.4.01.2400..... 246
Figura 20: Arte do *Fantástico* mostra que canabidiol não causa alterações de comportamento, nem dependência. Reprodução 30/03/2014..... 255

Lista de Siglas

ABRACannabis — Associação Brasileira para Cannabis

Ama+me — Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal

Anvisa — Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Apepi — Apoio à Pesquisa e Pacientes de Cannabis Medicinal

CBD — Canabidiol

CEP — Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CFM — Conselho Federal de Medicina

Conad — Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

Conep — Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CPCON/Anvisa — Coordenação de Produtos Controlados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Cremesp — Conselho Regional de Medicina de São Paulo

DEA — Drug Enforcement Agency

Dimon/Anvisa — Diretoria de Monitoramento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

FDA — Food and Drug Administration

Senad — Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas

THC — Tetrahydrocannabinol

UFMG — Universidade Federal de Minas Gerais

UFPR — Universidade Federal do Paraná

UnB — Universidade de Brasília

Unicamp — Universidade Estadual de Campinas

Unifesp — Universidade Federal de São Paulo

USP — Universidade de São Paulo

USP/RP — Universidade de São Paulo, campus de Ribeirão Preto

Sumário

Introdução **16**
Indivíduos, comunicadores e instituições 17
Entrevistas e mapeamento da rede 25
Documentos 32
Análise dos dados 33
Pesquisadora e membro da rede. Pode isso? 35
A escolha da Teoria Ator-Rede (TAR) 40

Capítulo 1 — A rede começa **48**
O caso de Anny toma o País 52
Uma rede infinita de controvérsias 56

Capítulo 2 — A rede visível **59**
A quem interessa a realidade? 60
Os Ilegais 62
Nem tão ilegais assim... 68
Uma agência para proteger a saúde 71
A luta pela reclassificação 74
Uma agência lenta 94
Conselho Federal de Medicina 109
A ciência canabinoide 121
Ciência e sociedade 129
Canabidiol 132
Composto mobilizador 140

Capítulo 3 — A rede das redes **143**
A força da mídia 144
Uma abordagem direta 157
O jornalismo na controvérsia 167

Capítulo 4 — A rede invisível **171**
Somos todos cientistas 172
Desenvolvendo a expertise 178
A rede dentro da rede 182

Capítulo 5 — A rede antes da rede **194**
A Política 195
Novos diálogos 203
Uma coisa chamada mercado 212
O poder da família 215

Capítulo 6 — A rede oculta **218**
O medicamento 219
Um exercício ontológico 223
As verdades da ciência 226
A revolução científica 229
A saúde e a medicina 232

Novas dimensões para a saúde ... 243
Justiça e o indivíduo ... 246

Capítulo 7 — As redes futuras ... 252
O prazer é proibido ... 253
Recreativo não pode ... 259
O nó da maconha e do hemp ... 263

Conclusão — As novas ontologias ... 273
A força da controvérsia ... 274
Uma separação essencial ... 276
Um olhar sobre os atores ... 278
A superação das bifurcações ... 282

Anexos ... 286
Nota técnica 19 – CPCON/Anvisa ... 287
Carta aberta da USP/RP à Anvisa ... 290
Decisão Justiça Anny Fischer - Processo 24632-22.2014.4.01.2400 ... 293

Referências bibliográficas ... 304
Entrevistas ... 304
Referências gerais ... 305

Introdução

Um drama familiar em meio a controvérsias históricas. Uma mãe que queria trazer um composto derivado da maconha para tratar a sua filha. Essa narrativa cativante foi o ponto de partida desse trabalho. Aos poucos, a história foi se tornou uma rede e nomes menos sedutores foram permeando o discurso: atores, actantes, ontologias... vieram as críticas, os dissensos e controvérsias dentro de controvérsias. O trajeto será de um tecido inteiriço de sutilezas, transições e processos. Menos atraentes, talvez, mas igualmente pujante.

INDIVÍDUOS, COMUNICADORES E INSTITUIÇÕES

Em janeiro de 2014, em meio à discussão da legalização da maconha medicinal em Nova York, entrevistei Lester Grinspoon, psiquiatra e professor emérito da Universidade de Harvard, para a *Folha de S.Paulo*. Ele seria um especialista que iria na contramão da maioria. Com 86 anos e aposentado, em meio a estudos clínicos que citava, ele dizia máximas como "maconha será tão importante quanto a penicilina", que virou o título da entrevista; e assegurou, por exemplo, que fumava todos os dias.[1]

A entrevista foi considerada polêmica e questionada no jornal. Mesmo assim, talvez por falta de opção melhor para um domingo à noite e para janeiro, ela foi publicada. Na época, o meu conhecimento sobre maconha medicinal era próximo do zero. Sabia que havia medicamentos feitos com base na erva, mas, na minha visão limitada, supunha que eles se destinavam apenas ao tratamento de náuseas durante a quimioterapia. Após a entrevista (que foi objeto de muita leitura e discussão), porém, alguns chegaram a me chamar na redação do jornal como a "repórter da maconha".

Na esteira dessa fama, em março do mesmo ano, chegou até a mim a história da brasileira Anny Fischer, de 7 anos, que buscava na Justiça o direito de importar o canabidiol (CBD), derivado da maconha proibido na época. Anny possui uma síndrome rara que provoca convulsões e diversas disfunções que impedem o seu desenvolvimento. Pela *Folha de S.Paulo*, acompanhei a história até a reclassificação do composto que, de proibido, passou a ser controlado e continuo acompanhando por interesses de pesquisa e para a *Saúde!Brasileiros*, veículo em que trabalho hoje.

Até essa mudança de status do canabidiol — de droga proibida a composto controlado — muitos debates se colocaram em curso e ainda ocorrem. Ainda na cobertura para a *Folha*, descobri um grupo de pessoas e instituições que se associam em torno das controvérsias engendradas pelo composto. Especialistas, ativistas, universidades, grupos em redes sociais, usuários, jornalistas... eles mobilizavam fluxos de informações que descortinavam a existência de vários "canabidióis" e muitas con-

[1] OLIVEIRA, MONIQUE. Maconha poderá ser tão importante quanto a penicilina. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 20 de jan. 2014. Mundo, Entrevista da 2ª, p. A16.

trovérsias. Em meio a muitos dissensos, entretanto, essas pessoas estavam dispostos ao diálogo. Formavam uma rede.

Essa rede não era homogênea e, mesmo entre instituições, as informações eram pouco consensuais. Especialistas mudavam de opinião do dia para a noite. Universidades eram convocadas pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) em Brasília. O Conselho Federal de Medicina não sabia o que dizer sobre o assunto em um primeiro momento. Tudo isso me intrigou muito. Era o contrário do que se costuma perceber no dia a dia, com cada instituição cumprindo o seu papel social e, não raro, distantes umas das outras.

Curiosamente, todas as fontes passaram a ter o mesmo peso na apuração, no sentido de que era visível que não fazia sentido dar mais autoridade ao discurso da Anvisa, em detrimento da família, por exemplo. Era difícil dizer, naquela ocasião, que a Anvisa tinha mais informação que a mãe de Anny — o que, pela competência técnica do órgão, seria o esperado. Sem consensos, diretrizes ou notas técnicas e com instituições confusas, não era possível sustentar uma distinção clara entre as categorias dos especialistas e dos leigos. Essa faceta se conectou profundamente com as minhas preocupações acerca do jornalismo, em que a narrativa é construída primordialmente com base em fontes com respaldo institucional e de fontes especializadas. Nos relatos sobre o canabidiol, eu vi esse pressuposto se dissolver a ponto que, se eu não prescindisse do que sempre considerei o "padrão-ouro" de se fazer jornalismo, de ouvir o que as instituições tinham a dizer e aí começar a escrever, não teria reportagem alguma. Mas cabe exemplificar um pouco melhor esse aspecto.

Em fevereiro de 2015, publiquei na *Folha* uma reportagem que pode ser considerada igualmente polêmica. Uma mulher fez um aborto em casa; e, ao chegar no hospital, buscando atendimento para complicações do procedimento, foi denunciada pelo médico que a atendeu. O caminho dessa apuração foi ouvir o relato da jovem sobre o que havia ocorrido, verificar a legislação referente a aborto no Brasil, e perguntar ao Conselho Federal de Medicina, ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo e ao Ministério da Saúde o que tinham a dizer sobre a conduta do médico. Na lei, o aborto naquelas circunstâncias é crime; ambos os conselhos, porém, já tinham entendimentos claros sobre como o médico deveria agir: a mulher tem direito ao atendimento e, para isso, é necessário que o médico não infrinja o sigilo profissio-

nal, respeitando o código de ética da categoria. Na mesma linha, o Ministério da Saúde enviou-me uma norma técnica sobre o atendimento humanizado pós-aborto. Em uma reportagem como essa, os preceitos do bom jornalismo dizem que, embora a jovem possa até ter uma opinião sobre a conduta do médico, o que irá definir se a conduta dele foi "certa ou errada" e, consequentemente, como se construirá essa narrativa, serão as instituições: a polícia, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo e a lei.

Na cobertura sobre o canabidiol, por conta da natureza desse actante, tal relação se invertia nesse momento. As instituições não sabiam nada sobre a substância (ou o CBD era tratado como sinônimo de maconha) e, nesse caso, quem tinha mais informação eram a família e ativistas. O caso será aprofundado no desenvolvimento deste trabalho, mas adianto essa breve exposição para indicar o quanto essa história me intrigou, e como meu envolvimento jornalístico com ela acabou me convencendo a focá-la em minha dissertação. O projeto não foi a minha primeira escolha: entrei no programa do Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo (Labjor/Unicamp) com uma ideia de pesquisa que envolvia cultura hacker, mídia alternativa e o campo emergente do jornalismo de dados. Mas as aulas de sociologia da ciência, associadas à minha vivência profissional com o tema, me levaram a mudar meu objeto de pesquisa. Curiosamente, o primeiro *insight* veio em relação à metodologia: a Teoria Ator-Rede (TAR), vista nas aulas.

A Teoria Ator-Rede propõe que o pesquisador mapeie todos os atores ligados a uma controvérsia, inclusive elementos não-humanos, para que as diversas associações formadas sejam compreendidas. Nessa análise, nenhum elemento ocupa um papel central ou estanque. Também os mesmos questionamentos dirigidos a objetos tido como naturais devem ser dirigidos para elementos tido como sociais. Os conceitos são resultantes das associações geradas durante a dinâmica da rede e a própria ideia de ator também é um resultado dessa associação (LATOUR, 2005). Foi nas exposições em aula e na leitura de textos sobre a teoria que me veio a percepção: era exatamente isso o que eu estava observando. Vi, então, que os conceitos que essa rede mobiliza dialogavam com os meus anseios. Como repórter, eu não conseguia definir o canabidiol: ele era sempre transitório. Com essa percepção, mudei o projeto

de pesquisa e, mesmo tendo que mapear bibliografia e escrever novamente (estava com 90% da qualificação pronta), aceitei o desafio.

Ao utilizar a teoria como ferramenta, esse trabalho tenta entender como essas várias instituições e indivíduos se associaram durante o processo de reclassificação do canabidiol de 2014 até janeiro de 2015 e como o produto dessa interação estremeceu o papel de cada um e também das instituições as quais pertencem. O trabalho também mapeia algumas demandas posteriores à reclassificação, como o autocultivo e o óleo artesanal. No decorrer do texto, será comum tratar o conjunto dos envolvidos como uma rede (ou várias) e cada um deles como um ator. As expressões são derivadas da metodologia aqui utilizada: a Teoria Ator-Rede (TAR). A ideia de rede implica dizer que há conexões entre os envolvidos. E que, nessa interação, eles se modificam constantemente. Já a utilização da expressão ator alude ao papel ativo de elementos humanos (como a família de Anny) e de não-humanos (como o canabidiol). A presença de elementos não-humanos na rede é de extrema importância para a TAR e é uma de suas principais contribuições para a sociologia da ciência (SISMONDO, 2010). Por isso, pode ser que a expressão ator nesse trabalho seja substituída pela expressão "actante", palavra que seria preferível a "ator" porque não carrega o peso da personificação dos envolvidos e evidencia a importância do objeto, segundo a TAR.

Ainda, cabe ressaltar que, além de pesquisadora, sou uma actante dessa rede. Não só pela experiência com a divulgação científica — como jornalista de saúde — mas como repórter que cobriu a mudança de status e o debate em torno do canabidiol. Foi a partir de percepções que tive durante essa cobertura que algumas das motivações para essa dissertação surgiram e muito da narrativa construída é permeada por essa posição. Nesse sentido, extrapolo um pouco a TAR e acabo fazendo um relato etnográfico de muitas das percepções que tive durante a cobertura. Também chego a extrapolar a TAR em algumas problematizações, mas vou discorrer sobre esse aspecto mais adiante. Por hora, desdobro o porquê de algumas dessas problematizações surgirem para a análise. Uma delas, por exemplo, é a noção de reivindicação de direitos. No livro *A Era de Direitos* (em capítulo homônimo), Norberto Bobbio conta que, certa vez, um jornalista teria perguntado se, em meio a tantas razões para a

infelicidade no mundo contemporâneo, ele via algo de positivo. Então, Bobbio escreve:

> Respondi que sim, que via pelo menos um desses sinais: a crescente importância atribuída, nos debates internacionais, entre homens de cultura e políticos, em seminários de estudo e em conferências governamentais, ao problema do reconhecimento dos direitos do homem (BOBBIO, 1992, p. 26).

Esses direitos trazem algumas questões, continua Bobbio. Uma delas é que, na medida em que as pretensões aumentam, a satisfação delas se torna mais difícil. Essas pretensões também assumem dimensão ampliada porque hoje as informações vendem a ideia de um constante progresso tecnocientífico. Novos direitos são reivindicados conforme se aumenta a percepção de que sempre algo melhor está por vir (BOBBIO, 1992).

A medicina é um campo em que, particularmente, se manifesta essa pretensão por novos direitos, ampliada pela ideia de um constante progresso, diante das muitas novidades na área. A ponto de o Sistema Único de Saúde ter uma comissão só para isso: a CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Novas Tecnologias). Também a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acrescenta novos procedimentos à lista dos que devem ser cobertos pelos planos de saúde. A porta de entrada para esses procedimentos é a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Ali, decide-se o que é permitido no Brasil, para consumo, para comercialização e para fornecimento (ou não) aos hospitais.

O caminho entre a percepção de um novo direito e sua efetiva chegada aos hospitais nem sempre é tranquilo. Nem toda reivindicação é atendida imediatamente, quando o é. Há um abismo entre o reconhecimento desse direito e a sua concretização.

> Finalmente, descendo do plano ideal ao plano real, uma coisa é falar dos direitos do homem, direitos sempre novos e cada vez mais extensos e justificá-los com argumentos convincentes; outra coisa é garantir-lhes uma proteção efetiva. (BOBBIO, 1992, p. 32).

Do ideal de uma garantia de direitos à sua real consecução, em uma ponta está a burocracia; na outra, o cidadão. Nessa luta constante em que interesses nem sempre convergem num determinado período de tempo, duas das principais instituições intermediadoras são o jornalismo e a ciência. Ambas fornecem aos cidadãos competências para tomar decisões e, frequentemente, funcionam como catalisadoras de demandas por mais direitos.

Tanto o jornalismo como a ciência possuem suas normas de funcionamento internas. Antes que algo seja reconhecido como um direito pelas instituições que vão efetivamente direcioná-lo aos cidadãos, o seu rumo pode ser definido por estruturas internas de cada campo de conhecimento. Na medicina, uma dessas estruturas é a prática conhecida como "Medicina Baseada em Evidências (MBE)". Nela, para que determinado medicamento ou terapia chegue a um paciente, são feitas análises sistemáticas da literatura médica. Essa prática postula que devemos dar atenção especial ao desenho das pesquisas, e que provas científicas rigorosas devem nortear as tomadas de decisão (ATALLAH; CASTRO, 1998).

Já a narrativa jornalística muitas vezes privilegia fontes que possuem competência estabelecida por instituições ou pela publicação de estudos. Há assim um rompimento com o senso comum. Essa etapa atribuída comumente ao desenvolvimento da ciência também afetou os jornais e deixou buracos de representatividade. De certa forma, é como se a verdade viesse de um lado só e ciência e jornalismo fossem vendados pela euforia do progresso (MEDINA, 2006).

Na minha experiência como jornalista de saúde, nas redações da *Revista ISTOÉ (4 anos)*, *Folha de S.Paulo (2 anos)* e *Revista Brasileiros (1 ano)* percebo que essa euforia do progresso é particularmente representada pela valorização a ensaios clínicos e pela busca de novidades em fontes especializadas. A população, tida como não iniciada, fica delegada ao papel personagem. No jargão jornalístico, o personagem é o cidadão comum. Ele é usado em reportagens como exemplo de tendências apontadas por especialistas ou pelo próprio jornalista. Mas é visível que essas vozes (do cidadão comum e de especialistas) não possuem o mesmo peso. E, por isso, há muito tempo reflito sobre a necessidade de novas estruturas de diálogo, tanto para a ciência — tida aqui como a minha visão particular de especialistas consultados durante as reportagens sobre saúde — como para o jornalismo. Cheguei a relatar essa preocupa-

ção quando fui convidada para falar sobre a cobertura do HIV na imprensa para um fórum do *Portal Imprensa*, realizado no Instituto de Estudos Avançados da USP, no dia 9 de novembro de 2015. Lá, perguntaram-me como a mídia poderia ajudar na promoção da saúde do HIV para o jovem. Disse, entre outras questões, que trata-se de um desafio imenso, porque a mídia raramente integra esse jovem no debate ou consulta estudos sobre as necessidades específicas desse perfil.[2]

A constante luta por direitos e a subversão, de certa forma, da estrutura interna de instituições reguladoras (como a Anvisa) e entidades intermediadoras (como o jornalismo) formam o pano de fundo que vai nos ajudar a entender como a mudança de status do canabidiol (CBD) no Brasil foi possível, e nesse sentido, esse trabalho, para além da pergunta de pesquisa (que busca explicar como um derivado da maconha foi regulamentado no Brasil sem que a própria maconha fosse liberada), vai apontar para diversas questões que surgem durante esse processo e dialogar com algumas preocupações do jornalismo, do exercício da cidadania, de noções de saúde, de aspectos do conhecimento científico. Importante informar que o trabalho vai apontar questões sem a pretensão de problematizá-los ou esgotá-los. O objetivo principal é: mapear a rede, encontrar as associações, apontar para os aspectos que ajudam a dar conta da pergunta de pesquisa e, por fim, apontar questões.

Assim, no capítulo 1, descrevo o caso de Anny Fischer, portadora da síndrome CDKL5, um tipo de epilepsia refratária que compromete inteiramente o desenvolvimento. Anny foi a primeira brasileira a ter autorização legal para o uso de um derivado da maconha: o canabidiol. Parte da rede a ser montada tem a história dela como gatilho. No capítulo 1, descrevo o caso de Anny Fischer. Trata-se de um panorama com o conjunto de fatos que servirão para contextualizar o restante da leitura. Sigo para o capítulo 2 com detalhes da rede que chamei de "visível", aquela mais próxima das instituições. A atuação da Anvisa, do Conselho Federal de Medicina e da família Fischer são descritas e aprofundadas nesse trecho. É o capítulo mais denso e longo, até porque produziu mais processos rastreáveis — mas não é necessariamente mais importante que os demais. O capítulo 3 mostra a especificidade da atuação da mídia no caso. Já o capítulo 4, mostra as associações que não foram feitas

[2] PORTAL IMPRENSA. Bloco 3 — 3º Fórum AIDS e o Brasil. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=1C5_aPIFGtE. Acesso em 24 de janeiro de 2016.

ou foram deixadas à margem pela rede actante. A atuação dos leigos e um coletivo de cultivadores que distribui óleo de cannabis para doentes serão analisadas nesse capítulo. Já os bastidores das associações formadas para a reclassificação do canabidiol, bem como a chegada da indústria estão descritas no capítulo 5.

No capítulo 6, faço uma discussão mais aprofundada sobre categorias, instituições e campos de conhecimento e como estão configuradas tensões com a autonomia de alguns dos atores envolvidos. Questionamentos de algumas categorias e conceitos mobilizados pela rede são desdobrados no capítulo 7. Também aqui falo da expectativa dos atores em relação à maconha. Já na conclusão, proponho uma reflexão sobre como o caso contribui para pensarmos sobre a configuração de novas bases para a participação de indivíduos não especializados na ciência, na produção do conhecimento científico, e analiso de forma mais específica a participação de alguns atores. Os pressupostos de narrativas oficiais e o que foi oculto por ela também são rastreados mais profundamente.

ENTREVISTAS E MAPEAMENTO DA REDE

As entrevistas foram feitas com pessoas que foram ativas no processo de reclassificação do canabidiol, seja para defendê-lo, seja para criticá-lo. O mapeamento desses atores foi feito a partir da identificação dos principais agentes desse processo, em um primeiro momento; e por indicação, em um segundo. Cheguei à família Fischer e ao Tarso Araújo por meio da cobertura da *Folha de S.Paulo* e relatos na imprensa. Ambos me forneceram algumas indicações de instituições e de membros da rede e esses membros, por sua vez, indicaram outras pessoas: abertamente ou por meio de relatos. Por exemplo, Crippa (2016), que foi indicado por Araújo (2016) me disse que Antônio Zuardi foi seu orientador e que estudava o canabidiol havia mais de 40 anos. Procurei, assim o contato de Zuardi e o entrevistei. Outros membros da rede foram mapeados por meio de dúvidas a partir dos fatos. Por exemplo, foi feito o relato de que o canabidiol pode custar de R$ 2 mil a R$ 10 mil. Com isso, o mapeamento da rede se direcionou a pessoas que não poderiam adquirir o composto. Essa indagação me fez procurar associações e, com essa dúvida, cheguei até o relato da "Rede", um coletivo clandestino de cultivadores que distribui extrato de canabidiol artesanal para pessoas que não podem comprar o canabidiol importado. Por meio do coletivo, cheguei a famílias... e fui até onde o tempo me permitiu. Foram feitas 24 entrevistas e alguns nomes foram trocados a pedido dos entrevistados (haverá a identificação quando assim ocorrer).

As entrevistas foram semiestruturadas, com perguntas abertas[3]. Elas tinham por pressuposto movimentar o pensamento dos atores sobre outros membros

[3] Na entrevista semiestruturada, são feitas perguntas, sem pressupostos prévios, no sentido de orientar o entrevistado e circunscrevê-lo ao objeto de pesquisa. Cabe observar que eu tinha uma relação prévia com alguns desses membros e, e algum momento, havia uma troca de relatos sobre o que havia acontecido. Entrevistados me perguntavam: "você lembra que comentei isso com você", ou até mesmo eu perguntava: "você lembra desse momento?". Tomei um cuidado para não deixar, de antemão, uma postura ou uma opinião sobre qualquer desses fatos. As observações foram feitas para retomar momentos ou situações. Acredito que essa troca foi importante para o engajamento dos entrevistados em muitos dos momentos. Com isso, muitos se alongavam sobre períodos ou se sentiam mais à vontade para falar com alguém com que eles supunham já compartilhar de um contexto prévio, como se tivéssemos uma linguagem em comum.

da rede e sobre categorias e instituições. Exemplos de algumas perguntas: "o que você achou da atuação da Anvisa?", "o que você pensa sobre o Conselho Federal de Medicina?". Também pedia para se alongaram em alguns momentos. Por exemplo, se um entrevistado me informava que estava em uma das reuniões, perguntava como tinha sido essa reunião. Também perguntei sobre questões que formavam o pano de fundo da controvérsia, como o que os entrevistados pensavam sobre o uso recreativo da maconha, sobre o uso medicinal, sobre a proibição, sobre o exercício da medicina, sobre a ciência, sobre o papel da política. A entrevista também dependia do ritmo e engajamento de cada um. Para alguns, foram necessárias mais perguntas; para outros, deixei a entrevista fluir por uma associação mais livre porque o entrevistado já ia movimentando categorias e questões.

Segue abaixo a lista de entrevistados, por ordem alfabética, a partir do primeiro nome.[4] Achei importante deixar essa lista de início para situar o leitor na narrativa da controvérsia. Um resumo situa o actante na controvérsia e destrincha a sua importância para esse trabalho.

- **Antonio Waldo Zuardi** é professor do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo). Estuda a atuação do canabidiol há 40 anos. Ele foi autor de laudo anexo à ação judicial que permitiu a importação do canabidiol por Anny Fischer e ainda especialista consultado pela Anvisa e Conselho Federal de Medicina.

- **Arthur Chioro** foi ministro da Saúde do Brasil entre 2014 e 2015, período em que o canabidiol foi reclassificado. É médico sanitarista e professor do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (EPM/Unifesp).

[4] A decisão de deixar o primeiro nome aqui foi feita pelo modo como esses atores são relatados na rede. Isso será um recurso usado no decorrer do texto, principalmente, quando são feitas alusões ou citações fieis de entrevistados. A mãe de Anny, por exemplo, Katiele Fischer, não era citada pelo sobrenome pelos membros, mas como Katiele. O formato padrão será feito na bibliografia.

• **Beatriz Peres** é jornalista e foi editora de texto da sucursal do *Fantástico*, programa de domingo da Rede Globo, em São Paulo. Beatriz fez a primeira reportagem na TV sobre a luta da família Fischer para a importação do canabidiol.

• **Cidinha Carvalho** é ativista e mãe de Clarian, portadora da Síndrome de Dravet. Ela utiliza o óleo artesanal, fabricado pela Rede, coletivo que cultiva cannabis, extrai e doa canabidiol clandestinamente.

• **Emmanuel Fortes** é vice-presidente do Conselho Federal de Medicina. Em 2014, durante a regulamentação e reclassificação do canabidiol, passou a coordenar a Câmara Técnica de Segurança do Paciente da entidade.

• **Emílio Figueiredo** é consultor jurídico, coordenador do site *Growroom* e advogado de cultivadores e usuários. Durante o processo de reclassificação do CBD, Figueiredo conversava com jornalistas e apresentou Tarso Araújo à rede de mães que utilizavam o canabidiol.

• **Felipe Igreja** é repórter da rádio CBN (Central Brasileira de Notícias), pertencente ao Sistema Globo de Rádio. O jornalista produziu reportagens sobre a reclassificação do canabidiol, conversou com famílias, cientistas e instituições.

• **Fernando Silva** é advogado de cultivadores, ativista, e um dos organizadores da Marcha da Maconha. Ele também é o "profeta verde", personagem que criou em 2011 para diminuir estigma e o preconceito sobre a erva.

• **Jaime Oliveira** é advogado com mestrado na área de bioética e saúde pública. Atuou na Anvisa de 2011 a março de 2015, onde foi responsável pela Diretoria de Coordenação e Articulação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, e pela Diretoria de Monitoramento e Controle. Em maio de

2014, ele assumiu a diretoria geral da Anvisa como interino e acompanhou o processo de reclassificação do canabidiol desde o início das negociações.

• **Jarbas Barbosa** é diretor-presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e médico sanitarista. Assumiu o cargo em julho de 2015. Antes, ocupava o cargo de secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Quando diretor da Anvisa, recebeu famílias e montou um painel de especialistas para analisar a importação do canabidiol.

• **José Alexandre Crippa** é professor associado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e. Também é coordenador do serviço de Interconsulta em Saúde Mental do HC da FMRP-USP. Crippa estudou os efeitos do canabidiol na USP-RP e no Instituto de Psiquiatria da London University, Kings Colllege. Ele foi autor de laudo anexo à ação judicial que permitiu a importação do canabidiol por Anny Fischer, minha fonte durante a cobertura da reclassificação do CBD na *Folha de S.Paulo* e especialista consultado pela Anvisa e Conselho Federal de Medicina.

• ***José Martins*** **(pseudônimo)** [5] é ativista da cannabis, engenheiro, cultivador e um dos fundadores da rede, coletivo de cultivadores que distribui óleo de cannabis rico em canabidiol gratuitamente para pacientes.

• **Katiele Bortoli Fischer** é mãe de Anny Fischer, portadora da síndrome CDKL5, e primeira brasileira a conseguir utilizar maconha medicinal de forma legal no Brasil. Ela foi protagonista e interlocutora da luta pela importação.

• **Leandro Ramires** é oncologista do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Ele receita canabidiol para seus pacientes e é pai de Benício, portador da Síndrome de Dravet. Ramires também teve

[5] O nome foi trocado a pedido do entrevistado. Aqui e no restante do texto, os pseudônimos estão grafados em itálico para diferenciá-los de nomes verdadeiros.

contato com jornalistas e apresentou estudos e informações na Anvisa, no Senad e em audiências públicas. Ramires também está à frente da Ama+me (Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal) em Belo Horizonte (MG).

- **Margarete Brito** é ativista e mãe de Sofia, portadora da síndrome CDKL5. Foi Margarete quem contou do canabidiol a Katiele Fischer, mãe de Anny. Ela também ativou uma rede de ativistas associados à legalização da cannabis sativa. Foi ela também quem indicou Katiele para Tarso Araújo, jornalista que primeiramente divulgou a história. Margarete esteve à frente da fundação da APEPI (Apoio à Pesquisa e Pacientes de Cannabis Medicinal) e da Ama+me (Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal).

- ***Mariana Coimbra*** **(pseudônimo)** [6] é repórter especializada em saúde da *Folha de S.Paulo* e acompanhou o processo de regulamentação e reclassificação do canabidiol. Ela também conversou com famílias e especialistas.

- **Mauro Aranha** é psiquiatra, filósofo e presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo até 2017. Aranha regulamentou o uso e prescrição do canabidiol por médicos em São Paulo antes do Conselho Federal de Medicina. Conversou com famílias, especialistas e organizou eventos sobre o CBD.

- **Norberto Fischer** é pai de Anny Fischer, portadora da síndrome CDKL5 e primeira brasileira a conseguir utilizar maconha medicinal legalmente no País. Norberto conseguiu fazer articulações com instituições e até hoje é consultado para informações e chamado para representar pacientes em reuniões.

[6] O nome foi trocado a pedido da entrevistada.

• **Penny Howard** é mãe de Harper, portadora da síndrome CDKL5. Penny mora em Dallas, no Texas, e começou a tratar sua filha com canabidiol em 2014. Ela publicou os resultados num grupo de Facebook para pacientes portadores da doença. Foi nesse grupo que mães brasileiras souberam dos efeitos do CBD e a família Howard virou referência para o uso e dosagens.

• **Raphael Mechoulam** é químico e professor da Universidade de Hebraica de Jerusalém, em Israel. Ele foi o primeiro a isolar o THC e o CBD da cannabis sativa. Ele também identificou a anandamida. Publicou trabalhos com a USP de Ribeirão Preto e a Unifesp.

• **Ricardo Nemer** é advogado e consultor jurídico da ABRACannabis (Associação Brasileira para a Cannabis). Ele defende usuários e cultivadores, e, por meio da associação, ajuda pacientes a conseguir a importação do canabidiol ou a se defenderem, no caso de prisão por autocultivo medicinal.

• **Roberta Machado** é jornalista e foi repórter do Correio Braziliense. Ela cobriu muitas etapas e fatos sobre a luta das famílias, desde os bastidores da reclassificação, até problemas com impostos durante a importação. A jornalista foi citada pela família Fischer como uma das que acompanhou o caso de perto.

• **Tarso Araújo** é jornalista, escritor e documentarista. É autor do livro *Almanaque das Drogas* e dirigiu o documentário *Ilegal*, que conta a história de Anny Fischer. Araújo articulou boa parte da rede descrita neste trabalho, encontrou advogado para a família Fischer conseguiu que tivessem acesso à USP e contatou boa parte da imprensa que cobriu o caso.

• **Vitore Maximiano** é defensor público e foi secretário Nacional de Política Sobre Drogas de abril de 2013 a outubro de 2015. Ele serviu como um articulador entre a demanda das famílias e as instituições. Conversou com

o Ministério da Saúde e conseguiu reuniões na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O secretário também ajudou a organizar audiências públicas e eventos.

DOCUMENTOS

No decorrer do texto, serão feitas referências a leis, resoluções, recomendações, decisões, medidas provisórias, com suas devidas notações e referências. Também pedi, via Lei de Acesso à Informação,[7] o processo de reclassificação do canabidiol na Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). O processo é o de número 25351.736195/2013-55, e é composto de oito volumes, dentre os quais cinco citavam o processo de reclassificação do canabidiol. Os volumes possuem 1543 páginas. Desse total, não tive acesso às páginas 696 a 817, 820 a 826, 997 a 998, 1199 a 1200 e 2238 a 2239. Fui informada que elas estão indisponíveis por tratarem de informações pessoais relativas à intimidade, vida privada, honra e imagem, resguardadas pelo art. 31, parágrafo 1° da Lei n° 12.527/11.

Estão no processo ensaios clínicos variados, documentações, leis federais sobre a proibição e política de drogas, cartas públicas de instituições como a USP de Ribeirão Preto, despachos de diretores, abaixo-assinado da sociedade civil pedindo a reclassificação. Também constam relatórios de outras diretorias da Anvisa, como a de produtos controlados e de a toxicidade. Serão feitas menções a esses textos no decorrer do trabalho.

[7] Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011. Ela regulamenta acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5o, no inciso II do § 3o do art. 37 e no § 2o do art. 216 da Constituição Federal.

ANÁLISE DOS DADOS

Para conseguir cruzar a grande quantidade de informações colhida, desenvolvi um método para a análise do dados. Primeiramente, transcrevi todas as entrevistas gravadas em áudio. Depois, dividi um caderno com base nas categorias que foram movimentadas nas entrevistas. Por exemplo, dediquei algumas páginas para "medicina", "Anvisa", "famílias", "leigos". Ao ler as entrevistas, separei os trechos em que essas categorias ou instituições eram movimentadas ou citadas. No caderno, fazia uma menção ao trecho citado na seção correspondente à categoria.

Ao perceber, na leitura, que alguma categoria havia sido movimentada ou citada livremente (ou seja, mesmo que não houvesse sido aludida em perguntas ou não estava prevista nas seções do caderno), eu abria um novo capítulo ou seção. Os capítulos "Prazer é proibido" e "Justiça e o indivíduo", por exemplo, nasceram dessas percepções.

Com esse caderno em mãos, eu busquei identificar uma narrativa com os trechos selecionados, por meio da associação das percepções distintas de membros da rede que as falas apontavam. A análise desses dados foi feita com o cruzamento dessas visões. Por exemplo, dentro da categoria "canabidiol", ZUARDI (2016) diz que gostaria que o canabidiol fosse encontrado puro nas farmácias, enquanto FIGUEIREDO (2016) afirma que o canabidiol é uma farsa e que todos os componentes da maconha devem estar presentes para que se tenha o efeito terapêutico. O método utilizado permitiu identificar e analisar essas micro controvérsias, para além da controvérsia mais panorâmica, preconizada na Teoria Ator-Rede. Em alguns casos, esse cruzamento já estava explícito em uma única entrevista, mas com frequência ele só foi evidenciado graças à maneira como os trechos de entrevistas e os relatos foram organizados.

Há momentos também em que a narrativa foi disposta de maneira a ressaltar similaridades, semelhanças de discurso, o que aqui eu decidi chamar de "pontos de diálogo". Esses pontos são especialmente importante para perceber o porquê desses atores estarem dentro dessa rede. Afinal, se só houvesse divergências, por que eles estão conectados? De onde vem essa rede? E aí está um ponto chave análise: os

atores estão em rede porque há pontos de diálogo, seja por discursos similares, seja porque movimentam as mesmas categorias e instituições. Mas essa rede só se movimenta e esses humanos e não-humanos são atores porque há controvérsias. Por meio dessa rede de diálogos e divergências é que essa movimentação ocorreu. Um fato notório, por exemplo, é que todos concordavam que a maconha deve ser melhor compreendida e estudada. Em um dos trechos, por exemplo, no capítulo 4 (pp. 189), leio para ZUARDI (2016) panfletos que encontrei na Marcha da Maconha, em São Paulo, que tentavam explicar por quais vias a maconha poderia ser terapêutica. Zuardi fez ponderações, como o fato de um cartaz alegar que o CBD cura o câncer. Os estudos até existem e há potencial terapêutico, segundo ele, mas as evidências ainda são preliminares. Ele também afirmou, entretanto, que muitas dessas informações correspondiam à realidade. Um panfleto dizia que o CBD atuava como um antagonista do THC, minimizando os seus efeitos. Esse aspecto foi verificado em pesquisas, disse Zuardi, e inclusive, fez parte de sua pesquisa de doutorado.

Em muitos momentos do trabalho, houve também necessidade de deixar essas movimentações surgirem na voz dos atores. Trechos de citações foram reproduzidos, muitas vezes na íntegra e com edições apenas pontuais. Há, entretanto, como citado acima, uma lógica por trás da seleção e da disposição desses trechos orientada pela análise dos dados e orientada a ressaltar micro controvérsias ou pontos de diálogo.

PESQUISADORA E MEMBRO DA REDE. PODE ISSO?

No processo de escrita desse trabalho — incluindo a ocasião em que apresentei uma fase preliminar dessa pesquisa no GEICT (Grupo de Estudos Interdisciplinares em Ciência e Tecnologia) do Instituto de Geociências na Unicamp — surgiram questionamentos a questão sobre a minha participação no caso antes da pesquisa. Segundo alguns, eu deveria deixar claro quando o meu relato é o da "jornalista participante" e quando estou assumindo a postura de "pesquisadora" — algo como, adicionar a expressão "como repórter" ou "como pesquisadora" antes de qualquer consideração. Questionei-me, também, sobre as consequências para o trabalho de uma análise que tem como pesquisadora uma pessoa diretamente envolvida no caso.

A via encontrada para começar a tocar essa questão metodológica foram as discussões acerca da reflexividade. O termo dialoga com certa revanche da "pecha" de construção social que a sociologia aplicou à ciência que a precedeu (as ciências naturais, especificamente). Assim, se grande parte do projeto sociológico construtivista foi atestar que natureza e ciência são construções sociais, também o projeto "sociológico" precisa ser relativizado nos termos dessa mesma reconstrução, considerando seriamente a questão da reflexividade. Para ser válida enquanto projeto, a sociologia precisa pensar sobre a sua própria construção social e não apenas ficar de um ponto de vista em que a construção só é válida para outros campos do conhecimento (WOOLGAR, 1992).

Na sociologia, enquanto para alguns a questão da reflexividade foi tratada como um problema menor, para outros, que a consideraram mais relevante, a solução encontrada foi a de constantemente colocar os limites da metodologia e questioná-la de forma integrada à análise (WOOLGAR, 1992).

Neste trabalho, além da questão mais geral da reflexividade da análise sociológica, enfrento ainda questões sobre como resolver as implicações da minha participação na rede, tanto previamente à pesquisa, como no decorrer dela. Comecei a pensar sobre tudo isso. Primeiro, sobre a ideia de alternar as perspectivas (falar ora como jornalista, ora como pesquisadora). Penso que isso me jogaria no relativismo — postura que definitivamente não estou buscando aqui. O relativismo, nos estudos so-

ciais da ciência, tem sido uma perspectiva adotada a partir de meados dos anos 1970, e vem de um olhar particular sobre a ideia de verdade: a pesquisa social se voltava para as ciências naturais e sustentava que o que elas afirmavam ser verdade era, no fim, uma conclusão social. Dessa perspectiva, a verdade da pesquisa científica seria uma conclusão organizada a partir de múltiplos campos como o linguístico, o conceitual, o empírico (COLLINS; YEARLEY, 1992).

Permaneciam, no entanto, as questões trazidas pela reflexividade. Não seria o próprio trabalho sociológico o resultado de uma "conclusão organizada socialmente"? Sendo assim, como ele próprio poderia ser válido?

A partir dessas indagações, a análise do discurso buscou mostrar que a ciência social estava permeada por construções. Só que, a partir dessa postura, a própria análise do discurso criou um problema para si mesma: mostrou que a pesquisa social estava vulnerável a ser ela mesma uma construção social, enquanto a análise do discurso não estava aberta à mesma crítica.

Os trabalhos que tentaram incluir essa questão caminharam, segundo Collins e Yearley, para a autodestruição. Evitaram a voz de autoridade, incluíram a polifonia, ou a ideia de apagar um único autor, dando voz a todos os demais. Com isso, novamente, não conseguiam deixar o discurso menos autoritário ou reflexivo, embora dessem a impressão da inexistência de um único olhar, ou de que entendiam a autocrítica. A escolha, na verdade, não passava de um artifício para estar em consonância com os debates atuais.

O que fazer, então, com a crítica da reflexividade? Para Collins e Yearley, uma maneira de sair do que eles acreditam ser uma crítica pretensiosa, é simplesmente considerar que a sociologia não se situa em um "altar", um nível "superior" — nem quando tenta desconstruir outra área de conhecimento, nem quando tenta desconstruir a si própria.

> Para inverter a escala vertical da metáfora, enquanto os Estudos Sociais da Ciência demonstraram que a ciência não ocupa o terreno elevado da cultura, os desenvolvimentos mais recentes devem ser tomados como demonstrações não do seu fracasso,

> mas de que simplesmente não há nenhum terreno elevado. (COLLINS; YEARLEY, 1992, p. 308)[8]

Então, para mim, assumir que ora estou falando como jornalista dentro da rede, ora como pesquisadora, é, de alguma maneira, assumir que há uma hierarquia entre essas posições. Seria como dizer: "Senhores, agora vou mostrar, dizendo isso, que eu era jornalista e não sabia o que estava fazendo, era um ator em meio a ações, um mero instrumento de uma rede autônoma. Mas, agora, vejam só, estou na Unicamp sendo orientada e tenho uma outra visão sobre esse fenômeno. Tenho agora a capacidade de ver o que aconteceu."

Obviamente que, dentro do projeto reflexivo, eu não iria deixar isso tão claro. Iria tentar, ao gosto do relativismo, mostrar que toda perspectiva tem a sua validade — embora, implicitamente, dando a entender que uma teria "mais validade" sobre a outra. Por fim, tive que tomar uma decisão acerca desse problema, do meu objetivo neste trabalho. Tive que me perguntar o que eu busco mostrar aqui, qual seria a minha contribuição, e a minha epistemologia seria consequência do que seria necessário para alcançar esses objetivos.

> Na ausência de argumentos epistemológicos decisivos, como escolher a nossa postura epistemológica? A resposta é não perguntar sobre o significado, mas sobre a utilidade. Cientistas das ciências naturais, trabalhando no laboratório, podem até ser realistas ingênuos —que vão fazer com que o trabalho seja feito (COLLINS; YEARLEY, 1992, p. 308)[9]

Assim, a minha pergunta de pesquisa, no sentido estrito, é: como um derivado da maconha foi legalizado no Brasil para uso medicinal sem passar antes pela própria legalização da maconha?

---

[8] "To reverse the vertical scale of the metaphor, while SSK [sociology of scientific knowledge] showed that science did not occupy the high ground of culture, the newer developments must be taken to demonstrate not the failure of SSK, but that there is simply no high ground." (Nas citações particularmente importantes, apresenta-se o texto original em notas — como aqui; e no miolo da página, a tradução livre feita pela própria pesquisadora.)

[9] "In the absence of decisive epistemological arguments, how do we choose our epistemological stance? The answer is to ask not for the meaning but for the use. Natural scientists, working at the bench, should be naive realists-that is what will get the work done."

Mas, para definir minha metodologia, identifiquei a necessidade de saber qual seria minha contribuição. Acredito que a principal contribuição da pesquisa é mostrar que diferentes realidades de um mesmo objeto podem ser acessíveis, mesmo quando uma delas foi historicamente ou institucionalmente privilegiada.

Importante ressaltar que essas ontologias não são aquelas postas pelo relativismo que, de certa forma, concebe-as como separadas. Algo como "veja bem, o que é canabidiol para mim, pode não ser canabidiol para você". Na construção desse objeto, segundo a Teoria Ator-Rede, não há essa divisão: o canabidiol é tudo isso ao mesmo tempo. Todas essas várias realidades estão todas acessíveis e o integram. A realidade é que é fluida, não o nosso olhar.[10]

Posso dizer que, dentro dos "papeis" que assumo aqui, a jornalista dentro da rede estava permanentemente consciente da coexistência integrada dessas ontologias, e não precisaria de Latour ou da Teoria Ator-Rede para perceber isso. Essa dinâmica estava a olhos vistos e inclusive foi uma das motivações para esse trabalho. Por isso, a separação entre quem fala, ou se a conclusão é da jornalista ou da pesquisadora, não me parece uma postura metodológica que vai contribuir para que essa fluidez, para que essa multiplicidade de realidades, seja acessível.

> Integrar a ciência com o resto da cultura não deveria nos intimidar, mas tornarmos preparados para apreciar a sua beleza e suas conquistas (COLLINS; YEARLEY, 1992, p. 309).[11]

Isso não significa abandonar o projeto reflexivo, mas cuidar para que ele não implique uma distinção artificial de papéis. Ora, se a minha contribuição é para evidenciar essa multiplicidade de ontologias, como delimitar uma determinada ótica, sendo que ela mesma já é múltipla? É por isso que qualquer metodologia adotada aqui não pode partir de uma visão sobre uma ciência que a conceba como absolutamente distinta de outras práticas culturais ou profissionais.

---

[10] Os debates sobre ontologia serão melhor detalhados conforme o texto avançar na análise de dados. Duas seções são importantes para complementar esse debate: "A quem interessa a realidade?" p. 60 e "Um exercício ontológico" p. 223.

[11] "Making science a continuous part with the rest of our culture should make us less intimidated and more ready to appreciate its beauty and accomplishments."

A metanarrativa foi uma tentativa de, de certa forma, mascarar a autoridade da ciência e ao mesmo tempo mantê-la. E, enquanto o projeto suscitou questionamentos importantes para os estudos sociais da ciência, ele precisa ser reintegrado.

> A ciência é tratada como um objeto lá fora, e presume-se que os Estudos Sociais da Ciência desenrolam-se em um nível diferente (...) o fim da era moderna é marcado pelo colapso da metanarrativa como uma força legitimadora e unificadora (WOOLGAR, 1992, p. 329)[12]

A reintegração do debate sobre a reflexividade deve ser feita como ponto de partida, propõe Woolgar. Seria um caminho para a "sensibilização" das teorias, sem necessariamente cair em amarras de uma ou de outra escola.

O embate entre Collins e Yearley e Woolgar; os primeiros, mais radicais com as soluções dadas pela discussão reflexiva, como a polifonia, e, o segundo, mais contemporizador, sustentando que há uma utilidade na discussão reflexiva, deixa um ponto de tensão que, aqui, tenho pra mim como produtivo. Collins e Yearley evocam uma pragmática: afinal, o que fazer com esse debate todo, na hora de trabalhar, como é que fica? E Woolgar freia esse "impulso", propondo que, da mesma forma que o trabalho precisa ser feito, há de se atentar a um posicionamento pré-estabelecido — seja sobre o debate sobre a reflexividade, seja sobre qualquer outro.

Isso posto, não adotarei a postura metanarrativa neste trabalho, em que ora falarei como jornalista, ora como pesquisadora, ora como ator da rede. Deixarei que os fatos deem conta dessa dinâmica, que as associações deem conta desse movimento; a própria aplicação da Teoria Ator-Rede acaba por resolver essa questão na prática.

---

[12] "Science is treated as an object out there, and SSK practice is presumed to take place on a different level (...) the end of the modern era is marked by the collapse of the metanarrative as a legitimizing or unifying force."

A ESCOLHA DA TEORIA ATOR-REDE (TAR)

Na abertura de *After Method,* John Law coloca uma pergunta que considero pertinente para começar a justificar minha opção pela Teoria Ator-Rede. Ele indaga: "How might method deal with mess?" ("Como o método pode lidar com a bagunça?"), e, depois de muitas considerações, dá como resposta a essa pergunta, a TAR. Essa questão é a mesma que me faço toda vez que tenho que pensar sobre esse trabalho e posso dizer que a TAR me ajuda a sair da bagunça. Ela é a resposta metodológica para o que não vai dar para simplificar, para aquilo que é complexo demais para uma única resposta, ou para aquilo que não é nem uma resposta, mas que indica um movimento para e uma transformação (exatamente como considero esse trabalho). Quando tenho que responder aos outros sobre o que estive pesquisando, é como se eu tivesse que retomar e descrever todo esse texto para poder responder. Ou dá vontade de retomar Alberto Caeiro, o heterônimo de Fernando Pessoa, e dizer: "na definição do canabidiol, são as definições que o definem".[13]

Considerando que esse trabalho descreve um movimento, então, talvez tenha sido acertada a escolha da Teoria Ator-Rede. Ela é a minha resposta metodológica para a magnitude do meu problema, para o tamanho da minha pergunta de pesquisa. Não é a resposta. Mas é uma maneira de começar a tatear alguns encaminhamentos. Isso porque o canabidiol e as instituições que, de certa forma, colaboram para compor a sua realidade, são transitórias, movediças. Como aplicar um método aqui que daria conta disso?

A Teoria Ator-Rede, como esmiucei anteriormente, propõe que sejam analisadas as associações entre elementos humanos e não-humanos que se encontram dentro de uma controvérsia. Não há definições prévias ou papeis para nenhum deles, indivíduos, instituições, canabidiol. O objetivo é olhar para o que é transitório, para os movimentos e para como essas múltiplas realidades se associam (LATOUR, 2005).

---

[13] Paráfrase do poema "Passa uma Borboleta", especificamente do trecho "no movimento da borboleta, o movimento que se move." Alberto Caeiro PESSOA, F. O Guardador de Rebanhos, In Poemas de Alberto Caeiro. Lisboa: Ática. 1946 (10ª ed. 1993). p. 64.

A TAR dá conta de me ajudar a seguir esse olhar. Podemos, para exemplificar, ver como seria esse trabalho a partir de uma outra metodologia, como a proposta pela sociologia clássica, por exemplo. Se tentássemos explicar como o canabidiol, de proibido, passou a ser tolerado, uma maneira seria buscar uma causa, um fenômeno antecedente, um fato social anterior — como propôs Durkheim.

> O fato social é toda maneira de fazer, fixa ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior, ou então, que é geral em toda a extensão de uma dada sociedade, embora tenha existência própria, independente das suas manifestações individuais (DURKHEIM, 2007).

Os fatos sociais precisam ser tratados como coisas porque é preciso afastar-se de pré noções; e ele é coercitivo, porque a maior parte dos fenômenos sociais têm a coerção como característica. A coerção ocorre, por exemplo, quando um valor coletivo se impõe sobre a existência individual: por exemplo, os familiares. O fato social, no entanto, não dá conta do transitório. E, embora seja possível encontrar regularidades presentes em toda a sociedade e o fato social possa ser visto em sua complexidade, e as instituições como uma rede de fatos antecedentes, a busca pela regularidade não dá conta das diferenças e das sutilezas.

O que seria uma leitura do canabidiol do ponto de vista Durkheimiano? Seria preciso mobilizar esses fatos sociais antecedentes e, de forma mais ou menos linear, explicar como eles contribuíram para sua aprovação. Ou poderíamos buscar uma causa — para o caso da Anny Fischer, por exemplo. Perderíamos, talvez, nesse processo, todas as impermanências, sutilezas, mobilizações e dinâmicas sobre o canabidiol, que continuam a orbitar o composto mesmo depois de alguma decisão sobre ele ter sido fechada após sua regulamentação no País. Mas nesta pesquisa, eu não quero apenas identificar o porquê do canabidiol ter sido regulamentado. Eu quero observar mais atentamente os movimentos que levaram a isso.

Então, de volta a John Law, a sociologia clássica não daria conta dessa bagunça, talvez porque minha preocupação hoje seja outra. Será preciso abrir outra porta que dê conta dessa complexidade. E, para isso, será preciso começar a ver de outra maneira — e não só com o que propõe a Teoria Ator-Rede, mas com os recur-

sos disponíveis. Um caminho, como coloca Law, poderia ser (por que não?) pela dor, pela fome, pelo desconforto dos nossos corpos. Ou pelas nossas intuições e medos. Ou, uma maneira de conhecer, é pela jornalista que também foi atora da rede. Pela forma como ela vai dialogar profundamente com aquilo que acha que conhecia (LAW, 2004).

A Teoria Ator-Rede, assim, abre as fronteiras do método. A primeira pergunta que caberia agora é quais objetivos a teoria pretende alcançar com isso. O primeiro deles, como mencionamos, é lidar com a impermanência, com a bagunça, com o que é fluido. O segundo é questionar o próprio método e, com isso, todos os métodos e instituições.

Uma outra questão que cabe aqui é como seria fazer uma pesquisa relevante tendo a TAR como base. Latour e Law deram algumas indicações. Uma delas é que a teoria propõe a sociologia das associações e a dissolução de qualquer perspectiva hierárquica. Nesse achatamento do social, todos os atores envolvidos em um determinado fato devem ser levados em consideração (sejam eles humanos ou não-humanos). O pesquisador deve seguir suas ações. Eles teriam o mesmo peso *a priori* e sua posição na rede só pode ser avaliada a partir dos fatos e da ação que exercem nela. O social, como incita a Teoria Ator-Rede, é a cola entre atores, redes, canabinoides e não-canabinoides e, no limite, o reconhecimento de que tudo está em constante mutação e redefinição.

Falta ainda um aspecto importante. Para sociólogos, não naturalizar a natureza é, como apontou Callon, uma tarefa fácil; mas e a sociedade? "Para eles [sociólogos] a Natureza é incerta, mas a Sociedade não (...). Quando a sociedade descrita por sociólogos encontra a natureza, a sociedade sempre tem a última palavra" (CALLON, 1986).

Quando consideramos que tudo é socialmente construído, inclusive a natureza, o que dizer sobre a construção do conceito de social, de político, e de disputas? Tendo chegado a uma construção definida, deveremos nos limitar a ela? Eu saio disso fugindo do conceito de construção para a ideia de ontologia, que me permite abarcar o aspecto transitório e fluido dos conceitos. Com isso, não preciso fazer um esforço descomunal para desconstruir tudo — a natureza, a sociedade — e chegar a uma partícula única, definidora, o átomo.

Assim, ao invés de partir de qualquer premissa de poder institucional, percebi que o mais interessante seria a abordagem de abrir contínuas redes quando, na pesquisa, elementos que poderiam ser naturalizados como representativos de "poder" ou resultados de disputa de campo fossem confrontados.

Para mim, antes do contato com a controvérsia do canabidiol, era dado por natural que alguns atores como Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e CFM (Conselho Federal de Medicina) tinham papéis e lugares de fala diferentes do leigo; afinal, são tidos como propagadores da "verdade", da ciência e da técnica. E o leigo, bem, era o leigo.

Se eu estendesse esse entendimento para a análise sociológica, eu perderia o poder mobilizador do canabidiol. A escolha de não naturalizar o discurso construído a partir de um ponto de vista "institucional", mas, como propõe a Teoria Ator-Rede, por meio de suas associações, me permite explorar esse poder em minha análise.

Isso não significa, no entanto, que todos os atores possuam o mesmo peso ou que sejam iguais. Mas é a maneira de olhar para eles que não tem um peso. Ora, leiga ou não, conhecedora ou não, a mãe de Anny teve que acatar a decisão da Anvisa de não permitir a importação do composto. Agora, olhar o papel da Anvisa como transitório nos abre a possibilidade de entender que essa decisão não precisa ser encarada como um ultimato. Do mesmo modo que é possível começar a entender o que confere legitimidade à Anvisa, independente do poder que possa ter.

Um segundo passo é limitar quais ações dos atores seguir, uma vez que esse conjunto de ações, como vimos, é infinito. E uma maneira interessante de fazer isso é olhar as ações que geram controvérsias (LATOUR, 2005). Vale aqui refletir brevemente sobre o que é uma controvérsia e o que segui-la implica. Algumas indicações disso vou retirar dos artigos de Tommaso Venturini, que destrincha um aspecto da Teoria Ator-Rede que ficou conhecida como a cartografia das controvérsias. Seria uma versão didática, porém não simplificada, da Teoria Ator-Rede para treinar o olhar do pesquisador para esse aspecto específico da rede (VENTURINI, 2010).

Venturini define controvérsia como uma situação em que atores divergem. No sentido mais amplo, as controvérsias acontecem quando atores descobrem que, mesmo na divergência, não vão poder ignorar uns aos outros. Então, eles entram em

um período de debate; e a controvérsia acaba quando esses actantes encontram uma maneira sólida de conviver. Algo entre esses dois extremos pode ser considerado uma controvérsia. Uma das implicações da escolha de mapear uma controvérsia é que ela é uma das maneiras de expor a dinâmica social: o que parecia estar sólido emerge em várias entidades e pedaços (VENTURINI, 2010).

A teoria abarca bem o caso de Anny: os atores discordavam entre si e, em determinado momento, não podiam mais ignorar a presença um do outro. Isso será destrinchado e explicado no decorrer desse trabalho. O mapeamento das controvérsias, no entanto, não é uma tarefa fácil. A escolha dessa metodologia aqui não se justifica apenas pelo fato de o caso se encaixar como uma controvérsia, ou pela capacidade da Teoria Ator-Rede dar conta da mobilidade. Poderia ter encontrado uma maneira mais simples de fazer esses "encaixes".

A escolha pela Teoria Ator-Rede foi feita, sobretudo, porque ela me pareceu a melhor maneira de mostrar que algumas controvérsias podem nunca cessar, e que nenhuma instituição é absolutamente fechada, certa, ou sólida. Também acredito que uma metodologia mais aberta poderá ser de maior serventia para aqueles que, no futuro, precisarem entender o canabidiol quando aparentemente ele estiver "definido".

Contudo, vale considerar quais críticas incidem sobre a TAR para situar esse trabalho. Uma objeção está, por exemplo, num dos motores do seu projeto: o de olhar igualmente, sem distinção metodológica, atores humanos e não-humanos. Como na ideia de simetria, proposta por Callon.

> A partir do momento que se considera que natureza e sociedade são igualmente incertas e ambíguas, não é mais possível considerar que tenham papeis diferentes na análise (CALLON, 1986).

A crítica a essa postura é que, ao adotá-la, pode ser que o pesquisador não preste atenção a fatores subjetivos e culturais inerentes ao elemento humano, como o fato de sermos dotados de uma intencionalidade. Também já foi dito que, ao se considerar tudo em associação, a teoria poderia deixar de lado características do não-

humano, que teriam sim uma realidade intrínseca, independente da rede que ocupam (SISMONDO, 2010).

Um outro problema atribuído à TAR é que, quando a teoria propõe que devemos seguir o ator, que é aquilo que age, o foco está na ação; e ao focar na ação, a teoria mobiliza e facilita a construção de heróis, e deixa de lado outras estruturas que estão fora da ação. Assim, o que dizer daqueles que estão em uma posição em que não é possível agir? Seriam eles não capazes? Seriam aqueles que agem seres distintos, heróis? A teoria não consegue responder a essa questão porque uma estrutura fica de fora a partir do que ela propõe: aquela que impede a ação (SISMONDO, 2010).

Considerei essas questões antes de escolher a Teoria Ator-Rede. Acredito que, para o estudo em questão, a postura de não fazer nenhuma presunção sobre intencionalidade ou cultura é mais adequada, por conta da dissolução dessas intencionalidades no momento da controvérsia. Além disso, para o meu objetivo, a associação interessa mais que a intenção pessoal. O que faz mais sentido para a minha pergunta de pesquisa, acredito, é olhar o que essa intencionalidade produz em associação com outros atores na rede, do que propriamente entender ou definir o que ela é.

Sobre a crítica a uma "realidade intrínseca" do objeto, eu não vejo problemas em considerar a composição química do canabidiol como um dado relevante para a pesquisa, se for o caso. Vou pedir essa licença para a teoria. Uma constante que percebo em todas as associações, por exemplo, é a de que o canabidiol "não possui efeito psicotrópico", o que alude a uma realidade intrínseca — mesmo que, no limite, pudéssemos até questioná-la. Essa informação é muito importante para o modo como os atores atuam.

Quando ponderei a última das críticas à teoria mencionadas aqui (de que ela deixaria de fora pessoas alheias a ação), tomei para mim o desafio de tentar encontrar indivíduos que estariam "fora da ação" para instituições ou para a mídia, mas que nem por isso, deixam de ser actantes. Eu havia apresentado durante a minha qualificação que talvez esse seria um problema que eu encontraria. Que eu não conseguiria chegar na "rede invisível" ou "oculta". Acredito que, agora, nesse final, eu cheguei. E o caminho traçado para isso foi estender ao máximo o mapeamento, perguntando sobre outros atores, buscando informações. Afinal, não haviam críticas à atuação da família, ou da Anvisa ou da USP? Eu tinha me colocado como desafio o

cuidado de não partir do pressuposto da construção de um herói, como em parte fiz como jornalista, ao contar sobre a luta de uma mãe injustiçada pelas instituições porque não poderia fornecer o canabidiol para a filha. Era preciso que a rede me falasse sobre o papel do ator e, ao estender o mapeamento, consegui chegar às sutilezas, às controvérsias e às diferentes ontologias desse processo. Uma pena que eu tive que parar.

Em alguns momentos, pode ser que eu extrapole a TAR. A teoria é utilizada para encontrar associações e entender de que modo a rede é formada. Vou descrever, grosso modo, como se daria esse processo: falo, por exemplo, com um ativista e com um diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Faço, em entrevista, uma pergunta geral sobre o papel da agência. Suponhamos que o ativista me responda: "acredito que a Anvisa tem um papel importante de regular os medicamentos no Brasil, mas, quando ela proíbe que se faça o uso de uma planta milenar, ela acaba por cercear a minha autonomia de lutar pela minha saúde". Na outra ponta, suponhamos também uma resposta genérica de um dos diretores da Anvisa: "entendo que as famílias tenham a sua dor e queiram lutar pela vida de seus filhos, mas como instituição, a Anvisa tem que zelar pela segurança dos medicamentos no País". A TAR me ajuda a visualizar essa tensão, mas permito-me extrapolar a teoria quando problematizo tal tensão. Quando, por exemplo, faço a relação entre uma demanda por autonomia dos indivíduos e uma necessidade da Anvisa de regulamentar medicamentos e, portanto, cercear a liberdade individual, não dialogo com Latour: ele nem mesmo usaria as categorias de indivíduo e autonomia. Essa tensão, no entanto, está presente na fala dos atores, e é formulada por eles com mais afinidade a essas categorias do que ao pensamento de Latour. Quando aponto essa questão, não se trata de uma assertiva universal: "existe um problema de autonomia nas instituições", mas do reconhecimento de que os atores enxergam essas categorias naquela situação específica. É essa tensão, a apontada pela rede, que me interessa. Não estou interessada em um problema sobre se a autonomia é possível na sociedade moderna ou sobre se há de fato uma noção de indivíduo.

Mais do que isso, não estou interessada em descrever uma realidade absoluta, mas olho para as realidades movimentadas na rede. Nesse aspecto, estou particularmente próxima à perspectiva da Teoria Ator-Rede, no sentido de que essas rea-

lidades são os produtos dessas associações, independente de movimentarem categorias que possam vir a aludir a outros debates vigentes na sociologia. Com isso, o convite é para um olhar fluido e aberto em que essa preocupação é deixada de lado. O que me interessa primordialmente é ter um olhar atento para as associações e, a partir dele, conseguir encontrar os pontos de diálogo em que essas associações são formadas. Em um segundo momento, encontro quais categorias são movimentadas nesses diálogos e quais são seus dissensos. Utilizo, então, essas tensões para formular algumas questões. Começo essa jornada contando como nasceu essa controvérsia, a partir do caso de Anny especificamente, mas isso é meramente um recurso narrativo. Histórias e relatos começam de algum lugar e que esse trabalho sirva para que alguém também consiga começar — e recomeçar.

Capítulo 1 — A rede começa

A espinha dorsal desse trabalho está nesse capítulo. Serão descritos importantes fatos para a contextualização de muitas das problematizações que serão feitas. Pode ficar aquela sensação de uma narrativa inacabada, mas muitos desses aspectos serão retomados. O texto apresenta alguns dos principais atores da rede e mostra fatos da história que justificam chamá-la de controversa: Anny Fischer possui uma doença refratária, utilizou um produto ilegal a base de maconha e comunicou tudo isso ao mundo.

NASCE A CONTROVÉRSIA

Em 2008, nasce em Brasília a brasileira Anny Bortoli Fischer. Portadora da Síndrome CDKL5, um tipo grave e raro de epilepsia causada por mutação de gene que lhe confere o nome, Anny teve todo o seu desenvolvimento comprometido. Não parava em pé, não falava. "Parecia uma boneca", diz a mãe, Katiele Fischer (2016). A Síndrome CDKL5 é uma doença refratária que foi descrita primeiramente em 2014. Sabe-se que a mutação está associada ao cromossomo X e que ela afeta especialmente garotas, como Anny, embora haja registros de meninos com a doença. Não há cura ou medicamentos específicos para seu tratamento. Um conjunto de terapias paliativas são utilizadas: medicações antiepilépticas, dieta cetogênica (rica em gordura, proteína e pobre em carboidratos), neurocirurgia e esteroides. Todas com o objetivo de amenizar a ocorrência das convulsões e contribuir para uma melhor qualidade vida.

O caminho para o diagnóstico de Anny foi tortuoso, incluiu especialistas de diversas áreas e tratamentos diversos para amenizar os efeitos das convulsões, como a fisioterapia e a fonoaudiologia (FISCHER, KATIELE BORTOLI, 2016). Toda essa equipe multidisciplinar é necessária porque, na síndrome CDKL5, o paciente tem problemas respiratórios e há dificuldades com a visão, problemas cardíacos, desconfortos gastrointestinais e insônia. A maioria dos portadores também recebe o diagnóstico de autismo (INTERNATIONAL FOUNDATION FOR CDKL5 RESEARCH, [S.d.], p. 5)

No caso de Anny, apesar de inicialmente o diagnóstico não fazer diferença em termos de acesso imediato a terapias (muitos desses tratamentos Anny já fazia), no entanto, ter um nome para a condição colocaria sua família em contato com outras pessoas que procuravam informações sobre o mesmo conjunto de sintomas. Essa associação gerou uma troca intensa de informações e uma rede de contatos. A mãe de Anny, Katiele Fischer, começou a fazer parte de um grupo fechado no Facebook de apoio a familiares de portadores da CDKL5[14]. Em uma das conversas, Katiele ouviu de uma das integrantes do grupo, Margarete Brito, que também possui filha portadora da síndrome, sobre a experiência de um pai americano que estava tendo sucesso

[14] CDKL5 Parents Support Group. Disponível em: https://www.facebook.com/groups/CDKL5/?fref=ts. Acesso em: 25 de janeiro de 2016.

com uma substância para o tratamento da doença. Mais tarde, esse composto teria nome: era o canabidiol. Todos se conheciam apenas pela internet.

Conversei com Penny Howard, mãe de Harper, portadora da síndrome CDKL5, que orientou Katiele e Margarete. Penny mora no Texas, onde a maconha é ilegal. Ela relata ter descoberto o composto por um documentário que viu na CNN, o "Weed". O documentário cita evidências dos efeitos benéficos que o óleo de cannabis sativa teria em epilepsias. O vídeo conta a história de Charlotte Figi, uma garotinha diagnosticada com síndrome de Dravet, também um tipo de epilepsia refratária que divide muitas similaridades com a CDKL5. Charlotte é filha de pais militares e o documentário retrata como a família sempre tentou manter distância da maconha — até que receberam o diagnóstico da filha. Antes do canabidiol, a família havia tentado de tudo. Algumas medicações quase mataram Charlotte (GUPTA, 2013).

Após o vídeo, Penny passou a fazer buscas na internet e encontrou a empresa *Hemp Meds,* que enviou o produto para que pudesse experimentar. Penny cita que a filha logo começou a ficar mais alerta. "Ela inclusive fazia sons, o que era raro". Seis semanas se passaram sem que Harper tivesse qualquer convulsão. Depois, relatam que algumas crises retornaram, mas ainda verificaram uma redução de 60% com o canabidiol. Com tamanhos benefícios, eles divulgaram tudo na internet. A família de Anny passou a copiar o mesmo tratamento oferecido à Harper e, por e-mail, ambas as famílias começaram a trocar experiências.

Apesar das circunstâncias serem similares, Anny, aqui, encontraria um entrave maior que Harper. Nos Estados Unidos, o CBD é vendido como suplemento alimentar e até xampu (THE SAN DIEGO UNION-TRIBUNE, 2014) e não é uma substância proscrita como no Brasil. Embora o composto não seja aprovado para o tratamento de uma enfermidade específica e, tampouco para a síndrome de Dravet, a família de Harper comprou o produto livremente sem prescrição médica. No Brasil, com a substância proibida até 2014, o acesso ao CBD estava dificultado. A família Fischer passou a importar a substância pela internet na expectativa de que não fosse interceptada pela Anvisa ou Katiele e Norberto Fischer pediam para que amigos trouxessem o CBD dos Estados Unidos escondido na bagagem. E foi assim que, no dia 11 de novembro de 2013, Anny recebeu a primeira dose de canabidiol e as con-

vulsões diminuíram de 60 para 19 no final daquele mês. Em fevereiro de 2014, as crises praticamente zeraram (FISCHER, KATIELE BORTOLI, 2016).

Mas, como nem sempre a família encontrava amigos que viajassem, os pedidos eram feitos majoritariamente pela internet até que uma das substâncias foi barrada pela Anvisa. Anny ficou sem o medicamento e, para obtê-lo, seria necessário explicar à agência sobre o que se tratava aquela encomenda. Mas, como, se o produto era derivado da maconha? E foi assim que a luta começou. A família não podia arriscar que Anny ficasse sem o tratamento e decidiu sair da ilegalidade. Era preciso que o episódio não se repetisse e, com isso, a história chega ao mundo.

O CASO DE ANNY TOMA O PAÍS

Depois que a família Fisher não conseguiu mais ter acesso ao canabidiol, eles fizeram um relato da história para o jornalista Tarso Araújo. Araújo, além de jornalista, é autor do *Almanaque das Drogas* e de um blog sobre o tema na *Revista Superinteressante*[15]. Ao conhecer Anny, ainda, o jornalista mais tarde se tornaria documentarista. Em pouco tempo, um curta fruto dessa parceria foi lançado com a história de Anny. Nele, Katiele Fischer conta o drama com a filha e deixa claro que estava disposta a tudo para salvar a vida de Anny:

> O desespero de ver a minha filha convulsionando todos os dias, a todos os momentos era tão grande, que nós decidimos encarar e trazer da forma como fosse necessário, mesmo que fosse traficando. A palavra é essa: é traficar (ARAÚJO; REPENSE, 2014).

O vídeo foca sempre no aspecto medicinal da droga e traz depoimentos do psiquiatra Antônio Siqueira, que também atendeu Anny. "Quem não estuda já é contra. 'De antemão, é derivado da maconha, sou contra'", disse o médico. Também no vídeo, o pai de Anny, Norberto Fischer mostra uma tabela feita pela família para acompanhar as convulsões de Anny. Lá, ele mostra que as convulsões de Anny chegaram a desaparecer por semanas após o uso do canabidiol (ARAÚJO; REPENSE, 2014).

[15] ARAÚJO, Tarso. *Blog Psicoativo*. Revista Superinteressante. Disponível em: http://super.abril.com.br/blogs/psicoativo/. Acesso em 25 de janeiro de 2016.

Figura 1: Norberto Fischer e Katiele Fischer no programa do *Fantástico* (Reprodução — 30/03/2014)

Após publicar o vídeo na internet, o jornalista entrou em contato com a TV Globo e a reportagem foi veiculada no *Fantástico* (FANTÁSTICO/REDE GLOBO, 2014).[16] Depois, Tarso falou com a *Folha de S.Paulo* e eu, como jornalista de saúde do veículo, publiquei a história. Também outros jornais e publicações divulgaram o caso. Com isso, a história de Anny saiu em boa parte da imprensa. Nesse tempo, a família conseguiu um lado médico com José Alexandre Crippa, da USP de Ribeirão Preto, e entrou na Justiça pra conseguir uma liminar para importar o CBD.

Como a história se desenrolava com fatos novos e parecia estar longe de acabar, senti a necessidade de detalhar melhor quais eram os impedimentos burocráticos e legais para a importação do CBD, já que havia o relato de outras famílias em busca da substância. Passei a ligar para várias instituições, entre elas o Conselho Federal de Medicina, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo, a Associação Brasileira de Psiquiatria, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a USP de Ribeirão Preto, que fazia estudos com o canabidiol.

Com essas fontes, pude observar que uma rede em torno da substância, intermediada pela imprensa e pela USP, se pôs em curso. Quando liguei para o CFM,

[16] Mais detalhes sobre esses contatos estarão no capítulo 3, "A rede das redes", p. 143, que detalha a atuação da mídia.

em um primeiro momento, eles não conheciam a substância e tive que explicar sobre o que estava falando, inclusive enviei o *Ilegal,* curta feito por Tarso e a família Fischer, para o conselho. Na Associação Brasileira de Psiquiatria, o canabidiol foi tratado como maconha. Mas, a partir da imprensa, o composto ia se tornando conhecido.

A história foi largamente divulgada na mídia e nas redes sociais. Se pegarmos o período de março de 2014 até janeiro de 2015, que correspondem, respectivamente, à divulgação da história de Anny na imprensa até a reclassificação do canabidiol pela Anvisa, contabilizamos 8.590 resultados no Google para a palavra "canabidiol".[17] Antes disso, no ano de 2013, a rede de buscas registrava 3.250 ocorrências. [18]

Na esteira da divulgação da história, os pais de Anny conseguiram importar o canabidiol por meio de pedido na Justiça e outras famílias passaram a reivindicar o uso do CBD. Isso pressionou as instituições. Anvisa e CFM tiveram que dialogar para ter uma decisão mais coesa sobre a substância e intensos debates se puseram em curso.

O principal ponto era o fato do canabidiol ser um derivado da maconha e, por extensão, uma substância proibida no país, que não poderia ser comercializada. Ao entrar em contato com a Anvisa, fui informada de que há um exceção para importação do canabidiol por motivos médicos ou de pesquisa. Era necessário, no entanto, ter um laudo e um pedido médico para tal. O Conselho Federal de Medicina, órgão responsável por regular o exercício profissional da medicina no país, já me informava, no entanto, que médicos não poderiam fornecer o laudo por se tratar de uma substância proscrita.

O desencontro das informações era evidente. E aí está a delineada o porquê dessa história ser uma controvérsia. Como definiu Venturini (2010), todos os atores estavam discordando; mas, ao mesmo tempo, percebendo que precisavam conviver de alguma forma. Do mesmo modo, percebi que era preciso construir a história sem esperar que esse discurso pronto me fosse dado, que houvesse uma instituição para me dizer o que escrever. Não havia mais a esfera do discurso, nem do poder,

[17] Busca realizada em julho de 2016 para o período de março de 2014 a janeiro de 2015. Disponível em: http://bit.ly/2aankbD

[18] Busca realizada em julho de 2016 para o período de janeiro de 2013 a dezembro de 2013. Disponível em: http://bit.ly/2avJ5jH

nem dos fatos. Tudo estava se desenrolando sem essas fronteiras e era preciso entender as associações que estavam se formando (LATOUR, 2005).

O caminho da apuração jornalística tem uma série de regras técnicas e operacionais por base. Há uma dúvida? Procure uma fonte que possa falar sobre. Tem uma proibição? Procure a instituição que regula e pergunta o que a leva a proibir. Não sabe se uma substância é valida ou não cientificamente? Procure estudos clínicos. No caso do canabidiol, inicialmente, percorrer esse caminho não produzia respostas claras. Cada um definia o composto de uma maneira, se é que tinham uma definição. Os estudos clínicos são poucos. Essas indefinições produziram o caráter mobilizador do CBD e também por elas essa história se torna um objeto interessante para a pesquisa sociológica. O que eu queria dizer às minhas fontes, disse Latour:

> Nós não vamos tentar disciplinar vocês, nem fazê-los entrar dentro das minhas categorias; vou deixar vocês explorarem os seus mundos, e só depois pediremos para explicarem como chegaram até a elas (LATOUR, 2005, p. 23).

Mas não sou Latour, sou jornalista. Não havia tempo e era preciso publicar. Então, obrigatoriamente eu entrei na rede para dizer: "definam aí porque isso não dá para sair dessa forma". Fiz parte da controvérsia. E agora, para ter algum senso de ordem, tentarei "mapear e rastrear as conexões entre as controvérsias" (Latour, 2005, p. 23). Na cobertura para a *Folha de S.Paulo,* algumas definições foram formadas com a pressão de repórteres e das famílias sobre as instituições. Elas foram publicadas, mas foi só com o mapeamento da rede nesse trabalho que percebi o quanto elas continuariam transitórias. A rede era muito maior do que eu iniciamente pensava. Era muito maior do que as fontes que chegaram à *Folha*. Encontrei atores que negaram qualquer definição, que negaram o meu objeto de estudo, que negaram até mesmo a existência do canabidiol.

UMA REDE INFINITA DE CONTROVÉRSIAS

O caso de Anny é controverso porque expõe, não só a rede de associações criadas para desdobrá-lo, mas associações anteriores, que tiveram como resultado essa consolidação provisória de instituições que chamamos de ciência, de universidade, de lei e de jornalismo. Interessante observar que, se seguirmos o actante canabidiol especificamente, percebemos como passaremos de uma rede para um universo. O canabidiol está inserido em uma metacontrovérsia e é composto por várias subcontrovérsias (VENTURINI, 2012). Uma das vantagens de se utilizar a Teoria Ator-Rede e seguir a controvérsia aqui está na possibilidade de mostrar quais outras controvérsias podem ser destrinchadas.

Podemos observar pelo canabidiol que, antes de tudo, ele é um derivado da maconha, e isso o insere num universo de metacontrovérsias e subcontrovérsias. O porte e cultivo de maconha é considerado crime no País, mas, ao mesmo tempo, o uso medicinal da erva já estava sendo discutido no mundo. Também havia uma militância em torno da legalização da erva, um grupo de cultivadores e a Marcha da Maconha. Ainda, havia a percepção na imprensa de que, ao publicar notícias sobre a erva, a audiência ia lá pra cima. "Investe na maconha que é pop", chegou a me dizer um dos editores da *Folha de S. Paulo* na época da cobertura sobre o caso.

Além disso, não são poucos os que consideram o canabidiol uma "invenção" a ponto de que, se eu não inserisse o meu objeto de pesquisa dentro de uma controvérsia, ele poderia até ser negado. E isso vem de um ativismo cannábico que invoca os efeitos medicinais da maconha, compilados há séculos, muito antes do canabidiol ser isolado por Raphael Mechoulam, nos anos 1960. De fato, na primeira farmacopeia que se tem registro, a Pen T'sa Kang Mu, feita durante a dinastia Ming pelo médico Li Shi-Chen (1573-1630), verifica-se a indicação da semente para constipação e problemas menstruais. Também o sistema ayurvédico da medicina hindu e o sistema árabe Unani Tibbi descrevem usos medicinais da erva. A partir do final do século XIX, a cannabis passou a ser usada em medicamentos no ocidente. O digestivo Chlorodyne e Corn Collodium estavam entre eles. A empresa Grimault vendia cigarros de cannabis como tratamento para a asma. Mas com a consolidação da proibição

da cannabis em diversos países, esses medicamentos deixaram de ser produzidos (ROBINSON, 1999).

Então, a chegada do canabidiol também se dá em meio a um ranço de uma erva que teve o seu uso benéfico sufocado pela proibição e, para muitos atores, a discussão sobre o composto significa a perpetuação desse proibicionismo e, portanto, a negação de todo o potencial da planta. Para além disso, ainda, há o fato de não haver canabidiol puro disponível durante a reclassificação o que torna o discurso sobre o canabidiol feito pelas instituições inserido em outra controvérsia.

Todas essas camadas já são controversas em si mesmas e uma vai alimentando a outra numa rede infinita de associações e novas controvérsias. Além disso, todos os discursos estão permeados pelo caráter psicomorfo, como citou Latour, ou seja, participam de uma série de associações prévias que já foram internalizadas (LATOUR, 2005).

O caso da família Fischer, embora esteja em primeiro plano por uma escolha metodológica, é mais um actante numa controvérsia engendrada em infinitas outras. A tentativa aqui é ver os atores e grupos em seu caráter provisório, já que há várias maneiras em que um determinado ator se liga a outro. A mãe de Anny, desconsiderado qualquer título prévio e considerada só a força da associação, pode ser mãe, militante, cientista, relações públicas... a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) como reguladora, agente técnico, leiga. Não dá para se ater a nenhuma desses agrupamentos para defini-los e o objetivo, na medida do possível, será fazer com que suas identidades sejam definidas a partir do curso das suas próprias ações e associações (LATOUR, 2005).

A controvérsia engendrada por Anny também assume um caráter especial porque mobiliza uma fonte de incerteza frequente nos últimos tempos. Ela descortina mais profundamente a dicotomia entre a natureza e o social e expõe o caráter híbrido de não-humanos na rede, que não podem ser colocados de maneira estanque, nem do lado da ciência, nem do lado da natureza.

Se há algum conceito prévio ou título atribuído a algum ator nesse trabalho, a tentativa aqui é de só assim o fizer quando esse conceito nos ajudar a entender a controvérsia instaurada. Porque, ora, embora a dicotomia entre natureza e cultura, entre o que é o canabidiol objeto dos estudos clínicos e o que é o canabidiol usado

pelas famílias não nos seja interessante para o mapeamento do fenômeno, a dicotomia entre natureza e cultura continua a mobilizar e ser a origem de muitas disputas (LATOUR, 2005).

É perceptível, assim, que o caso de Anny não dá fim a controvérsias e o meu objetivo é apenas demonstrar como o caso contribui para que elas fiquem mais evidentes. Se muitas vezes essas instituições mobilizam suas opiniões por visões já consolidadas, seja uma visão de ciência, seja uma visão da própria maconha, importante observar, na dinâmica dessa controvérsia, como essas definições também vão se dissolvendo ou deixam mais evidentes quais são suas origens.

Enquanto nem todas as controvérsias poderão ser acionadas (por limitações desse trabalho), algumas precisam ser mobilizadas para que certos aspectos da rede sejam melhor compreendidos. Tentarei, assim, mobilizar as que surgiram durante os relatos e que identifiquei como produto das associações entre os atores. Uma dessas associações será descrita nas próximas páginas. Foi a primeira rede com que tive contato, ainda como repórter da *Folha de S. Paulo.* Vários de seus atores estavam mais frequentemente presentes na mídia e mais diretamente ligados às definições e às ontologias que seriam privilegiadas pela imprensa e pelas instituições. Por isso, optei chamar essa rede de "visível".

Capítulo 2 — A rede visível

Quais instituições foram acionadas pelas famílias e procuradas pela mídia? Quais foram as circunstâncias imediatas da reclassificação do canabidiol? Aqui, descrevo a rede que optei por chamar de visível e os principais discursos produzidos por ela. Os atores que a compõem tiveram forte presença na mídia e influenciaram as políticas e regulamentações feitas. Essa rede também vai sendo traçada a partir do olhar de quem ficou de fora dela e é a partir dessas contradições que algumas fissuras se revelam: as instituições devem se conectar com a sociedade e lutar pela legitimidade.

A QUEM INTERESSA A REALIDADE?

Com os pressupostos já colocados sobre a Teoria Ator-Rede, a rede de atores começa a ser montada nesse capítulo. Uma opção para deixar mais visível essa rede foi dividi-la de acordo com os actantes no caso. Cada ator está separado por um subtítulo é descrito em suas mais diversas ontologias, a partir do relato dos envolvidos. Esse trabalho é inspirado nos escritos de John Law (2004). Ao fazer o seu relato sobre o laboratório Salk, ele fala da necessidade de falar sobre a realidade. Do que está no mundo — e do que não está. Para isso, ele dialoga com a filosofia, no que os filósofos chamam de "metafísica" ou "ontologia". Ontologia é a parte da filosofia preocupada com o que está e com o que poderia ser. O conceito de metafísica é empregado quando há realidades sutis. E Law evoca também Latour e Woolgar quando conclui que muitas dessas sutilezas vão aparecer só na prática e no desdobramento da rede.

A nossa noção de realidade, diz Law, é aquela que independe de nossas ações e de nossas percepções. É como uma estrutura que nos precede e que não depende de nós. Ainda, ele diz, nossa ideia de realidade passa pelo questionamento de nossa capacidade de defini-la claramente, como se estivéssemos em uma busca constante pelo método correto para conhecer o mundo como ele realmente é. As mudanças na maneira como o concebemos são interpretadas como indicativos de que estamos cada vez mais próximos dessa realidade e das coisas como elas são (LAW, 2004).

Para começar a olhar essa rede, convido o leitor a destituir da vontade de conhecer as coisas como elas são. Não há uma realidade aqui para ser conhecida ou uma verdade sobre o processo de reclassificação do canabidiol. O objetivo desse mapeamento é mostrar processos. Pode até passar pelas coisas que são, mas também pelo que poderiam ser, do porquê não foram e de como, em muitas circunstâncias, essas categorias se encontram. Por exemplo, na rede visível, o canabidiol foi reclassificado e o THC não. O óleo importado, entretanto, contém traços de THC. Também na realidade institucional, não há o uso de extratos de maconha ou óleos caseiros, mas, nas entrevistas com as famílias, essa realidade aparece.

Quando eu utilizar o termo ontologia do canabidiol estarão implícitas essas múltiplas realidades. O mapeamento é uma ferramenta para tornar a realidade

rastreável. Há uma mudança de foco aqui: em vez de olharmos para o objeto, nos concentraremos nas informações e descrições sobre ele. Não há uma vontade de chegar a uma estrutura conhecida. O objetivo é descortinar processos, caminhos e ontologias (LATOUR; WOOLGAR, 1979).

Essas ontologias foram costuradas a partir dos relatos de cada ator. E também aqui há um trabalho etnográfico, representado pelo meu olhar dentro da rede, como jornalista. Há também informações trocadas por e-mails, percepções das redes sociais dos atores... Nesse capítulo, especificamente, está montada o que chamei de rede visível. É aquela rede que influenciou diretamente as instituições, esteve mencionada na imprensa, deu entrevistas. Foi, inclusive, o ponto de partida desse trabalho. A maior parte dos atores dessa rede foram os quais tive contato direto durante a cobertura do caso para a *Folha de S.Paulo.* Essa rede ocupa o primeiro plano da narrativa, mas não é a única a contar a sua história e o desafio aqui foi tentar mostrar as suas diversas facetas.

OS ILEGAIS

Quando Katiele[19] recebeu o telefonema de Tarso Araújo pensou que fosse a Polícia Federal. Ela estava fazendo as primeiras experiências com o canabidiol, sabia muito sobre o composto, mas o fato dele ser um derivado da maconha já a colocava em sobressalto. Tarso, entretanto, apenas procurava uma personagem[20] que utilizasse o canabidiol para sua reportagem na revista *Superinteressante*. Ele mostrava conhecimento sobre a cannabis ao telefone e Katiele, aos poucos foi se abrindo e ficou convencida de que ali tinha encontrado apoio.

> E eu estava medindo as palavras, toda cheia de dedos, mas o Tarso tem uma lábia muito boa. Lá pelas tantas, eu me convenci de que aquela era uma oportunidade de botar a boca no trombone, de fazer alguém ouvir a gente. E foi essa edição especial da *Superinteressante* que deu esse start nessa história toda (FISCHER, KATIELE BORTOLI, 2016).

Do outro lado da linha, Tarso encontrou a personagem perfeita para desvincular a maconha do que chama de gueto canábico. Era a família classe média, "de comercial de margarina"[21]. E não só isso. Ele conta que Katiele tinha força, determinação e humor mesmo em meio àquela situação trágica. Tarso se surpreendeu com o fato de aquela mãe ter encontrado força para usar a cannabis mesmo sendo uma "pessoa direita e certinha". E foi justamente o fato de Katiele representar o que "é certo" que Tarso percebeu a oportunidade para legitimar o uso da maconha medicinal. Era uma forma de fazer com que a cannabis fosse vista com seriedade pelas insti-

[19] Escolhi, em determinados momentos desse texto, utilizar o nome a que os autores foram referidos na rede. Às vezes, será o primeiro nome; outras vezes, o sobrenome ou ambos. A escolha serve para dar maior fluidez ao relato e aproximar a narrativa do discurso feito nas entrevistas.

[20] No jargão jornalístico das redações, personagem é a pessoa que vai representar o elemento humano de determinada reportagem. No caso, Araújo estava à procura de alguém que utilizasse o canabidiol. Katiele foi esse "alguém", a personagem que iria ilustrar, dar esse elemento humano e cotidiano para a reportagem sobre maconha medicinal.

[21] As aspas foram utilizadas nessas expressões para indicar que elas, de fato, foram reproduzidas de entrevista concedida por Tarso Araújo para esse trabalho. Em alguns momentos, essa notação será utilizada no decorrer do texto.

tuições. Tarso conta que, naquele momento, sem perceber, começou a arquitetar uma rede para fazer com que aquela história saísse da invisibilidade — e isso ia muito além da sua reportagem. A estratégia ainda inconsciente de Tarso iria envolver advogado, ação na Justiça, filme, campanha na internet, trabalho com assessoria de imprensa e contato com universidades e centros de pesquisa (ARAÚJO, 2016).

> Encontrei também uma pessoa que era muito mais que um personagem porque da maneira como ela falava no telefone eu sentia que ali tinha uma mulher muito especial. Ela estava atravessando uma situação trágica, bastante dramática de vida e, ao mesmo tempo, tinha uma postura interessante em relação a essa situação. Era uma pessoa muito otimista, assustadoramente otimista. Uma pessoa que mostrava uma força e uma disposição de mover montanhas. Ela me falou resumidamente sobre a situação que ela estava em relação à advogado. Advogado era importante porque ela sabia que estava numa situação que era ilegal e ela não queria continuar nessa situação. Ela queria fazer as coisas direitinho porque ela era uma pessoa direitinha. Nesse momento, senti que tudo aquilo era muito especial, que ela tinha um conjunto de coisas. Ela era muito mais que um paciente de cannabis medicinal, ela era o paciente perfeito para mostrar que aquilo não é coisa de maconheiro, que era o que eu estava tentando fazer naquela pauta de maconha medicinal (ARAÚJO, 2016).

Katiele era a pessoa direitinha, que usava maconha e estava disposta a falar sobre isso. Esse foi o elo que a associou a Tarso. Um outro elo importante foram os benefícios do canabidiol; afinal, Anny Fischer, filha de Katiele, deixou de ter as 80 convulsões semanais que estavam comprometendo a sua qualidade de vida com o CBD (FISCHER, KATIELE BORTOLI, 2016). Katiele não foi a primeira pessoa com quem Tarso conversou. Ele chegou até a ela por meio de Margarete, mãe de Sofia, também portadora da síndrome CDKL5. Tudo começou quando Tarso ligou para o Emílio Figueiredo, advogado de cultivadores e conhecido de ativistas. Figueiredo passou o contato de Margarete. Ela também estava usando o canabidiol. Margarete foi quem contou para a Katiele sobre a existência do canabidiol. Mas Margarete, para Tarso, não era o personagem perfeito. Ela não tinha tido os mesmos benefícios que Katiele havia relatado sobre o canabidiol. A Margarete, no entanto, conseguiu ativar

uma rede de cultivadores e de ativistas e foi por esse contato que Tarso e Katiele se uniram.

> Quando eu li sobre o canabidiol, eu fiquei super empolgada. Saí falando para todo mundo e cheguei à muita gente ligada de alguma maneira ao ativismo de drogas. Qualquer informação era útil naquele momento, né? E eu sempre tive uma relação muito tranquila com a maconha. Tenho amigos que fumam e meu marido já fumava quando era adolescente, enfim. Então, para mim, não foi um bicho de sete cabeças igual foi para a Katiele. Ela tinha uma formação mais conservadora e isso pra mim não era tabu. Eu conhecia a Katiele há um tempão e eu sabia que a Anny estava numa fase muito complicada. Foi a primeira pessoa que pensei em ligar, eu falei: "cara, o canabidiol está dando certo para uma menina com CDKL5". Eu dei pra Sofia, mas não foi um milagre como foi pra Anny. E aí eu comecei a dar, eu vi que realmente tinha algum efeito medicinal ali, mas para mim era muito… eu estava muito insegura, eu não tinha com quem trocar informação (BRITO, 2016).

Tarso era ligado ao ativismo e, por isso, conhecia Emílio Figueiredo. Margarete foi procurar o ativismo porque não tinha problemas com a cannabis e, além disso, Emílio e Margarete haviam sido amigos na pós-graduação. Margarete conhecia Katiele por estar no mesmo grupo de mães de portadores de síndrome CDKl5 e o que as unia era a doença em comum de ambas as filhas. Esse foi o epicentro de uma rede que culminaria na reclassificação do canabidiol, mesmo que, naquele momento, os atores não fizessem ideia do que estava acontecendo. Todos eles possuíam pontos de diálogo e os contatos foram acontecendo.

Além disso, Tarso tinha uma vontade de querer mudar a realidade sobre a maconha e também se envolveu com Katiele. Esse envolvimento foi fundamental para que ele não apenas desligasse o telefone, marcasse a foto, fechasse a revista e não mais entrasse em contato com a família Fischer. Tarso conta que chorou depois do telefonema com a mãe de Anny e essa foi a segunda vez que ele se emocionou em uma pauta. A outra foi em Governador Valadares, no Rio, quando era repórter da *Folha de S. Paulo*. A pauta era ir conversar com a mãe de um adolescente que tinha morrido. Ao chegar lá, no entanto, Tarso descobriu que o jovem não tinha morrido, mas que estava paraplégico e a irmã de 15 anos que cuidava dele. O jornalista conta

que sentiu uma impotência tão grande naquele momento que isso o emocionou, como quando encontrou Katiele. A diferença das duas situações era que com a Anny ele sentiu que poderia fazer diferença.

> Na pauta do Rio, estavam os dois numa casa fedendo a mijo, numa casa cheia de moscas. E a menina indignada porque o irmão tinha recebido um tiro e nem acusado o cara estava. Eles sabiam onde o cara morava. Ela tinha deixado de estudar para cuidar do irmão e começou a chorar no meu ombro. Para você perceber que eu não sou ator. Eu choro por um bom motivo. E no dia que eu entrevistei a Katiele eu senti a mesma coisa. Que foi uma raiva incrível. Um sentimento de injustiça gigantesco. Uma impotência de você perceber que você não pode fazer nada pra reverter aquela situação revoltante, de você pensar que merda de País que a gente vive, que merda de mundo que a gente vive, que merda que existe gente na situação dessa pessoa. A diferença ali com a Katiele foi que eu pensei: talvez eu não seja tão impotente assim. E aí na mesma hora que a gente desligou, eu fui atrás, passei os contatos para ela do Dr. Zuardi[22] e o Dr. Carlini[23] (ARAÚJO, 2016).

Tarso conta que desligou o telefone convencido de que a Katiele precisava continuar usando o canabidiol. Além de conseguir um advogado, sua estratégia incluía entrar em contato com alguma universidade para que Anny conseguisse entrar em algum estudo clínico. Ele tinha contatos no ativismo e o que pensou no momento era que alguém ia se mobilizar. A Katiele escreveu para o Zuardi, da USP de Ribeirão Preto e o orientando do Zuardi, Alexandre Crippa, acabou ver a família Fischer em Brasília. O e-mail da Katiele foi enviado para o Zuardi. Crippa (2016) conta que a Katiele estava tentando encontrar mais canabidiol. No e-mail, ela falava dos estudos do Carlini, e que ela tinha usado o canabidiol para a filha dela para a epilepsia. Os pesquisadores não sabiam como ajudar porque a quantidade que tinham era muito pequena, só para os estudos, e muito cara.

---

[22] Ver seção "Entrevistas e Mapeamento da Rede" p. 25

[23] Elisaldo Carlini é médico, com mestrado em psicofarmacologia em Yale e um pioneiro dos estudos da maconha medicinal no Brasil. Seu nome será citado muitas vezes nesse texto. Foi um dos primeiros a mostrar os efeitos anticonvulsivantes do canabidiol nos anos 1980 (MECHOULAM, 2014). Ver: http://lattes.cnpq.br/5948335656347039.

> Ela estava perguntado onde a gente conseguia isso [o canabidiol] e o Zuardi ficou em dúvida e veio conversar comigo. Ele disse "O que você acha? O que a gente responde? Como que a gente pode ajudar essa moça?". Eu falei que dali a duas semanas eu iria para Brasília, em uma reunião, porque eu era do conselho assessor do CNPQ e falei: "eu vou lá se quiser, você pode falar com ela e eu vou lá conhecer a menina e a gente vê como que pode ajudar. A gente não tem canabidiol para dar para ela, não tem como a gente fornecer". E daí eu fui para Brasília, conheci a Katiele, fui à casa dela, ela foi super gentil, conheci a Anny e fiquei muito chocado mesmo... e voltei de lá e falei "olha, me passa todos os dados que você tem". Ela tinha colocado na geladeira um diário de crise, quantas crises tinham ao longo do dia e eu falei: "olha, vamos tentar ver o que a gente pode fazer" (CRIPPA, 2016).

Crippa arquitetou um laudo que daria embasamento para que a família Fischer pedisse o direito de importar o canabidiol na Justiça. Ele conta que, com os estudos, sempre recebia e-mails de uma ou outra pessoa interessada, mas que não podia fazer muito. Na maioria das vezes, respondia que o canabidiol era uma droga experimental e que, nas condições em que haviam outras alternativas, argumentava que outras drogas estavam disponíveis no mercado. Mas, com a gravidade da doença de Anny e com a Katiele já fazendo uso do canabidiol, Crippa se envolveu. Era o começo de tudo isso e todos estavam tentando entender de que maneira iriam tornar o uso do CBD possível para aquela família. A Katiele disse que o neurologista que atendia a Anny não acreditava no CBD. Já Crippa, disse que acreditava no canabidiol e isso foi um atestado de legitimidade para Katiele para que ela prosseguisse com a demanda na Justiça (FISCHER, KATIELE BORTOLI, 2016).

> "Nós acreditamos. É sabido que ele funciona e a minha sugestão é que você entre na Justiça", eu disse para a Katiele. Também falei que, se ela conseguisse entrar na Justiça, a gente poderia ajudar até mais. O neurologista da Anny tinha até feito a residência na USP de Ribeirão e não conhecia o canabidiol, mas a gente conhecia todos os pesquisadores na área de epilepsia lá em Ribeirão e, por outra coincidência o geneticista que fez o diagnóstico da Anny, o Charles[24], era um cara de Ribeirão também (CRIPPA, 2016).

[24] Charles Marques Lourenço é médico geneticista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Crippa (2016) conta que, por coincidência, já que Crippa tam-

Vários especialistas se juntaram para fazer o laudo para a Anny. [25] Foram três laudos importantes: em um, Crippa descreveu todas as crises, mostrando o benefício do canabidiol. Ele mostrou também o período em que Anny ficou sem o CBD e como, na ausência do composto, as convulsões haviam voltado. Em um outro laudo, o neurologista escreveu sobre a natureza da epilepsia. E, em um terceiro texto, Zuardi descreveu o funcionamento do canabidiol e anexou uma revisão com trabalhos da USP, que mostravam ser o composto não tóxico e sem os efeitos típicos do THC (CRIPPA, 2016).[26]

Ao mesmo tempo, Tarso estava tentando vender a história da Katiele Fischer na imprensa. Na mídia, ele tinha uma postura ativa e vendia muito bem a pauta. Quando se aproximou da *Folha de S.Paulo* e começamos a conversar durante a cobertura, ele usava termos como "a primeira vez no Brasil", "uma mãe que luta contra a doença da filha" e também se colocava à disposição para qualquer informação adicional. Ele também ligava para acompanhar o andamento do texto e fazia exigências. "Você ainda não falou com fulano?", perguntava. Roberta Machado (2016) conta que Tarso defendia a regulamentação da maconha. Segundo ele, com isso, tudo ficaria mais fácil. A jornalista conta que, no entanto, seu foco estava nas famílias, e que ele sempre fazia afirmações fortes: dizia ser a última esperança, a última tentativa.

Com a entrada da USP de Ribeirão Preto e um advogado, a história chegou à mídia já razoavelmente delineada, com instituições que poderiam dar legitimidade ao processo. Tarso, sem saber, chegou à imprensa no momento certo. Não era uma mãe desesperada que estava dando uma droga para a filha, mas era uma mãe que tinha o respaldo de estudos e de instituições. Hoje, vejo que, em parte, essa rede foi montada já com um distanciamento da maconha. Era um composto isolado, que

---

bém é vinculado à USP de Ribeirão, foi Charles que havia feito o diagnóstico da Anny antes de toda a história sobre o canabidiol. Ele conta que o médico é um nerd da genética, que praticamente dorme no hospital. Katiele ainda estava em busca de um diagnóstico e ficou sabendo da existência de Charles. O médico estava em Brasília em um evento e, quando finalmente Katiele conseguiu contato, ele estava voltando para São Paulo. O diagnóstico foi feito no aeroporto. Katiele conta que o Charles olhou para a Anny e disse "ela tem CDKL5". Mais tarde, o diagnóstico seria confirmado em teste na Alemanha.

[26] A interpretação da Justiça sobre esse laudo será vista na seção "Justiça" p.246

estava dissociado dos efeitos associados à erva e havia também uma distância territorial: era um produto importado.

Nem tão ilegais assim...

Enquanto essa história chegava à mídia, outras pessoas e doentes se movimentaram e foram abalados por ela. Uma delas foi Cidinha Carvalho. Ela tem uma filha com Síndrome de Dravet, também um tipo de epilepsia refratária, mas sem dinheiro para importar o óleo, passou a utilizar o artesanal, feito clandestinamente. Na época, a demanda era pela importação. Hoje, Katiele e Norberto contam isso foi feito por uma questão de prioridade, que era preciso focar nessa demanda. Para Cidinha Carvalho (2016), no entanto, o pedido de importação não fez muita diferença prática. Ela conta que a história de Katiele poderia ter sido um "choque de verdade", para estender o uso a quem precisava, para que a planta também fosse incluída. Ela disse que a forma como a mensagem foi passada, se por um lado, trouxe uma maior discussão sobre o uso medicinal; por outro, atrapalhou e reforçou preconceitos atrelados à erva, como o fato do THC ser o irmão mau do canabidiol (CARVALHO, 2016).

> Eu acho assim... cada história é uma história única, cada dor é única, né? É claro que foi muito doloroso o que eles passaram. Só quem passa a dor é que sabe mesmo. Eu acho que foi passado de uma maneira com uma mensagem como se o CBD não fosse maconha. Eu acho que esse foi o problema. Colocando… como vou dizer… dando um foco ao importado e não falando a verdade. Então, a cannabis medicinal foi entrando de uma forma errada, o que acaba gerando um trabalho muito maior pra gente desmitificar isso. Eu sinto muito isso quando a gente vai falar com alguns médicos. A da minha filha, embora ela tenha ido à congresso, visto e tudo, e ela seja a favor, ela ainda abomina o THC. O endócrino da minha filha veio falar que o CBD não é maconha. Não tem lógica isso. Então eu acho que o *Ilegal* foi um filme ótimo só que não tiveram muito cuidado para transmitir a mensagem para o País, que já tem uma cultura da maconha completamente equivocada. O *Ilegal* poderia ter sido mais um choque de verdade, mas não foi. Foi um choque assim: "ah, existe um substância da maconha que pode ser medicinal". Dá a entender que essa substância pode ser adquirida separada facilmente, o que não é verdade (CARVALHO, 2016).

Katiele conta que a importação servia para atender a uma necessidade imediata porque o autocultivo e a importação estavam a anos-luz de distância. Ela diz que era preciso ter uma solução rápida para quem precisava. Era preciso acalmar os ânimos. Para a família Fischer, não caberia a eles, sozinhos, acabar com o preconceito com a maconha. Ele está arraigado. Tudo só vai acontecer a passos lentos e o caso de Anny seria era apenas o primeiro passo.

> Parece meio clichê quando eu falo, mas ainda existe muito preconceito. Já vem se falando sobre isso há muito tempo, a Marcha da Maconha está aí há 20 anos, se não me engano, mas a questão do preconceito ainda é uma coisa que empata (FISCHER, KATIELE BORTOLI, 2016).

Um dos produtores do óleo artesanal, que faz autocultivo e doa para famílias, na comunidade conhecida como "Rede", também vê a atuação de Tarso, da Katiele e da USP com ressalvas. Ele diz que não se sente representado, que há contradições na maneira como a "rede visível" passou a mensagem sobre a maconha, mas reconhece o mérito da história ter provocado um debate nacional.

> Muito antes da história ter aparecido, a gente militava. O mérito foi trazer para cá a informação do que já estava acontecendo no mundo há muito tempo. Em 1997, eu estava em São Francisco e já tinha um pessoal lá na barraquinha, na feira municipal, fazendo campanha pela cannabis medicinal. Há vinte anos atrás. Aqui no Brasil, nós estamos atrasados. Tudo pareceu mais uma propaganda de remédio importado, mas também trouxe a discussão para o Brasil. E com a reportagem do *Fantástico* eles conseguiram uma penetração muito grande dentro da sociedade. Foi um incentivo maior à discussão na mídia. E a mídia sempre nos considerou malucos. Acredito que o *Ilegal* trouxe essa questão que levou a mídia a pensar que talvez nós não fossemos tão malucos assim (MARTINS, 2016).

Quando Tarso pensou em utilizar a Katiele para dar legitimidade ao gueto canábico, para dar legitimidade à maconha; para o gueto, foi como se Tarso também acabasse por deslegitimar o próprio "maconheiro" no processo. Mas, como essa rede é de sutilezas, e não de verdades, há um elogio à visibilidade de um debate que, para muitos, pode ser favorável, como se em curso houvesse a suavização de um estigma.

Essa disputa ontológica está longe de cessar. Para os atores envolvidos nessa rede, ainda é difícil mensurar quais foram as consequências discursivas desse canabidiol que foi vendido para a mídia — de um derivado da maconha que não é tóxico e não produz o barato. Ainda é difícil saber se esse, é de fato, o único debate ou se ele é apenas o mais visível, ou se ele foi o único possível pelo momento.

Figura 2: Possíveis benefícios terapêuticos do canabidiol no *Fantástico* (Reprodução — 30/03/2014)

Para o ativismo, o caso de Anny deveria ter contribuído para diminuir o preconceito sobre a maconha. Para a USP, para Katiele, o debate era para conseguir autorizar a importação do canabidiol. Para Tarso, um debate iria influenciar o outro. Assim, entre pontos de diálogo e controvérsias, percebo que o que podemos afirmar sobre a rede é que ela deu visibilidade para o uso da maconha medicinal. E essa é a constatação possível nesse momento: a de que há um debate em todos os meios: seja no ativismo, seja na imprensa, seja nesse trabalho, seja em instituições como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A agência, depois do impulso dado por Tarso, Katiele e a USP, foi o próximo actante da rede visível. A Anvisa é responsável por manter uma lista de substâncias proscritas. Era dela a atribuição de permitir ou negar a importação do canabidiol, assim como é também atribuição da agência permitir ou impedir a circulação, a comercialização, ou a produção da cannabis sativa.

UMA AGÊNCIA PARA PROTEGER A SAÚDE

Em 2014, quando a família de Anny tentou importar o canabidiol e o produto foi barrado na alfândega, o comércio e o uso da maconha eram proibidos no Brasil e essa proibição se estendia a todos os seus derivados e compostos. Quem é responsável pelo controle de todos os produtos e substâncias que entram ou saem do País é a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). A Anvisa é recente. Foi criada em 1999, pela Lei 9.782. [27]Ela integra o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, e é uma autarquia, de regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, pasta que define a política nacional de vigilância. A agência possui independência financeira e administrativa e é mantida por meio de taxas de vigilância cobradas de laboratórios e de farmácias. No art. 6º da lei de sua criação, diz-se que a agência tem por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população. A agência concede o registro de produtos e ficam sob seu controle medicamentos de uso humano, alimentos, bebidas, cosméticos, órgãos e tecidos humanos e cigarros (BRASIL, 1999).

A criação da Anvisa foi impulsionada por uma controvérsia. Já havia uma demanda para uma vigilância que pudesse dar conta de medicamentos falsificados (CARVALHO; ARAÚJO, 2008), mas foi o escândalo de contraceptivos falsos ocorrido no final dos anos 1990 que efetivou sua criação no Brasil. Em 1998, pílulas anticoncepcionais sem princípio ativo foram distribuídas na rede pública de saúde e casos de gravidez indesejada foram divulgados. Na época, a empresa, o laboratório Schering do Brasil, revelou que produziu 600 mil pílulas inócuas para testar uma máquina e que, por um erro, elas foram comercializadas. A empresa foi multada em R$ 2,7 milhões (G1, 2007).

O controle da Anvisa sobre substância proscritas vem de uma portaria do Ministério da Saúde de 1998, que estabeleceu as diretrizes para o regulamento técnico de substâncias de controle especial. O regulamento considera a Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961 (Decreto n.º 54.216/64), a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971 (Decreto n.º 79.388/77), a Convenção Contra o Tráfico Ilícito

[27] A lei é uma conversão da Medida Provisória nº 1.791, de 1998.

de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988 (Decreto n.º 154/91). No artigo 4º, estipula que estão proibidas a produção, fabricação, importação, exportação, comércio e uso de substâncias e medicamentos proscritos, exceto para fins de pesquisa, que estão sujeitas à autorização especial. No artigo 62, diz que plantas na lista "E" (que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas) e as substâncias da lista "F" (substâncias de uso proscrito no Brasil) não poderão ser objeto de prescrição e de manipulação de medicamentos alopáticos e homeopáticos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Em relatório interno sobre o canabidiol da Anvisa, essas convenções são citadas. O texto afirma que o atual sistema global de controle de drogas se baseia na convenção de 1961, 1972, 1971 e 1998. Os tratados multilaterais foram estabelecidos no âmbito da ONU para prevenir a produção, oferta e uso de drogas narcóticas e psicoativas de uso não-médico e científico. As convenções têm por função fornecer um referencial legal internacional para o controle de drogas, com a definição de medidas de controle que cada estado membro deve observar. Segundo o texto, não há uma obrigatoriedade de seguir as convenções, mas os estados devem interpretar os tratados com "boa fé", embora permanecendo fiéis à legislação nacional (DIMON/ANVISA, 2014).

O documento da Anvisa detalha um artigo 31, item 10, da Convenção de 1961 sobre Substâncias Entorpecentes. O artigo diz que "as autoridades competentes devem reter os produtos que não estejam acompanhados por uma autorização de exportação". O texto também cita que a Convenção de 1971, sobre substâncias psicotrópicas, traz a mesma determinação no artigo 12, item 3, letra d. Ambas as convenções consideram a cannabis sativa uma substância entorpecente e psicotrópica.

É a partir dessas convenções que a Anvisa atualiza suas listas. Na lista F, de compostos proibidos no Brasil, está a cannabis sativa. Até 2014, um adendo proibia de forma genérica qualquer derivado da planta. "Ficam também sob controle todas as substâncias obtidas a partir das plantas elencadas acima, bem como os sais, isômeros, ésteres e éteres destas substâncias", dizia o documento.[28] Assim, apesar de

[28] Anvisa. Lista de Substâncias Uso Proscrito no Brasil. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/49d5ae804fb7cf5cae51ff9a71dcc661/Lista+de+subst%C3%A2ncias+proscritas+-+Port+344-98.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em: 4 dez. 2015.

não estar descrito ou discriminado na lista especificamente, o CBD, à época da importação pela família de Anny, era proibido no Brasil por ser considerado uma extensão da cannabis sativa. Também, como expresso nas convenções, os produtos sem autorização de exportação devem ser retidos. E tudo isso é regulamentado pela Anvisa.

Foi na década de 1930 que a repressão ao uso da maconha ganhou força no Brasil. O médico Elisaldo Carlini, em artigo sobre a erva, conta que essa proibição se deve por uma postura de um diplomata brasileiro na II Conferência Internacional do Ópio, em 1924. Lá, discutia-se o ópio e a coca, quando o representante brasileiro, junto com o diplomata egípcio, trouxe a maconha para o debate ao citá-la ser ela mais "perigosa que o ópio" (CARLINI, 2006).

Antes, também com base na Conferência Internacional do Ópio, o Brasil em 1921, já tinha proibido, não muito especificamente, o comércio de toda substância entorpecente (KARAM, 2009). Por aqui, a maconha estava associada aos índios e aos escravos e poucos a conheciam (BURGIERMAN, 2011). Muitos pesquisadores defendem o caráter escravocrata e racista da criminalização ao uso (KARAM, 2009; BURGIERMAN, 2011).

Essas posturas sustentaram boa parte da repressão. Mas em 1932, o decreto 2930 passava a criminalizar também o usuário e estabeleceu a toxicomania como doença compulsória, sujeita a internação. Aqui, no entanto, se diferenciava usuário de traficante, com penas diferenciadas. Em 1968, na ditadura militar, o usuário foi equiparado ao traficante, condição que só mudou em 1976. Em 2006, a Lei 11343 pôs fim à prisão ao usuário, mas como não existem definições precisas de quantidade, o imbróglio está para ser definido até hoje no Supremo Tribunal Federal, que adiou por diversas vezes o julgamento sobre a constitucionalidade da criminalização do porte das drogas (KARAM, 2009). O julgamento do STF tem por base um recurso da Defensoria Pública de São Paulo que alega que, como o porte não lesa terceiros, não pode ser considerado crime. A tipificação como tal também lesaria princípios de liberdade individual e de intimidade (RICHTER, 2015).

A posição da Anvisa, desse modo, está vinculada a leis e portarias que lhe incumbiram a missão de proteger a saúde. Essa proteção, entretanto, deve ocorrer em respeito a convenções internacionais sobre entorpecentes e está atrelada a aspectos

políticos e jurídicos de crimes associados ao porte e ao uso dessas substâncias. Ainda, há uma história por trás da proibição da maconha e sobre o modo como ela foi realizada. Esses são aspectos importantes para que consigamos entender a atuação da Anvisa no processo de reclassificação do CBD.

A luta pela reclassificação

Figura 3: Katiele Fischer, Noberto Fischer e Margarete Brito em reunião da diretoria colegiada da Anvisa. Encontro debateu a reclassificação do CBD. Reprodução *Ilegal* — 29/05/2014

Era 29 de maio de 2014. Pais, jornalistas, especialistas, pacientes. Todos aguardavam a tão esperada reunião que culminaria na reclassificação do canabidiol. Já havia uma decisão favorável da área técnica da agência. O documento, nota técnica de número 19, de 5 de maio de 2014, que consta no processo sobre a reclassificação do canabidiol pedido via LAI[29], dizia que a Coordenação de Produtos Controlado (CPON) era favorável à inclusão do canabidiol na lista C1 (sujeitas a controle especial). A nota sugeria também que um adendo fosse feito na lista F, a de substâncias proscritas, dentre as quais está inclusa a cannabis sativa. O adendo deveria fazer uma exceção ao CBD, que deixava de ser proscrito e passava a ser controlado (CPCON/ANVISA, 2014). Na época, eu estava cobrindo o caso na *Folha de S.Paulo* e o

[29] As circunstâncias do pedido desse processo estão descritas na introdução, p. 16.

que se dizia nas entrevistas era que a mudança de status da substância era quase certo. Dessa nota, entretanto, até a efetiva reclassificação, mais de oito meses se passariam.

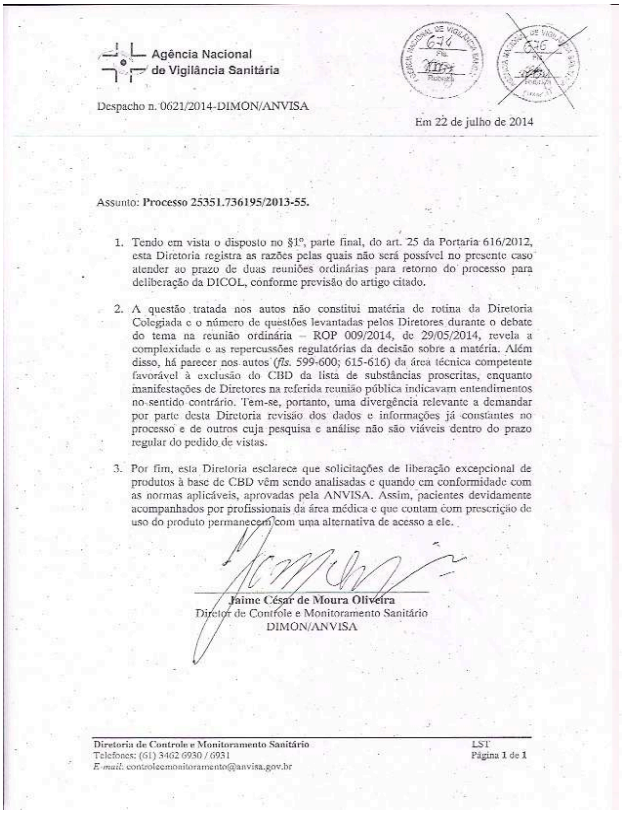
O diretor da Anvisa na época, Dirceu Barbano, havia recebido os pais para uma reunião semanas antes. Ele disse que a Anvisa estava errada. Errada em ser insensível. Errada em não ter ouvido quem mais precisa. O relato, passado em entrevista feita com Norberto Fischer, pai da Anny, detalha na reunião que o Barbano usava uma gravata amarela com desenhos. O diretor havia dito na reunião que a gravata era simbólica: a Anvisa precisava ter outra postura e a divertida gravata simbolizava essa abertura da agência. Norberto cita que saiu dessa reunião com o Barbano com "alma lavada" e "feliz" porque o status do canabidiol finalmente seria revisto (FISCHER, NORBERTO, 2016).

Não foi o que ocorreu, no entanto. Ao contrário de todas as expectativas, e ao contrário da sugestão de nota técnica da agência, a substância não foi reclassificada. O canabidiol continuava proibido. Dentre os jornalistas que estavam lá fora esperando por uma decisão estava Roberta Machado, do *Correio Braziliense*. Ela conta que a decisão contrariou a todos e que sua percepção era de que não havia um motivo para a não reclassificação do composto.

> A expectativa da família era muito grande, mas muito muito grande mesmo e tinham muitos jornalistas lá. O que eu pude perceber desta reunião é que não tinha uma argumentação clara da Anvisa para negar a reclassificação do canabidiol. Porque eles já tinham resposta para tudo aquilo, os especialistas que estudavam, tinham respostas sobre o THC. Ficou tudo muito... essa controvérsia ficou clara. Porque dava pra perceber que a Anvisa ficou um pouco pressionada. As famílias estavam lá esperando... e quando foi negado ficou um clima super tenso (MACHADO, 2016).

Um dos principais imbróglios foi a decisão técnica da Anvisa. Jornalistas que acompanhavam o caso e membros da agência sabiam que o parecer dos técnicos era favorável à reclassificação. Jaime Oliveira, diretor que substituiria Barbano disse que o parecer da área de produtos controlados mostrava que não havia indicativos de que o canabidiol causasse dependência e que as informações disponíveis na litera-

tura sobre o potencial terapêutico do canabidiol não justificava o fato dele permanecer como uma substância proscrita (OLIVEIRA, 2016).



Agência Nacional
de Vigilância Sanitária

Despacho n. 0621/2014-DIMON/ANVISA

Em 22 de julho de 2014

Assunto: **Processo 25351.736195/2013-55.**

1. Tendo em vista o disposto no §1º, parte final, do art. 25 da Portaria 616/2012, esta Diretoria registra as razões pelas quais não será possível no presente caso atender ao prazo de duas reuniões ordinárias para retorno do processo para deliberação da DICOL, conforme previsão do artigo citado.

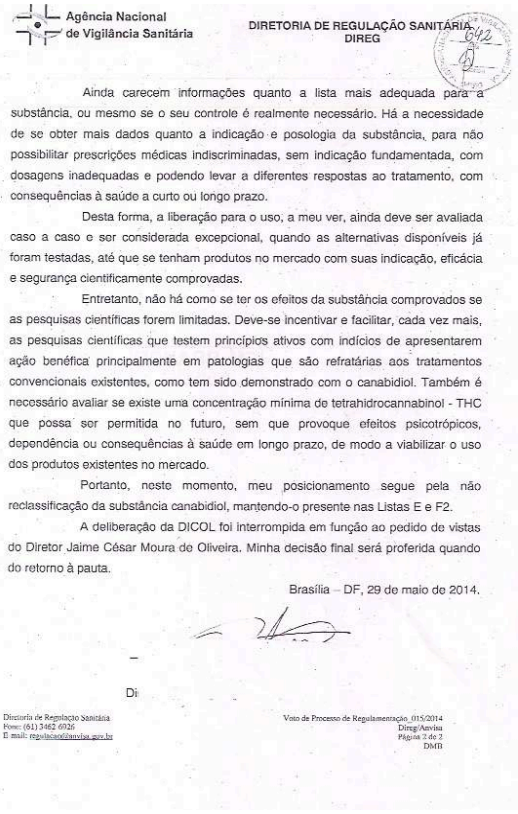
2. A questão tratada nos autos não constitui matéria de rotina da Diretoria Colegiada e o número de questões levantadas pelos Diretores durante o debate do tema na reunião ordinária – ROP 009/2014, de 29/05/2014, revela a complexidade e as repercussões regulatórias da decisão sobre a matéria. Além disso, há parecer nos autos (*fls.* 599-600; 615-616) da área técnica competente favorável à exclusão do CBD da lista de substâncias proscritas, enquanto manifestações de Diretores na referida reunião pública indicavam entendimentos no sentido contrário. Tem-se, portanto, uma divergência relevante a demandar por parte desta Diretoria revisão dos dados e informações já constantes no processo e de outros cuja pesquisa e análise não são viáveis dentro do prazo regular do pedido de vistas.

3. Por fim, esta Diretoria esclarece que solicitações de liberação excepcional de produtos à base de CBD vêm sendo analisadas e quando em conformidade com as normas aplicáveis, aprovadas pela ANVISA. Assim, pacientes devidamente acompanhados por profissionais da área médica e que contam com prescrição de uso do produto permanecem com uma alternativa de acesso a ele.

Jaime César de Moura Oliveira
Diretor de Controle e Monitoramento Sanitário
DIMON/ANVISA

Diretoria de Controle e Monitoramento Sanitário LST
Telefones: (61) 3462 6930 / 6931 Página **1** de **1**
E-mail: controleemonitoramento@anvisa.gov.br

Figura 4: Nos documentos enviados, algumas assinaturas foram expostas, como a de Jaime Oliveira



Agência Nacional
de Vigilância Sanitária

DIRETORIA DE REGULAÇÃO SANITÁRIA
DIREG

Ainda carecem informações quanto a lista mais adequada para a substância, ou mesmo se o seu controle é realmente necessário. Há a necessidade de se obter mais dados quanto a indicação e posologia da substância, para não possibilitar prescrições médicas indiscriminadas, sem indicação fundamentada, com dosagens inadequadas e podendo levar a diferentes respostas ao tratamento, com consequências à saúde a curto ou longo prazo.

Desta forma, a liberação para o uso, a meu ver, ainda deve ser avaliada caso a caso e ser considerada excepcional, quando as alternativas disponíveis já foram testadas, até que se tenham produtos no mercado com suas indicação, eficácia e segurança cientificamente comprovadas.

Entretanto, não há como se ter os efeitos da substância comprovados se as pesquisas científicas forem limitadas. Deve-se incentivar e facilitar, cada vez mais, as pesquisas científicas que testem princípios ativos com indícios de apresentarem ação benéfica principalmente em patologias que são refratárias aos tratamentos convencionais existentes, como tem sido demonstrado com o canabidiol. Também é necessário avaliar se existe uma concentração mínima de tetrahidrocannabinol - THC que possa ser permitida no futuro, sem que provoque efeitos psicotrópicos, dependência ou consequências à saúde em longo prazo, de modo a viabilizar o uso dos produtos existentes no mercado.

Portanto, neste momento, meu posicionamento segue pela não reclassificação da substância canabidiol, mantendo-o presente nas Listas E e F2.

A deliberação da DICOL foi interrompida em função ao pedido de vistas do Diretor Jaime César Moura de Oliveira. Minha decisão final será proferida quando do retorno à pauta.

Brasília – DF, 29 de maio de 2014.

Di

Diretoria de Regulação Sanitária
Fone: (61) 3462 6926
E-mail: regulacao@anvisa.gov.br

Voto de Processo de Regulamentação_015/2014
Direg/Anvisa
Página 2 de 2
DMB

Figura 5: Neste outro documento, em voto de diretor de 29 de maio, há omissão da assinatura

Um dos documentos em processo da Anvisa mostra um voto dessa reunião, de 29 de maio de 2014. Os textos que me foram enviados, por algum motivo, apagam a assinatura do autor de voto, mas é possível visualizar a assinatura, que começa com "di", possivelmente de um dos diretores. Penso eu, ser de Dirceu Barbano, que, segundo relatos, votou contrário à reclassificação (OLIVEIRA, 2016; FISCHER, NORBERTO, 2016).

Nesse texto, ressalta-se que apesar de nota ser favorável à reclassificação, não havia registro de medicamento que possua somente canabidiol no Brasil ou no mundo e, por isso, a reclassificação somente não permitiria a importação do produto. O autor do voto diz que há muitas dúvidas e necessidade de informações sobre a substância e, por isso, segundo o autor, as importações deveriam continuar a ser excepcionais. O posicionamento, por fim, foi o de manter o canabidiol na lista E, de plantas com potencial de produzir substâncias entorpecentes, na lista F2, de substâncias proscritas.

De fato, algumas questões rondavam a Anvisa. O canabidiol usado pelas crianças não tinha qualquer regulação da agência sanitária americana: o FDA (Food and Drug Administration). Levantavam-se muitas questões sobre a qualidade do óleo que era trazido: tinha agrotóxicos, era regulamentado, era canabidiol puro? No processo de reclassificação do canabidiol obtido via Lei de Acesso à Informação, dentro de um relatório interno sobre o canabidiol, de novembro de 2014, há um informe sobre uma teleconferência feita entre a Anvisa e o FDA em 5 de junho de 2014.

O encontro foi sugerido pelo FDA depois de questionamentos feitos pela Assessoria de Assuntos Internacionais da Anvisa. Além de funcionários e representantes de ambas as agências, estava presente um representante do DEA no Brasil. Na reunião, o FDA informou que o produto da *Hemp Meds* não era submetido à análise, nem à aprovação. Ele era vendido como suplemento alimentar porque a empresa categorizou o produto desta forma. O que o FDA poderia fazer é, caso o produto estivesse sendo vendido no País para outros fins, que não o de seu registro, era possível uma intervenção da agência. E, assim, o FDA pediu ajuda e apoio do Brasil para verificar se o óleo estava sendo vendido com alegações de propriedades terapêuticas. Sem muitas informações sobre produtos importados, a agência entrou em contato com especialistas brasileiros. Antônio Zuardi e José Alexandre Crippa, da USP de Ribeirão Preto, foram consultados. Cartas e estudos enviados por eles estão anexos ao processo. Nas páginas enviadas a mim, não há cartas e correspondências de outras universidades.

O diálogo entre Anvisa e ciência foi permeado de conhecimentos e desconhecimentos mútuos. Se a Anvisa desconhecia o potencial terapêutico do CBD de início, também o próprio Crippa conta que desconhecia que o canabidiol era proibido inicialmente. O departamento de Crippa e Zuardi trabalham com a substância isolada. Eles, junto com Mechoulam e pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul possuem uma patente de um canabidiol sintético, um análogo fluorado do composto (MECHOULAM, R. *et al.*, 2014). Raphael Mechoulam, químico israelense que isolou o canabidiol da maconha, também desconhecia que o composto era proibido, já que em Israel e na Europa o CBD não é objeto de regulação (CRIPPA, 2016). Com esse contexto, foi só depois de ser consultado pela Katiele e pelas agên-

cias reguladoras que o cientista percebeu que a proibição sobre a maconha tinha um impacto maior sobre o composto do que ele imaginava.

> Eu trabalhava como cientista, investigando. Não sabia da ilegalidade do canabidiol até ver essa situação toda. Eu achei um absurdo aquilo. E eu fui pra Anvisa para que as pessoas pudessem ter acesso para casos refratários, para casos que não respondiam a nada. E conversei com eles, era uma mulher, que não lembro o nome dela, era uma das principais diretoras, das várias diretorias da agência. E eles falavam algo do tipo, eu não lembro exatamente... mas eles falavam que ficavam recebendo pedido e que não sabiam como lidar com essa informação (CRIPPA, 2016).

Era preciso que as pessoas se articulassem, havia muitas dúvidas, de todos os lados. Crippa (2016) conta que passou a munir a Anvisa de informações e a dar propostas para que fosse possível a regulamentação, da forma mais segura possível, já que não se tinha certeza da qualidade do produto. O pesquisador também fez uma proposta de fármaco-vigilância do canabidiol que chegava do exterior. Ele propôs que houvesse um relatório, e também um registro do caso com os efeitos adversos, etc., que de alguma forma a Anvisa conseguisse acompanhar os produtos e também a situação de saúde das pessoas que estavam fazendo uso dele.

Também Antonio Zuardi, que há mais de 40 anos fazia pesquisa com o canabidiol, passou a trocar informações com a Anvisa. Zuardi (2016) conta que foram muitas trocas de e-mails e informações. No processo de reclassificação do canabidiol que foi obtido via LAI, constam estudos clínicos, e sedex enviados pela USP à agência. Em um dos documentos, há uma carta aberta da USP, enviada à diretoria da Anvisa, de 16 de julho de 2014 (portanto, aproximadamente dois meses depois de reunião de 29 de maio que negou a classificação do canabidiol). Na carta, os pesquisadores dizem que o canabidiol é um produto natural, que pode ser extraído da planta, em alguns casos, com altos níveis de pureza. A carta cita um laboratório europeu que produz CBD sintético e fornece composto para pesquisa em animais e humanos. O método de síntese da empresa, segundo o texto, foi aprovado pelo FDA. Este canabidiol não deriva da cannabis e não contém outros canabinoides, incluindo o THC. Também é citado que o composto não produz os efeitos psicoativos típicos da maco-

nha e que está bem estabelecido que o CBD pode antagonizar os efeitos psicoativos da planta. O texto cita ainda o potencial terapêutico da substância e finaliza:

> Em face dessas considerações, estamos certos que não se justifica a permanência do CBD na lista de medicações proscritas. Assim, por uma questão de justiça e fidelidade aos novos conhecimentos fornecidos pela ciência defendemos que o CBD seja reclassificado. Destacamos aqui que isto não se confunde com o registro da substância para uso rotineiro, o que implica num processo diverso, que não está em discussão no momento. Acreditamos que a reclassificação da substância está longe de ser inócua. Essa decisão irá facilitar a condução de pesquisas e mais amplos ensaios clínicos com o CBD, que podem confirmar seu potencial terapêutico, cumprindo exigências necessárias para o registro da substância como medicamento. Ao lado disso, esta medida irá facilitar o trâmite para a importação do CBD e a sua utilização no chamado uso compassivo (ZUARDI *et al.*, 2014).

Na época da reclassificação, a USP também mobilizou a imprensa. Crippa escreveu um artigo no *Estadão* em que separa o canabidiol da maconha. No texto, descreve que era preciso ficar claro que os canabinoides são compostos presentes na maconha, mas que os dois não são equivalentes. O artigo também lamenta o fato de que o uso terapêutico de canabinoides sejam usados como justificativa para a legalização da maconha para fins recreativos. Crippa manifesta sua preocupação em relação ao uso da erva e diz que seu consumo pode levar algumas pessoas a desenvolver sintomas psicóticos transitórios, como alucinações, delírios e alterações cognitivas. Ele separa os dois debates, segundo ele, de âmbitos diferentes. Todos, no entanto, devem ter algo em comum: serem balizados pelo conhecimento científico, sem viés político e ideológico.

> A consequente regulamentação do uso dos canabinoides poderá levar à importante redução de sofrimento e melhor qualidade de vida a portadores de diversas doenças e transtornos. Por outro lado, o debate sobre a legalização da maconha para fins recreativos deveria ocorrer após alguns aspectos serem garantidos: primeiro, a sociedade ser informada de modo claro, sem alarmismo, do atual conhecimento científico dos riscos do uso da maconha; segundo, termos certeza de que todos os usuários poderão ter acesso a tratamento adequado no caso de complica-

> ções. Isso tudo desprovido do viés político ou ideológico, que só aumenta a confusão e posterga decisões concretas. Caso contrário, continuaremos na corda bamba da desinformação, e sem nenhum cabo de segurança (CRIPPA, 2014).

Ninguém estava entendendo a proibição do canabidiol: nem a ciência, nem quem é a favor do autocultivo ou da legalização da maconha. E isso era um ponto de diálogo entre os dois lados. Isso em parte ocorreu porque lá fora, nos Estados Unidos, por exemplo, os produtos que têm maiores partes de CBD na sua composição são conhecidos como hemp, o cânhamo, que é pouco citado no Brasil. O hemp tem uma circulação facilitada e não é visto propriamente como maconha, apesar de ser um derivado. Ricardo Nemer (2016), que hoje está a frente de uma associação que orienta pacientes a conseguir o canabidiol e defende o autocultivo, conta que a proibição não fazia sentido porque o hemp, de onde parte do óleo importado é retirado, tem baixas concentrações de THC.

> O hemp tem uma porcentagem baixíssima de THC. Você pode chegar em qualquer armazém na Califórnia e comprar 10 kg de semente pra comer, igual você come granola. Entende? Quem investiga esse óleo que vem pro Brasil, não é o órgão de saúde, é o órgão da agricultura. Lá, ele não é medicamento, é apenas um suplemento alimentar, para você ver o grau de segurança. E aqui, ele é tratado como uma coisa pior que o ópio. É uma questão moral e política. Falta conhecimento (NEMER, 2016).

A confusão toda se deu também porque não havia um pedido de registro de um produto. Caso entrasse como suplemento alimentar, a discussão poderia ter sido outra. Em entrevista, Chioro (2016), ministro de Saúde da época, citou essa questão antes mesmo que a entrevista começasse. Disse que esse foi um aspecto importante porque foi necessário uma desvinculação do canabidiol com a maconha. A repórter do *Correio Braziliense*, Roberta Machado (2016), também fez essa análise e disse que, em suas apurações para reportagens, fontes diziam que tudo teria sido bem mais fácil se houvesse um pedido de um registro.

A Anvisa, assim, se viu no meio de uma questão sobre maconha medicinal que ela estava pouco preparada para enfrentar. Caiu em controvérsias que estavam

fora do seu papel considerado estritamente técnico — o que ficou demonstrado pelo fato da decisão da reunião ter sido contrária ao que foi sugerido por setores técnicos da agência. Para o registro de um produto, do contrário, bastava solicitar estudos para a empresa, protocolar tudo, e fazer essa análise já totalmente atrelada a um produto. Em muitos momentos, a agência dizia que faltavam estudos. Mas esse discurso se misturava um pouco. Em que âmbito realmente não haviam estudos? No aspecto terapêutico, de fato, ainda eram preliminares os dados que mostravam os benefícios anticonvulsivos. Mas já haviam pesquisas há décadas mostrando que o CBD não mimetizava os mesmos efeitos típicos da cannabis, não era tóxico e não causava dependência e esse era o âmbito de competência da agência, o aspecto a ser analisado para a reclassificação. A falta de empecilho técnico e científico para a reclassificação e o contato de jornalistas com pesquisadores, além da pressão das famílias, colocou a agência numa posição complicada após a reunião do dia 29. Jornalistas saíram da reunião com a sensação de que a Anvisa não tinha respeitado a decisão técnica.

> Eu acabei me envolvendo um pouco. Foi inevitável não me envolver. Eu via há quanto tempo as pessoas estavam estudando a maconha medicinal. E quantos estudos tinham para várias doenças, não só a epilepsia. Então, quando eu fui nessa reunião da Anvisa, que questionava sobre as pesquisas, eu pensava: "mas como? como é que faltam pesquisas, vocês não querem ver, vocês não querem ter acesso às pesquisas". Não fazia sentido (MACHADO, 2016).

> Sei que esse é um assunto que causa muita polêmica na nossa sociedade, mas a impressão é que muitas vezes as reuniões se arrastavam e não chegam a lugar algum. O órgão não conseguia chegar a nenhuma definição e as pessoas estavam morrendo por conta disso. Claro que é preciso tomar todo cuidado na hora de se liberar um medicamento, mas a coisa podia ser menos lenta, menos burocrática. Com relação a essa lista de substâncias proibidas, muita gente inclusive se queixava da dificuldade de fazer pesquisas nessa área por não terem permissão para importar alguns compostos. Se tivesse alguma forma da Anvisa agilizar esses processos, seria bom pra todos (IGREJA, 2016).

O canabidiol não estava exatamente discriminado na lista de substâncias proscritas. Paradoxalmente, ele estava regulamentado pelo desconhecimento de suas propriedades. A lista proíbe a cannabis sativa e seus derivados — e, por extensão, o canabidiol era proibido. Seu potencial terapêutico e a ausência de propriedades que viessem a causar dependência, no entanto, tornava injustificável a sua presença ali, mesmo que ele não fosse realmente citado. A Anvisa precisava conhecer o composto. E foi isso o que ela fez. A agência viu que, no mundo, o canabidiol tinha uma circulação facilitada no sentido de que o seu status legal ou não nunca havia aparecido como uma questão. Detalha Jaime Oliveira (2016):

> O objetivo era a reclassificação do canabidiol para uma lista de medicamentos controlados, e não uma lista proscrita. O parecer da área de toxicologia abordou o canabidiol do ponto de vista de sua toxicidade. Então, eles fizeram uma pesquisa de literatura, de estudos que não encontraram nenhum indicativo de que o canabidiol poderia oferecer algum tipo de risco de toxicidade e também não tinha nenhuma evidência de que ele pudesse causar dependência. E também outras áreas da agência ajudaram, mas não sei dizer se tiveram parecer ou não, mas a área internacional fez discussões com outras autoridades regulatórias no mundo para verificar como seguia a discussão sobre o canabidiol, como eram os produtos fabricados derivados da maconha, como era a regulamentação... O modelo de importação não chegou a ser discutido mundialmente porque nunca uma pessoa que precisou usar um produto à base de canabidiol tinha encontrado qualquer empecilho. Isso reforçou a posição da área técnica sobre o parecer favorável, sobre a posição que a área já tinha sobre essa substância. E aí, quando foi para a diretoria colegiada, esses dados e informações estavam todos bem consolidados (OLIVEIRA, 2016).

Parte das informações citadas por Jaime estão na nota feita pela Coordenação de Produtos Controlados da Anvisa, a nota de número 25, de 2014. Ela cita que a substância canabidiol não estava listada nas convenções sobre substâncias entorpecentes, psicotrópicas e precursores e, portanto, não está sob controle internacional. Alguns países não a mencionam em suas listas nacionais de controle como o Reino Unido, os Estados Unidos, França e Alemanha. A coordenadoria recomenda que um processo de trabalho de uma revisão sistemática das 400 substâncias da lista sejam feitas porque, como a planta cannabis possui mais de 400 substâncias, o canabidiol,

especificamente, simplesmente não havia sido avaliado com o intuito de reclassificação e isso só ocorreu por conta da demanda (CPCON/GFIMP/GGIMP, 2014).

Jaime Oliveira (2016), antes de se tornar diretor-presidente da Anvisa substituto, era um dos diretores e fazia parte da diretoria colegiada. Ele estava na reunião de reclassificação do dia 29 de maio de 2014 e, foi por ele, que a reunião foi interrompida. Ele pediu vistas do processo e, com isso, uma decisão para o canabidiol só seria tomada quase um ano depois. Ele conta, no entanto, que muitos não entenderam o que ele fez. Jaime percebeu que a decisão seria desfavorável e, na visão dele, era preciso esmiuçar direito o que estava acontecendo porque a diretoria estava indo numa direção contrária do que indicou a área técnica. Segundo Jaime, o diretor-presidente na época, Dirceu Barbano, estava indo numa direção de sustentar que a reclassificação não teria um resultado prático.

> Quando começou o diretor-presidente [Dirceu Barbano] a fazer uma apresentação no sentido de manifestar um entendimento diverso à reclassificação do canabidiol, os outros diretores presentes também levantaram dúvidas a respeito da reclassificação. Teve uma divergência. A diretoria indo numa direção e a área técnica indo em outra. Isso pode acontecer, em vários casos acontecem, mas toda divergência dessa natureza é bom que se dê uma olhada mais profunda nela. Eu tinha um entendimento diverso, eu achava que tinha um resultado prático [a reclassificação]. Ela liberava a Anvisa para flexibilizar normas no processo de importação e transmitia uma mensagem para a sociedade de uma forma geral, para pesquisadores, pacientes, investidores, de que a substância não tinha características que mereciam que ela fosse proibida. Pois mesmo que não houvesse um resultado prático [da reclassificação][30] tanto quanto se esperava, o fato era que o canabidiol não reunia as características para que fosse considerada uma substância proscrita por dois motivos: primeiro, porque não causava dependência; segundo, que existiam indicativos sólidos de que ele tem ação terapêutica. Uma substância como essa não pode ser proscrita. Ela tem que ser classificada em outras categorias. Eu tinha essa percepção. E essa percepção estava destoando um pouco da dos outros diretores lá junto com o fato da divergência técnica, e eu pedi vistas desse processo. Eu achava que a decisão tinha que ser mais bem

[30] A notação "[]" aqui é usada para indicar uma palavra que, no contexto, favorece a compreensão do trecho, mas não foi dita literalmente pelo entrevistado.

> discutida. Não podia negar a reclassificação do canabidiol diante de tudo isso que eu falei (OLIVEIRA, 2016).

Norberto conta de sua surpresa ao saber que Barbano havia votado contrário à reclassificação depois da reunião que teve, depois do simbolismo da gravata, depois de dizer que a agência estava errada, depois de garantir em reunião que o CBD seria reclassificado. A sensação de Norberto era que havia uma postura política, algum impeditivo que naquele momento ele ainda não compreendia [31](FISCHER, NORBERTO, 2016). Essas questões só seriam inteiramente compreendidas muito tempo depois, mas para Norberto Fischer, o que ficou foi a visualização dessa dicotomia. Em parte, havia uma Anvisa aberta; na outra, uma Anvisa que estava impermeável ao sofrimento dos pais e distante de sua atribuição técnica. Hoje, ao analisar o que aconteceu, ele conta que Jaime "salvou tudo" ao pedir vistas do processo porque, se a reclassificação fosse negada ali, seria mais difícil retomar o processo. No dia, entretanto, a notícia não foi nada fácil de ser engolida, enfatiza.

> Tudo até então indicava que seria positivo. Eu fiquei surpreso. Foram dois votos e o do Barbano foi pra negar. E, depois, do relator do processo, um rapaz mais novo, que não me lembro, foi aí que o Jaime interrompeu e pediu vistas. Foi o que salvou. Porque, se fosse negado ali, a dificuldade que a gente teria depois de conseguir reclassificar seria infinitamente maior. Então, o nosso salvador à época, foi o Jaime. Depois, nos contatos que a gente fez no Senad, na Receita Federal, quando a gente deu continuidade nos bastidores — e aí a gente teve contato com o ministro da Saúde, o Chioro, ele mesmo referendou esse fato ocorrido, que teve uma orientação de aguardar as eleições antes de tomar a decisão técnica (FISCHER, 2016).

Na USP, que até bem pouco tempo desconhecia o status de proibição da substância, o clima durante a reunião de reclassificação do canabidiol no dia 29 de maio era de final de Copa do Mundo, disse Alexandre Crippa. No dia, eles se reuniram na casa do Zuardi com a certeza de que o canabidiol seria reclassificado. Não havia motivos para que não, segundo ele.

---

[31] Ver seção "Política" p. 195.

> Nós passamos vários trabalhos, vários, para que o relator fundamentasse. A gente estava muito ansioso naquele momento, parecia que a gente estava vendo jogo da Copa do Mundo. Especialmente, para o Zuardi, naquele momento, era muito importante, porque ele pesquisou o canabidiol a vida inteira. Os trabalhos dele não foram capazes de mudar a classificação, mas uma menininha de 7 anos teve a força para mudar. O Zuardi é um cara muito humanista. E aí vieram os argumentos de que não tinha comprovação científica para a epilepsia (CRIPPA, 2016).

O pesquisador Alexandre Crippa (2016), no entanto, diz que entende o papel da Anvisa e que, em muitos momentos, ela foi injustiçada. Para ele, é fundamental para o desenvolvimento de um País ter uma agência séria que regule medicamentos porque a "talidomida[32] manda lembranças, né?". O pesquisador, diz que, por outro lado, compreende que as famílias com crianças com 80 convulsões por dia "estejam se lixando pra Anvisa". Já Fischer (2016), vê que a Anvisa nem sempre está só no papel técnico, de regulação sanitária. Segundo ele, a agência tem um papel político que depende das circunstâncias e de quem a dirige.

> Nesses três anos de contato intenso com a Anvisa eu entendi o seguinte: são duas "Anvisas", uma técnica e uma política. A Anvisa técnica é extremamente competente, capaz e consegue fazer trabalhos excelentes com direcionamentos muito interessantes, só que puramente técnicos. E tem também uma camada politica, que são os diretores que tomam as decisões. Então, vai depender de quem está lá (FISCHER, NORBERTO, 2016).

Essa dimensão política da Anvisa não estava clara pra mim como jornalista de saúde. Sabia que é uma agência vinculada ao Ministério da Saúde, que seus diretores são indicados pelo presidente, com aprovação do Senado, mas não tinha ideia do que isso significava diretamente. Apenas uma dimensão da agência me era dada: a técnica. As contradições começaram a ficar claras pra mim quando entrei em conta-

[32] "A talidomida foi introduzida, no final dos anos 1950, como um sedativo. A droga era dada a mulheres grávidas para combate dos sintomas do enjoo matinal. Mas o uso durante a gestação restringiu o crescimento dos membros dos bebês, que nasceram com má formação nas pernas e braços. Em torno de 10 mil bebês nasceram com defeitos físicos em todo o mundo até que a droga fosse tirada de circulação em 1962" (BBC, 2013). Ver: http://bbc.in/2a60EWHz

to com a agência para saber do porquê o produto não ser liberado, em março de 2014, para a mãe. A agência me informou que o órgão prevê a importação de substâncias proscritas, para uso médico — desde que aprovada a necessidade por um formulário, laudo e receitas médicas. Não seria necessário a mãe entrar na Justiça. O relato da mãe, no entanto, não era de uma agência tão simples quanto parecia ser. Havia muita falta de informação naquele momento e ninguém sabia exatamente qual era a via para a importação, para onde mandava, quem recebia, quem analisava, quais eram os documentos necessários e quando saíria a resposta.

A dimensão política ficou notória quando, depois dessa reunião em que o CBD foi negado, liguei para a Anvisa para saber quando saíria uma outra resposta. Em conversa informal quando era repórter da *Folha*, Dirceu Barbano, diretor na época, disse que o processo só seria analisado após as eleições. Comecei a ter, assim, a dimensão que essa controvérsia tomava. A dimensão da Anvisa para mim, como jornalista, sempre foi de uma agência estritamente técnica e respeitada. Era comum ouvir relatos de especialistas a esse respeito. "A Anvisa é séria e competente", diziam. Havia ponderações sobre burocracia, demora, mas, no geral, o consenso era de que a agência era eficiente. O próprio Crippa passava essa dimensão nas reportagens feitas sobre o canabidiol.

> Eu posso te garantir que eles mobilizaram muita gente, pesquisaram muito, mobilizaram tanta gente e tanta área técnica, que eu nem sabia que a Anvisa tinha tanta gente de regulação, de segurança, tem uma diretoria de importação até. Eles também pediram muito material nosso, a gente enviava. É gente muito séria que está lá (CRIPPA, 2016).

Mas era essa Anvisa técnica e competente que mantinha um composto que não causava dependência na lista de substâncias proscritas. E isso era o que muita gente não entendia — eu inclusa. Tudo bem que haviam as convenções internacionais, mas elas também sugerem que as listas possam ser atualizadas de acordo com o avanço científico. Um composto proscrito sai da lista se não causar dependência, não for tóxico, e for atestado o seu potencial terapêutico (OLIVEIRA, 2016).

Com tantas questões na órbita da reclassificação e sem um produto propriamente dito para circunscrever o debate, a agência passou a ter que considerar

muitas outras questões, inclusive a sua própria credibilidade como agência. Isso era uma das preocupações citadas por Chioro (2016). O que está em jogo nessas questões de regulação que incitam polêmicas é o enfraquecimento da própria agência. Antes de uma decisão, assim, é preciso que a Anvisa estabeleça um diálogo. Ela tem que ser um ator político no sentido de que, ao tomar uma decisão sem o mínimo consenso social, a sua própria posição enquanto instituição e sua legitimidade fica abalada. E esse é um dos aspectos do estudo da controvérsia que fica claro para mim nesse trabalho: o debate em torno da importação do que se chamou de canabidiol abriu fissuras que escancarou os motivos pelos quais a agência existe em primeiro lugar. Cada um passou a interpretar a posição da agência de uma forma a partir desse debate. Assim, se ela é uma autarquia de proteção à saúde, como poderia deixar crianças morrerem? Na outra ponta, se protege à saúde, como poderia legalizar a maconha? O equilíbrio entre essas controvérsias que, de ambos os lados, questionavam a própria existência da agência e a sua legitimidade, precisava ser alcançado. E não é a primeira vez que isso acontecia, como lembra Chioro (2016).

> Nós viemos de uma experiência muito ruim no Congresso Nacional em relação aos medicamentos anorexígenos, como derivados da anfetamina. Houve um decreto legislativo que derrubou o da Anvisa. Anos antes, tínhamos tido uma liminar do Supremo que derrubava uma decisão da agência de proibir cigarros mentolados, com aditivos como cravo e canela. A gente não podia correr o risco de fragilizar a agência porque não há nada pior para um País do que ter um órgão regulador da vigilância sanitária deslegitimado, enfraquecido e ridicularizado pelas demais instituições. Seja pelo governo, seja por outras instituições públicas, seja por qualquer um (CHIORO, 2016).

Diante do processo de reclassificação do canabidiol, então, um outro aspecto nem sempre em evidência quando se trata de uma agência de vigilância sanitária ficou claro: é o seu lugar institucional, seu lugar no mundo, as bases e os valores que a sustentam, os princípios que a validam e, inclusive, a ideia de que é preciso ter um país sério, com instituições fortes. Em entrevista para esse trabalho, Barbosa (2016), presidente que substituiu Jaime Oliveira, cita o quanto isso era uma questão durante o processo, de assegurar o papel da agência e o seu lugar crível. Em entrevis-

ta, ele retomou o episódio-gatilho para a criação da Anvisa: as pílulas anticoncepcionais de farinha e citou ser esse um aspecto fundamental. Barbosa diz que agência tem que passar segurança, e tem que ter credibilidade pra isso, tem que dialogar com os demais poderes para que ela não só tenha essa segurança sanitária, mas a segurança política para tomar decisões.

Essa divergência demoraria um tempo para se dissolver. E ela não seria fácil. Não bastaria apenas fazer com que a diretoria colegiada da Anvisa fosse na mesma direção da área técnica. A percepção é de que havia algo por trás, um ruído, uma informação que estaria contaminando o debate. Era preciso dialogar. Formar uma rede para que não houvesse esses lados extremados — para que a Anvisa deixasse de ser técnica vs. política e estivesse presente na articulação desses dois âmbitos.

E foi isso que o Jaime, junto com o Senad e o Ministério da Saúde fizeram. A história, que vai ser melhor detalhada nos aspectos políticos dessa controvérsia (seção "A Política" p. 195) se desenrola no sentido de criar uma grande rede de diálogo institucional na procura de pontos em comum e de diálogos que favorecessem a reclassificação. De antemão, a ideia, que foi mostrada no relato de muitos dos entrevistados era de descontaminar o debate do canabidiol com o maconha (CHIORO, 2016; CRIPPA, 2016; JAIME, 2016; VITORE, 2016).

Figura 4: Cópia de CD com assinaturas presente no processo da Anvisa sobre reclassificação do CBD

Enquanto isso, depois de negada a reclassificação do CBD, mais pedidos de importação chegavam até a Anvisa e, com a repercussão na mídia, o fato é não daria simplesmente para acabar com o assunto até a reclassificação. Relatos de novas famílias em busca do medicamento chegavam à mídia. Abaixo-assinados foram enviados [Fig. 6]. E, com isso, as instituições fizeram um longo processo de articulação e de diálogo em que era preciso separar os debates e isolar o canabidiol como uma questão de saúde unicamente.

> Havia muita confusão sobre o canabidiol com o uso recreativo da maconha. As pessoas falavam na época que a discussão era sobre a descriminalização da maconha, que estavam liberando o uso da maconha, e essa discussão é muito ruim do ponto de vista da comunicação, principalmente em relação à Anvisa, pois ela não é uma agência que cuida de aspectos criminais do consumo de drogas. Ela utiliza as análises feitas das substâncias para decidir que tipo de substância causa algum dano, dependência ou tem ação terapêutica. E, para a Anvisa, era importante que essa discussão fosse colocada nos trilhos para explicar o que realmente estava sendo discutido — que não tinha nada a ver com a descriminalização da maconha, mas era a classificação de uma substância específica. No meu modo de ver, foi o principal trabalho feito durante esse período, porque houve

> audiência pública na Câmara e no Senado, houve debate no Conad, houve uma estratégia de comunicação na Anvisa para separar uma coisa da outra, por meio do site da Anvisa, das notas que a gente soltava para a imprensa e as entrevistas. A agência mudou a abordagem para fazer uma diferenciação clara entre as duas coisas (OLIVEIRA, 2016).

A estratégia da Anvisa, de separar as discussões, inclusive por meio da comunicação e da assessoria de imprensa, se viu também entre os jornalistas. Isso foi algo nítido para mim desde o início: nunca pensei que uma pauta correlata seria falar sobre a descriminalização das drogas. A pergunta desde o início era sobre se a Anvisa iria liberar o composto para que as famílias pudessem usar. Isso também foi uma sensação que percebi em outros jornalistas entrevistados. Roberta Machado (2016) fez até essa escolha conscientemente — posso dizer que, da minha parte, nem sequer pensei sobre o assunto propriamente.

> Eu tive a necessidade de separar o uso medicinal do uso recreativo. A palavra maconha tem um peso muito forte. Então, eu tinha um cuidado na hora de escrever a matéria, na hora de falar sobre o assunto. Vi a necessidade de separar porque as pessoas começam a misturar e isso atrapalha. Eu senti que atrapalhava, sabe? Atrapalhava quem tinha o interesse medicinal. Então, no jornal, eu separava e deixava claro que era o uso médico (MACHADO, 2016).

A percepção de que o canabidiol foi "separado da maconha" pode estar atrelado ao fato de que, para muitos, o canabidiol tinha a sua origem na planta. Para Alexandre Crippa, que trabalha com canabidiol sintético, essa separação nem seria necessária porque o canabidiol não é maconha e pode ser, simplesmente, obtido de maneira sintética. Era difícil, no entanto, fugir da maconha. Crippa (2016) conta que muitos trabalhos da USP despertaram curiosidade na imprensa por serem da maconha e havia um interesse da mídia de associar o canabidiol com a maconha, "como se o canabidiol fosse a maconha e, na verdade, ele é um dos compostos" (CRIPPA, 2016).

Com a mídia e um processo de articulação que envolveu todas as esferas do governo, o canabidiol foi reclassificado em 14 de janeiro de 2015, quase um ano

depois da primeira reunião que avaliou a substância. Quatro diretores da Anvisa votaram a favor da reclassificação. A mudança de status da substância agilizou o processo de importação e, em abril de 2015, a agência fez o cadastro de cinco laboratórios. Isso dispensaria que as empresas fossem analisadas a cada processo e o pedido passou a sair no prazo de 7 dias. A medida foi publicada no Diário Oficial no dia 28 de janeiro de 2015 (ANVISA, 2015).

A reclassificação foi comemorada, mas a controvérsia em torno do CBD estava longe de cessar. Muitas questões ainda precisavam ser pensadas. A reclassificação deu o recado para a sociedade, como salientou Jaime, mas ainda haveria muita pressão e arestas. Uma delas, segundo Crippa (2016), é que há uma série de canabinoides que não merecem estar na lista — entre eles, o próprio THC deve ser analisado porque ele tem ação terapêutica. A visão dos cientistas da USP, no entanto, é a de que a Anvisa fez um esforço razoável para estudar o canabidiol e articular a classificação. Havia um entendimento também, entre a comunidade acadêmica, de que a reclassificação seria importante para os estudos. Ramires (2016), médico e pai de Benício, portador da Síndrome de Dravet, foi um dos que passou a fazer estudos com o canabidiol depois da reclassificação. Segundo ele, muitas das pesquisas jamais passariam por um Comitê de ética — e ainda hoje há dificuldades.

Outra questão que não ficou clara durante o processo de reclassificação é o custo do canabidiol que, segundo relatos das famílias, a depender do peso da criança pode chegar de R$ 2.000 a R$ 10.000 (BRITO, 2016; CARVALHO, 2016; RAMIRES, 2016). Ainda, há uma percepção de que muitas demandas não chegaram à agência ou sequer foram consideradas. Na percepção de Emílio Figueiredo (2016), advogado de cultivadores, a decisão da Anvisa não fez diferença para muita gente. Muitas famílias não podem arcar com a importação e, para realmente fazer diferença na vida dos portadores, seria preciso pensar, mais detalhadamente, sobre a possibilidade de autocultivo para a obtenção do óleo. Figueiredo diz que, sem uma posição da agência sobre isso, ele estimula as pessoas a fazerem o seu próprio remédio porque "contra a vida, nada pode."

> Eles esqueceram de outras milhares de pessoas que também precisam da cannabis medicinal para se tratar. Volto a dizer: contra a vida nada pode, não tem proscrição que valha. Se

> aquela planta vai salvar uma vida, eu não quero saber se eu vou ficar de cinco a quinze anos na cadeia, eu vou falar para aquela pessoa cultivar e fazer o próprio remédio (FIGUEIREDO, 2016).

Nessa questão, novamente, a Anvisa se encontra no meio de uma polêmica sobre a sua legitimidade. Ela é uma agência de proteção à vida, mas há controvérsias sobre o que essa proteção de fato significa e não é fácil defini-la. O impedimento do autocultivo para Carvalho (2016), Figueiredo (2016), Brito (2016), Nemer (2016) e Ramires (2016) é um atentado contra a vida. Para Chioro (2016), o atentado contra a vida, no entanto, é a falta de vigilância, a falta de controle sobre o uso de substâncias terapêuticas que podem, no limite, custar uma vida.

E uma das variáveis que talvez expliquem a diferença das duas posições, para além do custo, é o tempo. Muitas dessas crianças portadoras de doença rara não tinham o tempo a seu favor. O relato das mães é de que qualquer convulsão poderia ser fatal. São muitos os relatos de dias no hospital, com a angústia de que a vida pode se esvair a qualquer momento. A Anvisa, no entanto, precisa do tempo. O tempo, a espera, é o que a agência não pode prescindir para se certificar da segurança, para ter todos os estudos clínicos detalhados e para articular diferentes posições no caso de uma decisão polêmica. Conseguir achar um ponto comum entre esse vários "tempos" foi um desafio — e continua a ser. Enquanto o tempo para a Anvisa é um aliado para encontrar respostas; na outra ponta, a percepção era de uma agência obscura e fria.

> Eu tentei várias vezes desde o início [do debate, antes da reclassificação]. Eles não tinham informações para dar, tanto é que eu tenho vários e-mails enviados para a Anvisa sem respostas, até que saiu um formulário para a gente pedir autorização, de tanto a gente ficar ligando e pedindo. Foi um parto, mesmo assim, demorava muito para autorizar (CARVALHO, 2016).

> A Anvisa é uma agência reguladora. Quando o canabidiol estava na lista de substâncias proibidas, ela estava seguindo as normas daquela época. O que se conseguiu foi com que eles voltassem atrás em uma pauta que já estava definida. Isso realmente foi um fato inédito, já que a Anvisa nunca voltou atrás em uma decisão. E tudo por causa de uma demanda social que fez eles reavaliarem. Eu acho isso incrível. O papel deles é muito importante no Brasil. Eles têm que regular e tomam decisões

> cautelosas. Analisando friamente, eles até estão certos em ter tanta cautela. Mas como mãe ou familiar a gente não aceita esse tempo deles. Por um lado eu fiquei muito chateada com a Anvisa, muito brava com a demora, mas eles têm a razão de ter cautela (FISCHER, KATIELE BORTOLI, 2016).

Dessa diferença de tempos e talvez por uma alçada que a Anvisa não ousaria entrar — a do THC — para muitos, ficou a impressão de que a reclassificação foi inócua. E há ainda a visão de que a Anvisa foi "medrosa", de que ela não comprou a briga que realmente precisava ser comprada para beneficiar o maior número de pessoas.

> Eles tiveram um posicionamento, na minha opinião, muito medroso, e limitou o uso. Não existe nenhum tipo de regulamentação para quem vai cultivar aqui. O custo da importação é muito caro. O pesquisador não tem matéria-prima para fazer pesquisa. Quem tem dinheiro, tem acesso, simplesmente paga despachante aduaneiro e tem o melhor atendimento possível. Mas chega gente desesperada aqui, comprando até maconha na boca para fazer remédio. É esse tipo de pessoa que chega e eles não querem nem saber (NEMER, 2016).

Uma consequência da diferença de tempos que levanta questionamentos sobre a posição da Anvisa é que, quando a agência espera demais, ela fica muitos passos atrás em um parâmetro que ela mesma presa: a regulamentação sanitária. O que dizer de pessoas que já estavam utilizando a maconha de traficantes para o uso medicinal, devido ao alto custo do canabidiol? Elas não tão só estão excluídas socialmente — já que não conseguem arcar com os custos do importado — como estão excluídas da própria regulação sanitária. Como fazer, então, uma regulação sanitária que seja para todos, sem comprometer a segurança? Essas questões mostram que a regulação sanitária não depende só da Anvisa ou ficam circunscritas à avaliação de estudos que chegam até ela, mas de ver se os portadores dessas doenças têm o acompanhamento necessário, se possuem meios para comprar o medicamento e, se, dentro desse contexto, o autocultivo poderia ser uma alternativa "compassiva", que levaria em conta também as determinantes sociais da saúde.

Os determinantes sociais da saúde dizem respeito ao entendimento de que as condições de vida, sociais, de renda e de trabalho dos indivíduos estão relacionadas com sua situação de saúde. O conceito é englobado em políticas de saúde e é um dos pressupostos da Organização Mundial de Saúde para as suas proposições. Foi um longo processo histórico para se chegar a esse consenso, que ganhou força quando situações sociais que possibilitavam a contaminação de água e alimentos, bem como riscos ocupacionais, exerciam ação direta sobre as condições de saúde da população. Em diversos autores, esse entendimento chegou ao ponto da afirmação de que a ciência médica é essencialmente uma ciência social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

> O fato do canabidiol ter saído da lista de substâncias proibidas mudou zero pra gente porque não existe nem canabidiol puro. Então, é uma regra que nem é cumprida porque se eu pegar os extratos que vêm dos importados, todos eles têm percentual de THC. Ninguém manda canabidiol puro. Nem a *Hemp Meds*. Sempre tem um percentual de THC, por menor que seja. Então, para você ver, é um país tão hipócrita, com regulamentações hipócritas da Anvisa, do Conselho Federal de Medicina e do Ministério da Saúde. É preconceito e falta de informação. Os médicos são extremamente mal-informados, com algumas exceções, mal preparados e mal formados. E ainda usam a ciência e a vida como escudo (NEMER, 2016).

Uma agência lenta

No jornalismo, havia a percepção de que a Anvisa era lenta, de que não havia fontes disponíveis, relata Felipe Igreja (2016), da rádio *CBN*. Também Roberta Machado, do *Correio Braziliense* (2016), cita também que é muito difícil ter qualquer acesso à área técnica. Todo o trabalho de comunicação da agência passa pela assessoria. A minha percepção é a mesma de Igreja e da Roberta — a Anvisa estava lenta nas informações, principalmente antes da reclassificação (o que é compreensível, já que ela mesma não sabia o que iria fazer). Depois da reclassificação, a comunicação estava ágil, mas se fosse pedida alguma entrevista, a demora poderia se estender por semanas. Também, para qualquer assunto, quem responde é o diretor da agência. Não há qualquer comunicação com nenhuma outra diretoria da agência ou área técnica.

Para esse trabalho, o pedido de entrevista com Jarbas Barbosa, o diretor-presidente da agência, foi feito via assessoria de imprensa. A entrevista demorou meses para sair, e foi feita pessoalmente em Brasília. Na sala dele, estavam outros três assessores no momento da entrevista e eu tive 20 minutos para esse trabalho. Pouco aproveitei e, por isso, há poucos relatos dele aqui. Nos meses que se seguiram a essa conversa, tentei durante três meses, pelo menos, uma nova entrevista com o Jarbas por telefone, sem qualquer sucesso. Nunca tive acesso a um contato direto com ele. E nem o ramal do assessor direto me foi passado. Com Dirceu Barbano, diretor em exercício durante o surgimento da demanda das famílias, fiz diversos contatos também. Ele foi receptivo no início, marquei uma entrevista, e depois disso nunca mais respondeu a esse contato. O último deles foi feito até no momento de revisão desse trabalho — sem resposta.

A experiência de muitos com a agência é de que há uma dificuldade com os processos burocráticos — há um entendimento da diretoria, e na ponta, acontece outra. Para a processo conseguido lei de acesso à informação, enviei uma procuração para que um amigo fosse buscar o documento em Brasília, e me enviasse via sedex em São Paulo. Chegando lá, no entanto, ninguém achava o processo, muito menos a procuração que eu havia deixado. Tentei ligar para a Anvisa para saber exatamente onde buscaria, em qual setor, não consegui a informação e me diziam que eu tinha que pagar a guia. Eu já havia pago a guia semanas antes. Decidi tentar a sorte. Com o meu amigo no guichê, ligações e e-mails depois, o processo foi encontrado.

A minha experiência e a de jornalistas, no entanto, não chega nem perto do que muitas famílias e pesquisadores passam para conseguir "desembaraçar" o canabidiol. Mesmo após a reclassificação, a encomenda só chegava em Viracopos, Campinas, e muitas famílias não tinham como ir buscá-la — isso acontecia com os Fischer, por exemplo, que são de Brasília. Quem podia pagar, pedia para um despachante aduaneiro liberar o produto. Katiele relata (2016) suas viagens à Viracopos para buscar o canabidiol e dos altos impostos praticados. Foi por meio do Senad que a família Fischer conseguiu uma reunião na Receita Federal para verificar o que poderia ser feito para agilizar a entrega do produto e vê-lo livre de impostos. Até isso acontecer, no entanto, seria uma saga. Roberta Machado (2016) conta que tentou apu-

rar o que estava acontecendo, mas nem mesmo a Receita Federal tinha informações do que era preciso ser feito.

> Você lembra que teve a questão do imposto? A gente foi fazer essa matéria, e foi muito difícil fazer, a gente precisava de entrevista com a Anvisa e com a Receita Federal. Ninguém tinha informações claras sobre o canabidiol preso em Viracopos. Eles passavam as informações via assessoria de imprensa, informações de documentos, com leis, com regimentos internos, e nada daquilo estava claro. Eu lembro que, nesse dia, eu liguei várias vezes para entender, transformar essas leis e esses regimentos internos em explicação clara, porque ninguém sabia explicar o porquê do CBD estar preso, qual era o imposto que estava sendo cobrado. Eu tenho a impressão de que nem eles entendem aquilo ali, nem eles conseguem explicar o porquê daquilo. Foi interessante porque essa necessidade de explicar foi uma novidade imposta para eles por necessidade das famílias e pela própria pressão da mídia (MACHADO, 2016).

Por conta da burocracia e na tentativa de baixar preço e negociar impostos, as associações de pacientes foram criadas. Uma delas foi a AMA+ME, que tem Margarete (2016) e Ramires (2016) entre os fundadores. Mesmo as associações, enfrentam uma série de dificuldades com a burocracia e há falta de informações claras sobre os procedimentos. Ramires (2016), que passou a fazer estudos com o canabidiol e receitá-lo para pacientes terminais de câncer, faz um relato que exemplifica a dificuldade que ainda é a importação do canabidiol para pessoas que estão em situação terminal. O relato de Ramires dá conta das desigualdades sociais, regionais, da falta de inclusão digital, da dificuldade de conseguir a prescrição e de diversos fatores que dificultam o consumo e o processo de importação do canabidiol, como estabelecido pela agência. Além disso, mesmo após a reclassificação, há o problema de falar que a encomenda é um derivado da maconha. Ramires (2016) relata que, com isso, tudo se complica.

> Pra você ver, eu tinha 4 pacientes: 3 em estado terminal de câncer (estágio 4) e um com dor neuropática. A primeira encomenda veio e chegou lá em Viracopos, com tudo certo: ofício da Receita Federal, ofício da diretoria da Anvisa, com todas as autorizações individuais, com todas as receitas separadas, com as

> notas fiscais. Tudo direitinho. Mas aí veio para um endereço e, não sei como, eles confundiram destinatário com importador. Entende isso? Desculpa desabafar.... Você conversa com uma pessoa lá em cima, mas na hora de operacionalizar, isso nem existiu. Então, você fica do lado de cá, gastando telefone, gastando dinheiro, passagem de avião, para quê? E não é só a dificuldade, nem é só a Justiça, a Anvisa, a Receita Federal, a questão também é o conteúdo. Enquanto você não fala o conteúdo, não tem problema algum, quando você fala, você sofre lá. Você precisava ver: a gente teve que envolver o gabinete da presidência da Anvisa três vezes para liberar uma encomenda. Aí, o presidente da Anvisa faz o documento e nisso já passou três dias. Então, toda compra coletiva é uma complicação. É uma falta de respeito com o cidadão que tá doente do outro lado, que pagou caro. Aí, um funcionário diz: "peraí, que eu vou falar com o chefe da repartição" e aí o chefe não foi trabalhar no dia.... e as pessoas do outro lado? Você fica amarrado. E isso é só uma parte da história. No Pará, tem paciente que pra chegar a um posto de saúde, tem que viajar 4 horas de barco. E você acha que todo o brasileiro é incluído digitalmente? Nós demoramos quase 6 meses para incluir a autorização para todos os pacientes. E eu falo: "eu preciso da cópia da sua identidade digitalizada". A pessoa responde: "ah, amanhã eu pego o barco"... e quatro horas depois chega na *lan-house*. A dificuldade começa por aí. E, antes disso, tem que achar alguém que prescreva. O Paulo Fleury, que é parceiro meu num estudo observacional de autistas tratados com canabidiol e diretor médico científico da Ama+me, já pegou um avião em Belo Horizonte e foi pra Belém do Pará, atender coletivamente autistas e epiléticos lá com passagens que já saíram do bolso dele (RAMIRES, 2016).

As dificuldades para prescrição foram outro imbróglio que, embora não dissessem respeito exclusivamente à Anvisa, dificultava as importações. Mesmo com a substância fora da lista de substâncias proscritas, é difícil encontrar quem a prescreva. Um outro trabalho das associações de pacientes é fazer uma compilação de especialistas no Brasil que receitem o composto porque muitos não conseguem a prescrição dos médicos que acompanham o caso. A própria Anvisa teve que enfrentar a questão das prescrições — e há um embate da agência com o Conselho Federal de Medicina sobre essa questão.

A reclassificação do canabidiol saiu em janeiro de 2015, enquanto o Conselho Federal de Medicina regulamentou o composto pouco tempo antes, em dezembro (CFM, 2014). A regulamentação estabelecia que a prescrição seria feita para crianças e

adolescentes com epilepsia refratária até os 18 anos. Também dois especialistas poderiam receitar o canabidiol: neurologistas e psiquiatras. A demanda, no entanto, passou a extrapolar essas enfermidades. E, por isso, muitos gostariam que o canabidiol entrasse numa regulamentação que o Conselho Federal de Medicina já possuía sobre o uso compassivo, que prevê o uso em casos em que tratamentos existentes já haviam sido utilizados sem sucesso.

O entendimento sobre a regulamentação do CFM é que houve uma restrição do uso que acabou, por sua vez, dificultando as importações (ARANHA, 2016; FISCHER, NORBERTO, 2016). O laudo médico e a receita médica, um dos pré-requisitos para que se conseguisse a importação do composto, passaram a estar sujeitas à regulamentação do conselho. Isso, por um lado, dava mais segurança aos médicos e a pais de crianças com epilepsia; para outros casos, entretanto, incidiam agora sanções sobre a receita.

A necessidade de regulamentação e de reclassificação tem essa dupla-característica: reconhece-se a existência do canabidiol e o seu potencial terapêutico, mas também esse potencial é analisado sob determinadas condições — e, nesse caso, muito atrelado à pressão que foi feita pelas famílias. Enquanto, ilegalmente, havia a possibilidade de o produto simplesmente chegar em casa e ser usado para qualquer enfermidade; agora, regulamentado, a burocracia e a restrição podem ser ainda maiores. O reconhecimento institucional da substância deixou mais clara em que circunstâncias poderiam se enquadrar a ilegalidade.

O impasse de regulamentações também trouxe à tona questões que não viriam sem esse regulamento. E uma delas foi que resolução do Conselho Federal de Medicina trouxe um problema para a Anvisa. Continuavam a chegar na agência pedidos e receitas médicas que não seguiam a regulamentação do conselho. Em seu exercício, o diretor-presidente Jarbas Barbosa limitou às importações somente para casos que seguissem a regulamentação do CFM. O número de aprovações, assim, caiu. Até o início de agosto de 2015, 86,3% dos pedidos de importação de canabidiol encaminhados à Anvisa foram aprovados (894 de 1.036). Já entre 14 e 31 de agosto, somente 30,6% dos pedidos receberam autorização (34 de 49) (G1; BEM ESTAR, 2015).

Entre as receitas que chegavam à agência, muitas eram de um médico do Rio de Janeiro que receitava o medicamento para a dor (BRITO, 2016; MACHADO, 2016). Muitos dos pedidos da Anvisa que não seguiam a regulamentação vinham por intermédio dele — e essa era uma das questões levantadas na reunião, segundo informou a Margarete Brito (2016). Tentei contato com esse especialista, mas não obtive resposta. Chegavam também até a Anvisa pedidos do canabidiol para Parkinson, câncer, esclerose múltipla e epilepsias na fase adulta. Muitas dessas pessoas conseguiam importar antes da resolução do CFM, porque havia um pedido médico; depois da resolução, entretanto, isso não foi mais possível. A família Fischer foi acionada para tentar intermediar essa questão por pacientes. Norberto conseguiu uma reunião na Anvisa por meio de Vitore Maximiano. Nessa reunião, além de Norberto Fischer, estavam Leandro Ramires, Vitore Maximiliano, Margarete Brito e Cidinha Carvalho. [33]Abaixo, Fischer e Ramires fazem um relato da reunião e das impressões que tiveram sobre ela. A partir deles, é possível entender como foi essencial essas pessoas serem recebidas para que a Anvisa entendesse que seguir a resolução do CFM poderia afastá-la de outras demandas que estavam sendo feitas.

> As pessoas começaram a ligar para a gente para avisar que a Anvisa estava negando, dando parecer contrário. Eu me lembro do caso do Raimundo, que tem Parkinson. Ele estava tentando importar de forma legal. Ele já conseguia importar de forma ilegal, mas queria comprar oficialmente o canabidiol. Eu liguei para o Vitore e disse: "não estou conseguindo marcar uma reunião na Anvisa, consegue pra mim lá uma reunião com o Jarbas porque precisa ver o que está acontecendo e reverter essa situação". Foi aí que o Vitore pediu a reunião em nome do Senad. Eu cheguei na reunião e pedi até para falar primeiro, caso o Vitore não se importasse, porque eu estava com o negócio atravessado na garganta. Então foi assim: o Vitore agradeceu a reunião, fez uma contextualização, apresentou o grupo, falou da importância da Anvisa de estar nos recebendo ali. Depois, ele passou a palavra pra mim. Eu fui com os dois pés no peito do Jarbas, já fui atacando e falando assim "que se a Anvisa negasse para algum paciente e o paciente viesse a falecer e depois o pessoal provasse que faleceu por falta de tratamento, que ele pessoalmente ia responder", para você ver o nível da conversa. O Jar-

[33] Para mais informações sobre esses atores, ver seção "Entrevistas e Mapeamento da Rede", p. 25.

> bas deu uma risadinha e já foi falando que ia esperar a gente terminar de falar, mas que tinha informações positivas. Ele disse que ia ser montado um painel de evidências. O Leandro Ramires também apresentou e deu um show, falando das evidências. O Jarbas convidou ele para o painel (FISCHER, 2016).

> Eu logo falei na reunião que eu era contrário ao CFM, que eles iam restringir só pra epilepsia. Falei também que o conselho deu autorização para psiquiatra. E o que psiquiatra entende de epilepsia? Não entende nada disso. E eu? Como eu faço? Eu sou cirurgião geral, depois eu fiz cirurgia oncológica, e depois eu fiz mastologia. Eu não prescrevo canabidiol para pacientes epilépticos refratários graves porque eu não sou neurologista e essas crianças dependem de uma pessoa próxima porque elas geram muitos episódios de urgência e eu não tenho a menor habilidade para atendê-los. Mas uma pessoa que tem artrite, que faz quimioterapia, e a dor dela não passa de jeito nenhum por conta do poder inflamatório da doença. Ela já está com o joelho torcendo e não está conseguindo andar. Eu poderia prescrever canabidiol porque a dor dela vai realmente ficar muito melhor. Então, como a Anvisa cedeu para crianças epilépticas, por que não vai ceder para quem está com câncer de mama, triplo negativo, que é um câncer de mama que corresponde a 15% do cânceres e desses 15%, mais da metade expressa receptores canabinoides? O modelo experimental criado com células humanas desse câncer mostra que a resposta é infinitamente superior ao quimioterápico. Então, você, que é mulher, que tá fazendo uma dissertação de mestrado, tem um câncer triplo negativo? Você vai esperar a ciência chegar? Você vai esperar um estudo duplo-cego randomizado que vai trabalhar com uma sobrevida de 5 a 10 anos? Você vai esperar? Não vai. E é o canabidiol que vai fazer mal para você? Ah..... Eu sugeri um painel com 16 pesquisadores brasileiros, a maioria de universidades públicas federais do País. A UFMG, a UnB, a USP, a Unicamp. E a Anvisa chamou um representante do Ministério Público Federal, e chamou um representante do CFM, chamou também um representante do Ministério Público. A partir do painel, o Jarbas reconheceu que a Anvisa não tinha nenhuma competência para poder impedir o uso compassivo (RAMIRES, 2016).

As instituições têm um papel e um lugar na sociedade referendado para que benefícios sejam alcançados por meio da sua existência. Elas não podem perder de vista esses benefícios, o porquê delas existirem. E esse processo da reclassificação abriu uma fenda para que essa visão fosse inevitável. A instituição foi pressionada a ver o porquê dela existir, para além do desdobramento da sua sigla, uma "agência de

regulação sanitária". O que é essa regulação sanitária, ela está ali para quê, com quê objetivo, e quando esse objetivo pode se contrapor a um bem maior? A regulação sanitária é a própria vida, o ideal máximo de saúde?

No meio da burocracia, de respeito às instituições e de regulamentações que vão se sobrepondo — chega-se ao ponto de seguir o que está no papel sem quaisquer questionamentos. Mas foi essa controvérsia e o diálogo com as famílias que possibilitaram com que a Anvisa visse além do papel e usasse suas próprias regras e entendimentos para beneficiar também pacientes. Ela conheceu quem está por trás daquele pedido, viu quais os benefícios que aquela pessoa busca e, verificou que, para além da papelada, não havia um risco alto envolvido na operação, do ponto de vista da regulamentação sanitária. O canabidiol possibilitou esse diálogo a ponto de que agência reconhecesse que era preciso ser independente do CFM para cumprir o seu papel. E assim ela o fez. Em outra circunstância, Mauro Aranha, presidente do Cremesp, comenta sobre o posicionamento da Anvisa nesse aspecto. O Cremesp, que hierarquicamente responde ao Conselho Federal de Medicina, regulamentou o canabidiol antes do CFM. Aranha (2016) diz que as instituições conversam, mas que nenhuma deve ser totalmente submetida a outra.

> Faz sentido a Anvisa tentar conversar com o Conselho Federal de Medicina para ver se o conselho não pode abrandar um pouco as exigências. Eu acho que é assim que funcionam as instituições. Nenhuma tem que ser totalmente submetida à outra (ARANHA, 2016).

A ideia das instituições trabalharem com o diálogo, mas também com alguma independência — quando valores nem sempre conciliáveis estão em jogo, é algo que chama atenção nessa rede que foi estabelecida para que pacientes conseguissem ter acesso ao canabidiol. Aquela variável do tempo — que opunha a Anvisa a pacientes. A Anvisa precisando do tempo para mais pesquisas e os pacientes querendo um alívio para sua dor — se viu agora na oposição entre o Conselho e a Anvisa. Para a Anvisa, se o composto não apresenta toxicidade e nem causa dependência, não estava na alçada dela decidir para quais condições o canabidiol seria prescrito.

Fortes (2016), do Conselho Federal de Medicina, disse que o CFM irá recorrer

dessa decisão da Anvisa. Ele não se alongou muito sobre o porquê dessa posição e se limitou a dizer que mais detalhes sobre esse aspecto estão sob sigilo. Essa posição da Anvisa, de aceitar os pedidos e estabelecer uma independência do CFM, foi referendada pelo seu ex-diretor, Jaime de Oliveira.

> Essa é uma questão jurídica que pode gerar discussões. Você certamente pode ouvir posições contrárias sobre isso. A minha posição é de que a verificação de que resoluções do CFM vem sendo cumpridas ou não dos profissionais ligados ao CFM, é uma atribuição do CFM. A Anvisa tem suas próprias regulamentações e, em se preenchendo as regulamentações, a Anvisa não só pode, como deve tomar a decisão de liberar a importação. É importante lembrar que para todas as liberações feitas havia uma prescrição médica. Então, profissionais habilitados com o registro no CFM, portanto, habilitados para a função médica, estavam prescrevendo. Se a prescrição era feita ou não de acordo com o entendimento e resolução do CFM, é uma coisa para o CFM avaliar e julgar. O que é importante — e o que a Anvisa fez — foi informar o CFM das prescrições que estavam sendo feitas. Informou qual era a qualificação do médico e para qual doença estava sendo realizado o pedido. Isso foi feito, agora mesmo tendo a prescrição, mesmo preenchido os requisitos da Anvisa... não liberar... mas esse é um entendimento meu, ok? Outras pessoas podem ter um entendimento diferente (OLIVEIRA, 2016).

Mas, como as controvérsias nesse mapeamento não cessam, a prescrição não seria a única polêmica que surgiria após a reclassificação do canabidiol. Uma outra controvérsia, ainda não muito bem resolvida, também coloca a Anvisa na berlinda. É a controvérsia do THC, que foi uma questão que estava latente desde o início da demanda das famílias, atrelada ao fato de não haver canabidiol puro disponível no mercado. Isso é um outro ponto. O tempo todo falava-se de uma substância, o canabidiol, que, na prática, existia realmente? A regulamentação da Anvisa permite a importação de produtos com CBD, há algumas indústrias catalogadas para o pedido, mas há muitas incertezas quanto à composição. Zuardi (2016) relata que a USP fez testes com o composto, mas que as variações de THC são muito variáveis, às vezes alta. O CBD também não foi "liberado", ele foi reclassificado e passou para uma lista

de substâncias controladas. Como vimos por meio dos depoimentos e das dificuldades enfrentadas, sua circulação e entrada no País está longe de ser fácil.

O imbróglio em torno do THC já começou antes mesmo do canabidiol ser reclassificado. Em 2014, uma mineira portadora de esclerose múltipla conseguiu liminar para a importação do Sativex, um medicamento para esclerose múltipla. Na ocasião, entrei em contato com a Anvisa para saber se havia outros pedidos do gênero. A agência respondeu que sim, havia um pedido de julho, mas que aguardava documentação complementar. Também perguntei se o Sativex, por conter THC, era proibido no Brasil. Ainda, perguntei se era possível importar medicamentos a base do THC. Seguem perguntas enviadas por e-mail à Anvisa, em apuração durante cobertura para a *Folha de S.Paulo.* As respostas foram enviadas pela assessoria de imprensa.

> **Monique Oliveira:** O Sativex é um medicamento a base de tetrahidrocanabinol, componente ativo da maconha, e faz parte da lista de substâncias proibidas no Brasil pela Anvisa?
>
> **Anvisa:** O Sativex não possui registro no Brasil. Conforme informações obtidas do site da empresa fabricante GW Pharmaceuticals (), trata-se de um medicamento que contém 2.5mg de Canabidiol (CBD) e 2.7 mg de delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) por cada 100 microlitros de produto. As duas substâncias são proscritas (proibidas) no Brasil por meio da RDC nº 32/2014 da Anvisa.
>
> **Monique Oliveira:** Mesmo com acordos internacionais proibindo a entrada de tetrahidrocanabinol no Brasil, um paciente conseguiria autorização para importar a substância por meio do "pedido excepcional de importação", feito diretamente na Anvisa?
>
> **Anvisa:** A solicitação da Autorização de Importação excepcional para a importação de medicamento sem registro no Brasil por pessoa física pode ser realizada para este medicamento, e será avaliada pela Anvisa.[34]

Nesse momento, assim como houve para o início da controvérsia do canabidiol, havia um entendimento da Anvisa de que a importação de medicamentos

[34] Comunicação pessoal recebida por e-mail em 28 de agosto de 2014 às 18:21.

com THC era possível. Não deu para entender, assim, porque a Anvisa irá recorrer de uma decisão da Justiça de março de 2016, que pedia um adendo na lista de substâncias proscritas. Segundo o juiz, a Anvisa deve fazer uma ressalva na lista F2 (de substâncias proscritas), explicitando que é possível o uso medicinal do THC. Esse status não reclassifica o composto — como foi feito com o canabidiol, mas reconhece-se o seu potencial terapêutico.

> Isto posto, conheço dos embargos de declaração, visto que tempestivos, para ACOLHÊ-LOS no sentido de aclarar a decisão recorrida, apenas para o fim de reconhecer que se deve eleger a inserção de um adendo à lista F2, que permita exclusivamente o uso medicinal registrado do THC, de forma supervisionada, permitindo-se o acesso da substância aos pacientes indicados, não havendo necessidade, por consequência, de se excluir a referida substância da lista de substâncias psicotrópicas de uso proscrito no Brasil. Considero que a determinação judicial concernente à criação de Adendo à Lista corrobora o que as próprias Embargantes admitem que deva ser feito, isto é, que sejam cumpridas as determinações correspondentes nos regulamentos legais e procedimentos estabelecidos, de modo que não há razão para que a prática reconhecida pelas próprias Rés não seja efetivamente formalizada (BRASIL. JUSTIÇA FEDERAL - 16A. VARA FEDERAL, 2016).

A Anvisa acabou liberando o uso medicinal do THC por essa ação judicial, mas disse que irá recorrer dessa decisão. Eu tentei entender o porquê da agência recorrer dessa decisão, uma vez que, desde o início, a Anvisa prevê o uso medicinal de qualquer composto, desde que comprovado o benefício terapêutico por laudo médico, mesmo sendo esse composto prescrito. Mandei alguns e-mails para a agência, e como a colega do *Correio Braziliense* (MACHADO, 2016), recebi uma série de resoluções, regulamentações e adendos que não esclareciam a dúvida. Ou não respondiam a pergunta exatamente. O grande imbróglio era esse: a Anvisa prevê que o THC seja importado medicinalmente, mas não quer formalizar isso em uma lista. Eu perguntei, o porquê, e a agência me respondeu que não há benefícios comprovando ação terapêutica do composto. E aí, o ciclo de dúvidas recomeça.... se não há estudos comprovando a ação terapêutica, como pode importar para uso medicinal?

Monique Oliveira: Em toda a história dos pedidos do THC e do canabidiol, uma das respostas da Anvisa é que esses pacientes não precisam entrar na Justiça, porque a agência já prevê a liberação do uso medicinal dessas substâncias, desde que o pedido fosse justificado com laudo e prescrição médica. Fiquei em dúvida com isso nessa história toda. Então, na prática, podia, mesmo com essa resolução de 1998? **Anvisa:** Sim. A Lei 11.343 já previa a excepcionalidade para usos medicinais. **Lei 11.343 —** *Art. 2º Ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas,* ***ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar****, bem como o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico-religioso.*

Parágrafo único. Pode a União autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais referidos no caput deste artigo, ***exclusivamente para fins medicinais ou científicos****, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, respeitadas as ressalvas supramencionadas. Art. 31. É indispensável a* ***licença prévia da autoridade competente*** *para produzir, extrair, fabricar, transformar, preparar, possuir, manter em depósito, importar, exportar, reexportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir, para qualquer fim, drogas ou matéria-prima destinada à sua preparação, observadas as demais exigências legais.*

Monique Oliveira: Então, se já pode, por que a Anvisa vai recorrer de colocar um adendo na lista? Já não é possível a importação do THC?

Anvisa: A Anvisa esclarece que muitos dos produtos à base de canabidiol e THC não são registrados como medicamentos em seus países de origem, não tendo sido, portanto, avaliados por qualquer autoridade sanitária competente. Assim sendo, não é possível garantir a dosagem adequada e a ausência de contaminantes e tampouco prever os possíveis efeitos adversos, o que implica em riscos imprevisíveis para a saúde dos pacientes que os utilizarão, inclusive com reações adversas inesperadas. A grande questão aqui é a falta de evidências de que estes produtos são realmente benéficos à saúde. Sem registro aqui ou em qualquer parte do mundo não se consegue comprovar nada. [35]

[35] Comunicação pessoal feita por e-mail com a assessoria de imprensa da Anvisa entre os dias 21 e 22 de março de 2016.

A controvérsia sobre o THC divide alguns pontos com a do canabidiol, do ponto de vista que ele tem ação terapêutica, mas há uma questão importante: o THC está expressamente listado em convenções de substâncias psicotrópicas. O fato de não haver estudos comprovando a eficácia, como agora mencionou a Anvisa em resposta ao meu questionamento, é muito parecida com as respostas dadas para o canabidiol. Há estudos mostrando o efeito terapêutico do THC, e inclusive medicamentos que o utilizam como princípio ativo (CRIPPA, 2016; RAMIRES, 2016; ZUARDI, 2016). O que não há é a mesma mobilização e pressão que houve em relação ao canabidiol. Há pacientes, mas poucas instituições saem à frente para fazer qualquer defesa e a USP se mantém reticente quanto à regulamentação do composto. Mas, para pacientes e famílias que utilizam o óleo clandestino, a regulamentação do THC e do autocultivo é uma demanda para ontem. Como é o caso de Cidinha Carvalho (2016), que utiliza o óleo para sua filha Clarian, portadora da Síndrome de Dravet, que contém THC e canabidiol. Ela reclama da falta de um olhar mais atento da agência sobre o THC que, sem uma regulamentação, fica à margem da vigilância sanitária. Cidinha gostaria que houvesse um controle sobre as sementes, sobre as plantas, para que ela e outras mães pudessem ter segurança de plantar em casa e irem testando para obter a dose terapêutica que desejam, como muitas assim fizeram com o canabidiol. Cidinha conta que o controle sobre as convulsões que obteve com o óleo artesanal é possível por conta do THC.

> Eu cheguei a ir ao Chile, participei da oficina das mães, da Mamá Cultiva, da fundação Daya,[36] aprendi a fazer o óleo ali no Chile e eu conversei com muitas mães lá e percebi que… porque assim, a minha filha... o óleo que eles fazem é das flores, realmente das flores, que é onde contém todos os canabinoides, né? O que gera aquele efeito. E as mães lá do Chile, elas têm a possibilidade de ir testando até encontrar uma que dê a melhor resposta no tratamento. E muitas mães que conversei, a melhor resposta encontrada... é 1 por 1 em THC. Mais THC do que CBD. E aqui o THC é banalizado. É visto como parte do mal, e não é nada disso. A minha filha está progredindo com o THC. Não tem que ouvir só o Crippa que está sintetizando a planta. Tem que ouvir todos os lados, abrir as possibilidades. Se acha que o artesanal é perigoso, que é tabu, então, que teste, que dê a

[36] Essa organização será detalhada no capítulo 4: "A rede invisível", p. 171.

> oportunidade de fazer pesquisas. Por que não faz isso? É mais fácil falar sem ver os resultados. E aí? Tem muitas crianças que não tem resposta positiva com o importado. Então, eu não vou importar só pra ficar na legalidade. Eu preciso da minha filha viva (CARVALHO, 2016).

Em entrevista, Mauro Aranha (2016), do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, citou o potencial terapêutico do THC, mas fez ressalvas com o fato do composto ser psicoativo.

> Mas a gente também não pode esquecer que tem uma pressão para o THC, e parece que algumas doenças respondem melhor ao THC que ao canabidiol. Ele deve ser visto com mais cuidado. O canabidiol a gente teve que romper o preconceito porque ele é extraído da maconha, mas ele não é psicoativo, ele não dá barato. O THC não, ele é extraído da maconha e é a essência do efeito psicoativo da maconha (ARANHA, 2016).

Em muitas das falas institucionais e até no próprio desenvolvimento da controvérsia é interessante observar que a discussão sobre o THC para no fato dele ser psicoativo, de causar "o barato", como dizem. Poucos são os que se alongam no potencial terapêutico do THC, mesmo quando há medicamentos que o utilizam como princípio ativo, como o Sativex. Ou até mesmo que se alongam no barato, que é retratado como um mal em si mesmo. De fato, o THC parece ser descrito como um primo mal do canabidiol, que foi pintado como "bonzinho". Hoje, olhando a cobertura sobre o canabidiol em retrospecto, eu fico me questionando o porquê de não ter perguntado mais atentamente o que de fato significa esse barato para a saúde. Ele era retratado como um mal em si. E o que é esse mal? O que isso de fato significa em termos de saúde? E qual a diferença do THC para os benzodiazepínicos, para a morfina e até mesmo o álcool? Que mais estudos são necessários? Por conta de algumas questões, como as descritas acima, a atuação da Anvisa e do CFM foi muito criticada e alguns observam poucos aspectos positivos na reclassificação.

> A atuação da Anvisa foi péssima. No mínimo insensível. E o Conselho [Federal] de Medicina foi pior ainda. São instituições que daqui a cem anos, daqui a alguns anos, vão ter de pedir desculpas à sociedade brasileira por impedirem as pessoas de

> fazerem o uso medicinal de uma planta, ou tentarem impedir, pois ninguém consegue impedir. A Anvisa dizer que as pessoas não podem usar uma planta porque 9% das pessoas que usam têm problemas... Me desculpa, mas muito mais pessoas têm problemas com sal, açúcar e gordura, e nada disso é criminalizado. Então há uma incoerência, uma incongruência, entre as práticas realizadas pela Anvisa e estas substâncias. Aquela reunião em que eles não reclassificam o canabidiol como uma substância controlada, foi o marco da insensibilidade do poder público com a saúde do Brasil, pois eles deviam ter classificado o canabidiol como uma substância apta para curar aquelas crianças. Quantas crianças morreram entre aquela audiência e a audiência do começo de 2015? Ninguém parou pra pensar (FIGUEIREDO, 2016).

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O meu primeiro contato com o Conselho Federal de Medicina durante a cobertura do canabidiol foi para verificar se os médicos poderiam prescrever o composto. Eu tinha recebido a informação de que era difícil encontrar especialistas que fizessem a prescrição. Nesse contato, eu tive dificuldades para explicar a dúvida. Os assessores não sabiam do que eu estava falando — e não tinham qualquer informação sobre o canabidiol, nem sobre o caso de Anny Fischer. Expliquei do que se tratava pausadamente e tive a informação de que os médicos não poderiam prescrever porque a substância era proibida.

Dada essa informação, liguei para a Anvisa. O diálogo estava difícil porque, na Anvisa, a informação era de que, sim, a importação era possível, desde que médicos a prescrevessem. Já no Conselho Federal de Medicina, órgão que pode prover a autorização para médicos prescreverem o canabidiol, a informação era de que a substância era proscrita e, portanto, a receita não poderia ser emitida. Coloco aqui, um dos e-mails trocados com a assessoria de imprensa do Conselho Federal de Medicina. Nele, eu dou um preâmbulo do que estava acontecendo, e digo que a Anvisa me informou de que médicos poderiam prescrever o composto, mesmo sendo ele ilegal:

> Caros, vamos lá. Terça-feira entrei em contato com o Conselho Federal de Medicina sobre o CBD (canabidiol), um dos princípios ativos encontrados na cannabis. Essa substância, embora não seja aprovada como medicamento, é vendida como suplemento nos Estados Unidos. Uma mãe tentou trazer a substância para o Brasil, mas o remédio foi barrado pela Anvisa. Essa mãe tem uma filha com uma forma genética grave da epilepsia (e há estudos experimentais mostrando benefícios com essa droga). A USP de Ribeirão Preto estuda os efeitos do CBD.
>
> Bom, isso posto, entramos em contato com a Anvisa. Resposta: Segundo a lei antidrogas, pode-se trazer para o Brasil medicamentos não registrados ou considerados ilegais — desde que para fins medicinais ou científicos. Com isso, a mãe poderia ter entrado com um pedido formal na Anvisa. Mas, para esse pedido formal, ela precisaria de um laudo ou indicação de um médico. Segundo resposta que obtive na terça, o médico não

> pode indicar ou receitar medicamento ilegal, não pode sequer falar que existe. A única coisa que poderia fazer é continuar acompanhando o paciente, caso os pais tomem essa decisão. Essa resposta se confirma, mesmo com essa ressalva na lei antidrogas?[37]

No que o Conselho Federal de Medicina mudou a resposta informada anteriormente por telefone. Segue o posicionamento enviado por e-mail pela instituição:

> A importação de medicamentos que não estejam registrados no Brasil precisam ser autorizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) mediante prescrição médica. O profissional médico tem a autonomia para prescrever ou não qualquer medicamento, sempre respeitando a autonomia do paciente e informando-o sobre o diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos de cada tratamento.[38]

Olhando esse meu e-mail em retrospecto, percebo que eu já parto do pressuposto de ser o canabidiol benéfico. A minha indagação não foi sobre a maconha medicinal, foi sobre uma substância. Também informei como o CBD era visto nos Estados Unidos e também tratei o canabidiol como medicamento. Assim como a Anvisa, eu havia separado o CBD da maconha e a história era sobre uma mãe ter acesso ao canabidiol para a filha. Nas entrevista com a Roberta Machado (2016), do *Correio Braziliense,* percebi que ela havia passado pelo mesmo episódio no CFM. Ela me disse que percebeu essa controvérsia, mas que chegou na apuração quando o conselho já estava avaliando o canabidiol e já tinha conhecimento dele. Mas a questão sobre a autonomia do médico e do fato do CBD, por exemplo, ser proibido, continuava.

> No primeiro e-mail, de 27 de maio de 2014, logo na época da reunião, ele [o CFM] fala: [Roberta abre o e-mail e o lê] "importação de medicamentos que não estejam registrados no Brasil precisam de autorização da Anvisa, mediante prescrição médica. O profissional médico tem autorização para prescrever ou não qualquer medicamento ao paciente, sempre respeitando a autonomia do paciente informando o diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos de cada medicamento. Em relação ao canabi-

[37] Comunicação pessoal enviada por e-mail no dia 3 de abril de 2014 às 17:31.
[38] Comunicação pessoal recebida por e-mail no dia 3 de abril de 2014 às 18:50.

> diol, o CFM desenvolve atualmente discussões para provável e posterior envio da matéria à análise de comissão específica ao reconhecimento de novas terapêuticas e procedimentos científicos." Foi o primeiro e-mail que troquei com eles, fala da reunião, da diretoria da Anvisa e tal, e aí perguntei se tinha alguém do conselho e então me colocaram pra falar com o vice-presidente. É bem mais fácil do que na Anvisa, mas é sempre essa mesma postura: diziam que os médicos tinham autonomia, mas os médicos não prescreviam porque tinham medo de uma possível revelia, do CRM ser cassado, ou de ter alguma coisa nesse sentido (MACHADO, 2016).

Essa controvérsia entre a autonomia do médico e a substância proibida persiste até hoje, mesmo após o CFM ter regulado em que circunstâncias o canabidiol pode ser prescrito. Um outro fato, não citado durante esse primeiro momento, foi sobre o uso compassivo. Essa questão foi levantada por Leandro Ramires e José Alexandre Crippa nas conversas com o CFM. Ela seria uma maneira de fazer com que o canabidiol fosse prescrito. O uso compassivo permite o uso de substâncias sem total comprovação científica quando pacientes não possuem alternativa terapêutica satisfatória. De acordo com a definição do CFM:

> Uso compassivo: disponibilização de medicamento novo promissor para uso pessoal de paciente não participante de programa de acesso expandido ou de pesquisa clínica, ainda sem registro na Anvisa, que esteja em processo de desenvolvimento clínico, destinado a pacientes portadores de doenças debilitantes graves e/ou que ameacem a vida, sem alternativa satisfatória com produto registrado no país (CFM, 2014b).

Há um documento de 2011 que a Anvisa enviou o CFM sobre essa questão (PROCESSO-CONSULTA CFM nº 10.090/11). Nele, a Anvisa, faz uma série de questionamentos ao conselho sobre o uso de substâncias no uso compassivo. A agência pergunta se há alguma implicação ética para o profissional que prescrevê-la, se a prescrição deveria passar antes por algum comitê de ética da entidade hospitalar e como isso seria feito em caso de profissionais que não dispõem desses comitês. A agência também questiona quem iria garantir a assistência médica a esse usuário em

caso de efeito adverso grave da droga em desenvolvimento e como funcionaria a doação de medicamentos pós-estudo clínico.

O CFM responde a essa consulta e cita que o uso compassivo no Brasil está regulamentado pela resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS nº 251/97). Esse uso deve passar por comité de ética e deve ser ratificado pelo Conep e pela Anvisa. Um médico deve acompanhar o paciente durante todo o processo e deve informar sobre efeitos adversos o mais rápido possível. O CFM explica também que é imprescindível o consentimento do paciente. Sobre o fato de o médico não estiver vinculado a uma instituição com comitê de ética, a aprovação deve ser analisada por comitê geograficamente mais próximo. O conselho explica que a entidade que aprovou o estudo deve garantir assistência integral ao paciente. E, em casos de doação pós-estudo, a doação deve ser feita enquanto houver benefício ao paciente. Todo esse processo, encerra o CFM, deve ser feito de maneira a visar o bem individual e coletivo.

> Concluo com as palavras extraídas de Goldim JR: "Apesar dos desafios éticos, legais e operacionais, o uso assistencial de drogas ainda experimentais tem um importante papel no atendimento de demandas de saúde da sociedade e das pessoas individualmente. O importante é preservar a sua adequação através de justificativas que visem ao bem individual e coletivo" (ANVISA; CFM, 2012).

Esse documento seria uma maneira de fazer com que médicos pudessem prescrever o canabidiol e as discussões de especialistas com o CFM se utilizaram dessa prerrogativa. A julgar pelos detalhes expostos nesse documento, no entanto, não seria uma tarefa fácil. Aprovação no comitê de ética hospitalar de um derivado da maconha, ainda com esse hospital se responsabilizando por toda a assistência.... tudo ainda precisava ser discutido e o conselho mal entendia do que se tratava o canabidiol exatamente. Não era necessariamente um medicamento em desenvolvimento. Era um suplemento alimentar usado por famílias e, com isso, Crippa foi chamado ao CFM para ajudar a esclarecer o que poderia ser feito.

> O Dr. Emmanuel Fortes, presidente da câmara técnica e de psiquiatria [do CFM] me procurou e disse: "você vai ser convidado a conversar lá. Está tendo muita confusão em torno do cana-

> bidiol". Eu também marquei uma audiência com ele, tentando explicar o que é o canabidiol, e porque eu achava equivocado o canabidiol estar na classificação que estava. Ele não poderia estar na mesma classificação que a heroína e a cocaína porque ele não é uma substância que causa dependência. O Emmanuel Fortes é um cara muito técnico e q não se deixava levar pelo senso comum. E nós propusemos apresentar os dados científicos. O Zuardi foi também em algumas reuniões que tivemos com ele — duas, pelo menos. Nós propusemos a criação de um serviço de vigilância com o canabidiol que vinha do Exterior e também falamos que havia uma norma de 2011 que citava o uso compassivo de qualquer substância e que talvez o canabidiol se encaixava nessa situação. Nós colaboramos junto com o Conselho Federal de Medicina na proposta do uso do CBD para três diagnósticos: para casos refratários de epilepsia, para casos refratários de Parkinson e para casos refratários de esquizofrenia, mas daí, a Câmara técnica discutiu e a plenária.... fizemos toda uma documentação do que o médico deveria preencher, quais os critérios, que exames deveriam ser colocados, quais as doses que deveriam ser usadas, juntamente com a equipe da Câmara Técnica. Bom, na plenária, só foi aprovado para epilepsia refratária em criança e foi editada a norma e normatizada naquele momento (CRIPPA, 2016).

Lembro das conversas com o Crippa para o jornal *Folha de S.Paulo*. Conversávamos sobre a contribuição dele com o Conselho Federal de Medicina e lembro que as expectativas dele para a aprovação no Parkinson e esquizofrenia eram grandes. Ele havia me dito que havia mais evidências, inclusive, para o uso compassivo nessas condições. E que as discussões na Câmara Técnica do CFM apontavam para uma regulamentação também para outras enfermidades — essas inclusas. Não ficou claro, na conversa com o Crippa, nem com a entrevista com o Emmanuel Fortes, o que aconteceu na plenária para o composto não ser aprovado também nessas condições.

O fato é que o CFM demorou muito para fazer pública o que foi discutido na Câmara Técnica e a divulgação foi adiada muitas vezes. Lembro de ligar quase todos os dias por meses para tentar obter a informação. O assessor me prometeu uma exclusiva [39]–exclusiva, nem tanto, porque na época, estava concorrendo com o *Cor-*

[39] No jargão jornalístico, quando uma informação é passada primeiramente para um veículo e, depois, para os outros.

reio Braziliense, a Roberta Machado — e eu achava que a regulamentação seria mais aberta — até a contar pelo que havia sido feito em São Paulo, com o Conselho Regional de Medicina daqui.

Muitos afirmam que foi a resolução em São Paulo que apressou o Conselho Federal de Medicina. O Mauro Aranha, na época vice-presidente do Cremesp, foi muito citado nas entrevistas. Ele chegou a conversar com a família Fischer e é muito bem quisto por familiares e membros diretamente envolvidos. O relato é que o Mauro Aranha se movimentou pessoalmente. Ele conversou com médicos que prescreviam, conversou com famílias e ele mesmo levantou estudos clínicos e evidências. A resolução do Cremesp regulamentou a receita para epilepsias refratárias sem limites de dosagem ou idade. O documento citou princípios da ética médica, em que o alvo da atenção do médico é o ser humano. O fato do CBD não induzir efeitos alucinógenos e o fato das enfermidades para as quais ele vinha sendo utilizado evoluíam para a rápida mortalidade também foram características mencionadas (CREMESP, 2014). O Cremesp está vinculado ao Conselho Federal de Medicina e deve se vincular a ele. O fato do conselho regional regulamentar o composto antes da esfera federal — e com o caso-gatilho da Anny sendo de Brasília, não de São Paulo —, me surpreendeu na época. E surpreendeu também positivamente a família Fischer.

> O Cremesp se manifestou primeiro. Eu achei que a atitude deles foi muito corajosa. Eles tomaram a frente antes mesmo do CFM, o que teve até ter gerado um atrito, porque existe aquela questão do ego, né? O CFM é o bambambã. E o Cremesp responde a ele, há uma hierarquia. Então, a gente teve uma situação em que o conselho regional tomou a atitude antes do CFM. Logo em seguida, o CFM se manifestou dando uma orientação um pouco tímida aos médicos, restringindo às pessoas com mais de 18 anos — como se a pessoa parasse de ter epilepsia quando chegasse a essa idade. Isso foi muito questionado. A gente comemorou esse fato, inédito, de um conselho regional questionar o CFM (FISCHER, KATIELE BORTOLI, 2016).

A regulamentação do Cremesp foi definida no dia 7 de outubro de 2014 e a do Conselho Federal de Medicina sairía dois meses depois, no dia 11 de dezembro de 2014. O CFM estabeleceu limite para a idade e a dosagem em que o canabidiol deve ser administrado. Ambos os conselhos enquadraram o composto no uso compas-

sivo. Diferente de outras substâncias, no entanto, o canabidiol recebeu uma regulamentação especial e seu uso deve ser aprovado pelo Conselho Federal de Medicina. O texto diz que essa ressalva se faz porque não há "critérios padronizados para o uso medicinal do canabidiol e também a existência de critérios mínimos para o seu uso compassivo". O texto estabelece que a prescrição deve ser feita por neurologistas e por psiquiatras e voltada para crianças e para adolescentes. Médicos prescritores também devem se cadastrar no Conselho Federal de Medicina. Pacientes ou responsáveis também devem assinar termo de responsabilidade.

A regulamentação detalha minuciosamente o uso. A dosagem deve ser de 2,5mg/kg/dia, por via oral, em duas doses diárias. O médico que prescrever o composto também deve enviar ao CFM um relatório de acompanhamento a cada 4 ou seis semanas no primeiro ano e de 12 semanas após esse período. A cautela do conselho foi justificada na resolução no item "exposição de motivos da resolução CFM n. 2113/2014."

> Uma extensa revisão dos estudos de toxicidade e efeitos adversos do CBD, na qual foram avaliados mais de 120 trabalhos, a maioria em animais e poucos em humanos, sugere que este canabinoide é bem tolerado e seguro, mesmo em doses elevadas e com uso crônico (Bergamaschi et al., 2011). Todavia, não há estudos suficientes em humanos que possam ser caracterizados como das Fases 2 (dois) e 3 (três) dos estudos clínicos que comprovem sua segurança e eficácia. Os estudos existentes envolvem número limitado de participantes de pesquisa (CFM, 2014).

Outro motivo para que seja colocado regras no uso compassivo foi dada em entrevista para esse trabalho por Emmanuel Fortes (2016). Na entrevista, eu explicitei o meu conflito no primeiro contato com o Conselho Federal de Medicina. Disse que uma das respostas do conselho era que o médico era autorizado a prescrever, com base na autonomia que ele tem para decidir o tratamento. Ele disse que essa autonomia, entretanto, não deve ser um "tiro no escuro.

> O médico tem autonomia para fazer prescrições desde que seja em seu campo. Não é um tiro no escuro. Nós temos um parecer

> desse ano para prescrições *off label*[40]. Agora, eu não sei, ele pode mudar às vezes, se quiser. Mas também é algo de cada médico e é um ponto de progresso da ciência e não podemos abrir mão disso (FORTES, 2016).

A regulamentação do CFM reconheceu o uso do canabidiol, mas, para os pais, ainda há dificuldades para a prescrição. Há muito medo de prescrever e também a rigidez do acompanhamento é um recuo para médicos.

> Me chamou atenção a dificuldade de viabilizar o tratamento, até mais pela exigência da resolução do CFM. Então, vamos dizer assim, se a resolução do CFM trabalha com uma segurança maior ao uso eventualmente inadequado do canabidiol, ela amarra a efetivação do tratamento. Essa é uma coisa que eu tenho ouvido (ARANHA, 2016).

> É necessário urgente que o conselho ofereça cursos de cannabis medicinal para os médicos. Eu estou pedindo para o Cremesp, mandei até um e-mail para o Mauro Aranha sobre isso. Estou pedindo desde 2014 porque tem muitos médicos que não querem prescrever. Eles não querem nem ouvir falar de maconha (CARVALHO, 2016).

A regulamentação do CFM gerou uma medicina feita à margem, além das prescrições que chegavam à Anvisa fora da norma, famílias falam da pouca margem dada para a experimentação e adaptação da dosagem. Leandro Ramires, que pres-

---

[40] Diz-se de um uso de medicamento que não está constado na bula. O uso não é autorizado pela agência reguladora propriamente, mas a própria Anvisa reconhece a prática e diz que ela não é necessariamente incorreta. "O uso off *label* de um medicamento é feito por conta e risco do médico que o prescreve".
(ver: http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/registro/registro_offlabel.htm). No trecho, Emmanuel Fortes refere-se a um processo consulta de 2016 encaminhado pela Unimed Campinas e o senador Eduardo Suplicy ao CFM, do qual Fortes foi relator. O entendimento do CFM nesse processo foi o de reforçar a autonomia do médico na prescrição, cabendo ao conselho analisar, em caso de insucesso da terapia, os riscos a que os pacientes foram submetidos. "Os procedimentos médicos *off label* são aqueles em que se utilizam materiais ou fármacos fora das indicações em bula ou protocolos e correm por conta de cada médico que o prescreve ou executa. Ao CRM/CFM compete julgar os insucessos sob a ótica do risco a que o médico submeteu seu paciente"
(ver: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2016/2_2016.pdf).

creve fora da norma do CFM, explica que consegue usar outras resoluções para conseguir com que a prescrição seja válida. Ele utiliza uma decisão mais ampla sobre o uso compassivo, da diretoria colegiada da Anvisa (ANVISA, 2013).

> E aí, se eu coloco o CBD numa receita, eu posso ser denunciado, porque o CFM estabeleceu as diretrizes e todos os médicos estão proibidos disso. Só que a minha receita, quando trata da cannabis e derivados, está escrito lá: essa receita se destina a obedecer os critérios da RDC [Resolução da Diretoria Colegiada] de 12 de agosto de 2013. Aí, o paciente pega essa receita, digitaliza, pega o termo de responsabilidade, pega o relatório médico no caso de doenças graves, e aí eu uso o anexo 5 do RDC e transformo essa situação do paciente em estudo-caso controle. Entendeu? Essa RDC é uma decisão da diretoria colegiada que tem um poder muito maior que o CFM, então, a minha receita tem uma observação embaixo. Isso é um mecanismo de defesa que o Leandro Ramires criou. Porque não tem motivo. O CFM não pode me impedir de ajudar uma pessoa que está em sofrimento. E o mais incrível é que ela melhora. Essa situação é muito louca (RAMIRES, 2016).

Associações recebem pedidos de ajuda para um número grande de prescrições, que não seguem a regulamentação. Ricardo Nemer (2016), da ABRAcannabis, diz que já recebeu pedidos para câncer, para doença de Huntington, para epilepsias de várias tipos como a síndrome de Dravet, para síndrome de Sjögren, para depressão, para transtorno de bipolaridade. "Tudo isso acontece a margem do Estado. Chega a ser alarmante. Essa regulamentação, ao invés de proteger, expõe pacientes", relata. O limite de idade estipulado pelo conselho também gerou situações inusitadas. Roberta Machado (2016) conta a história de uma família em que filha e mãe eram epilépticas — e, com o limite de idade, a mãe teve de parar de utilizar o CBD.

> Tinha uma família, a criança, que era a Sabrina e fazia uso do canabidiol, mas a mãe também sofria de epilepsia. A mãe me disse: "eu não vou poder ter acesso porque eu não estou dentro das especificações do CFM, então, para eu conseguir um médico que prescreva pra mim, vai continuar sendo difícil". Porque ela já não conseguia. E aí era muito curioso o depoimento, que ela falava que as duas aprenderam a se cuidar, porque ela cuidava da menina quando ela tinha crises epilépticas e a menina aprendeu a cuidar dela quando ela tinha crises epilépticas. Ti-

> nha o avanço, por pelo menos discutirem, deixarem prescrever, mas as especificações do CFM colocaram ali algumas questões para serem discutidas, a própria questão dos médicos, porque as famílias não conseguem ter acesso (MACHADO, 2016).

Enquanto havia essa restrição, o CFM tentava mandar um recado de que é preciso cuidado com a prescrição e de que há protocolos rígidos para o exercício da medicina e para que se obtenham os efeitos terapêuticos. O desafio do conselho é tentar passar esse recado sem necessariamente ficar apartado do que ocorre na prática clínica. Fischer (2016) relata esse sentimento que, segundo ele, é duplo em relação ao CFM. Para ele, ao mesmo tempo em que o CFM foi restritivo, também foi o único conselho a se posicionar. Crippa (2016) parabeniza o Conselho Federal de Medicina e disse que a regulamentação era uma maneira de trazer segurança ao médico que prescrevesse. Ambos, Fischer e Crippa, utilizam o mesmo termo e expressão: o fato do CFM ser o único conselho no planeta a ter regulamentado a prescrição do canabidiol.

> A regulamentação, a portaria que eles fizeram, que é um documento interno deles, é um documento restritivo. Na verdade a gente fica com um sentimento duplo em relação ao CFM. O primeiro sentimento chateado é porque a gente percebe a maneira como a portaria foi escrita é restritiva numa tentativa de controle deles do que está acontecendo. Ela limitada as terceiridades e aplicabilidades do canabidiol. Nenhuma outra resolução deles, eles colocam a quantidade que poderia ser dado diariamente, a orientação de dose... você percebe claramente que é uma portaria com uma característica de controle. Triste por esse motivo, mas extremamente contente e feliz porque a gente conseguiu que eles se posicionassem. É o único Conselho Federal de Medicina do planeta que se posicionou em relação ao uso medicinal da maconha. Então isso é de extrema relevância. Eles poderiam simplesmente não ter se posicionado (FISCHER, NORBERTO, 2016).

> Eu tenho um respeito grande por aquela decisão. Foi um trabalho sério, que foi feito, mas obviamente a sociedade se posiciona contra, acha que eles foram.. criticam muito eles porque até aquele momento, até a normatização, se o médico passar e prescrever o canabidiol, se esses frascos que vêm do Exterior derem algum problema ou der alguma interação com algum outro remédio ou o paciente piorar, causar intoxicação na crian-

> ça, o médico vai ser processado, não só pela família, mas pelo próprio conselho. E, na medida em que eles colocam uma normatização dizendo como e em quais condições se dá a prescrição, ele dá uma garantia ao médico e traz uma segurança para os médicos e para os pacientes. Mas algumas pessoas não entenderam dessa forma. Diziam que o conselho só atender aos interesses da indústria farmacêutica, que médico só pensa em dinheiro... mas até hoje é o único conselho do planeta que autoriza o uso do canabidiol puro para epilepsia (CRIPPA, 2016).

Se, para quem está dentro da regulamentação do CFM, houve um sentimento dúbio; para quem está fora, utilizando óleo clandestino para outras enfermidades, o sentimento é de revolta. O Conselho Federal de Medicina foi tido como conservador e preconceituoso por Margarete Brito (2016). Ela diz que tentou falar com o CFM algumas vezes e nunca foi recebida. Reclamou que o CFM só deu espaço para a USP, enquanto a Anvisa recebeu pacientes algumas vezes. Também Ricardo Nemer (2016) disse que o conselho não conversa com pacientes e é fechado. Cidinha Carvalho (2016) coloca que houve engessamento do uso e também reclama de não ter sido ouvida. Emílio Figueiredo (2016) disse também que o CFM vai ter que pedir desculpas à sociedade.

> Esse CFM sim, a gente tem muito o que reclamar. É um conselho fechado, preconceituoso, conservador, mal informado. Nunca recebeu a gente. Na última reunião que a gente teve com a Anvisa, eu pedi pro Jarbas tentar fazer esse meio de campo pra que a gente fosse ouvido. E o CFM nunca, nunca.... ficou muito distante da gente. Eu tenho uma observação: que o CFM, que tem muitos psiquiatras, que é uma classe muito conservadora e preconceituosa, eles são meio... qual a palavra que eu poderia usar? "meio influenciados"... pelo pessoal de Ribeirão Preto, pelo Crippa, né? A única entrada que o conselho dá é para o Crippa e a equipe dele. E o Crippa elitiza. Se ele levasse as coisas para outro lado.. eu acho, né? Que as coisas teriam avançado muito mais. Essa regulamentação do CFM é a cara deles. É ridículo. Só isso que eu acho. Não tenho nem palavras. Eu acho que é digno de desrespeito aos pacientes que precisam. É um desrespeito à vida. Eu acho muita arrogância, eu acho que é de uma falta de generosidade e desonestidade intelectual por parte deles. Você restringir dessa forma? Acho que é até inconstitucional. Se você pensar, que a gente precisa ir aos médicos... diante

> de tanta evidência... eu acho lamentável, não tenho palavras (BRITO, 2016).

Além das críticas, há, para o CFM, como há para todas as instituições, a controvérsia sobre o uso terapêutico do THC — ele cai, hoje, na mesma questão que o canabidiol caía antes das resoluções do conselho e da posição da Anvisa: não há muitas definições sobre ele e as instituições estão pouco dispostas a debatê-lo. Em entrevista, Emmanuel Fortes (2016) disse que estará sempre ao lado da ciência e das evidências seja qual for a substância.

A CIÊNCIA CANABINOIDE

Nos anos 1960, pesquisas feitas em Israel demonstraram o sistema endocanabinoide e isolaram os compostos da maconha, dentre os quais o canabidiol. Esses feitos, em grande parte, se devem ao bioquímico Raphael Mechoulam, da Universidade de Hebraica, em Jerusalém. Em 1963, ele conseguiu isolar o canabidiol (CBD) e, em 1964, um ano depois, o tetrahidrocanabinol (PROJECT CBD, 2013). Mais tarde, as descobertas de Mechoulam levariam ao encontro do CB1, um tipo de receptor para a cannabis encontrado em altas quantidades no cérebro em regiões do hipocampo, córtex, cerebelo e gânglio basal (WILSON, NILCON, 2006).

A presença do CB1 levaria Mechoulam a continuar seus estudos e a descobrir, em 1992, uma substância parecida com a maconha, mas produzida naturalmente no nosso corpo. Era a anandamida, um endocanabinoide. Outros receptores foram descobertos, como o CB2, comum no sistema imunológico e, posteriormente, o CB3. Há indicações de mais receptores no corpo humano e, por isso, há evidências de que teríamos um sistema endocanabinoide, modulado por substâncias análogas à maconha. Com essas descobertas, nos anos 1970 e 80, Mechoulam começou a fazer parcerias com pesquisadores brasileiros, que começaram a estudar os efeitos da maconha na saúde. Para o Brasil, Mechoulam providenciou o canabidiol sintético.

> Nosso trabalho de 1980 foi feito com CBD puro e cristalino preparado em meu laboratório. Todas as preparações de CBD deveriam ser analisadas como todas as drogas terapêuticas são analisadas. Se extratos rudimentares forem usados (o que eu não recomendo), eles devem conter apenas quantidades muito pequenas de THC (uma razão de THC para CBD em torno de 1:20 ou 1:30). Se crianças com epilepsia precisam de CBD, então esses materiais podem ser usados e são esperados apenas problemas menores (alguma sonolência) (MECHOULAM, 2014).[41]

[41] "Our 1980 work with CBD was done with pure crystalline CBD which was prepared in my lab. In any case all CBD preparations should be analyzed as all therapeutic drugs are analyzed. If crude extracts are used (which I do not recommend) they should contain only very small amounts of THC (ratio of THC to CBD about 1: 20 or 1:30). If children with epilepsy need CBD then these materials can be used and I expect only relatively minor problems (some sleepiness)."

Dessa parceria, saiu o estudo "*Chronic administration of cannabidiol to healthy volunteers and epileptic patients*" escrito por Mechoulam, Carlini e outros. A pesquisa foi pioneira em mostrar os efeitos anticonvulsivantes do canabidiol. Na fase 1 do estudo, foi dada 3 mg / kg por dia de canabidiol (CBD) durante 30 dias a voluntários humanos saudáveis. Outras 8 voluntários receberam placebo. Exames de urina, eletroencefalograma e eletrocardiograma foram realizados. Na fase 2, 15 pacientes que sofrem de epilepsia generalizada receberam 200-300 mg por dia de CBD ou placebo. Foram feitos os mesmos exames clínicos realizados em pacientes saudáveis. Os pacientes epilépticos continuaram a utilizar os medicamentos usuais e todos toleraram bem o canabidiol, sem sinal de toxicidade ou efeitos secundários graves. Ainda, dentre os pacientes epilépticos, quatro dos oito indivíduos ficaram praticamente livres de crises convulsivas, três melhoraram o quadro clínico e para um paciente o CBD foi inócuo (CUNHA *et al.*, 1980).

No Brasil, as pesquisas sobre a cannabis e o CBD têm tradição — e Elisaldo Carlini, um dos autores do estudo acima, é representante de uma linhagem de pesquisas com CBD por aqui que começaram na Unifesp e chegaram até Anny. Na Unifesp, o estudos datam dos anos 1960 quando o professor José Ribeiro do Valle começou a avaliar os efeitos da planta em animais. Carlini foi orientando de Valle. Outro orientando de Valle, Antonio Zuardi, levaria os estudos para a USP de Ribeirão Preto. Lá, Zuardi seria orientador de José Alexandre Crippa, o pesquisador que foi visitar Anny em Brasília.

Alexandre Crippa nunca tinha ouvido falar do canabidiol quando veio fazer residência em psiquiatria na USP de Ribeirão Preto. Na USP, começou a ouvir falar de professores que trabalhavam com substâncias da maconha que não tinha efeitos psicoativos com potencial terapêutico e benefícios razoáveis. No terceiro ano da residência, começou a trabalhar com o Antonio Zuardi, que tinha trabalhado com a substância a vida inteira. Zuardi primeiramente orientou Crippa no doutorado em estudos que envolviam neuroimagem e esquizofrenia. Nada era voltado para o canabidiol. O composto era apenas uma possibilidade para o futuro, de um dia eles poderem trabalhar juntos (CRIPPA, 2016).

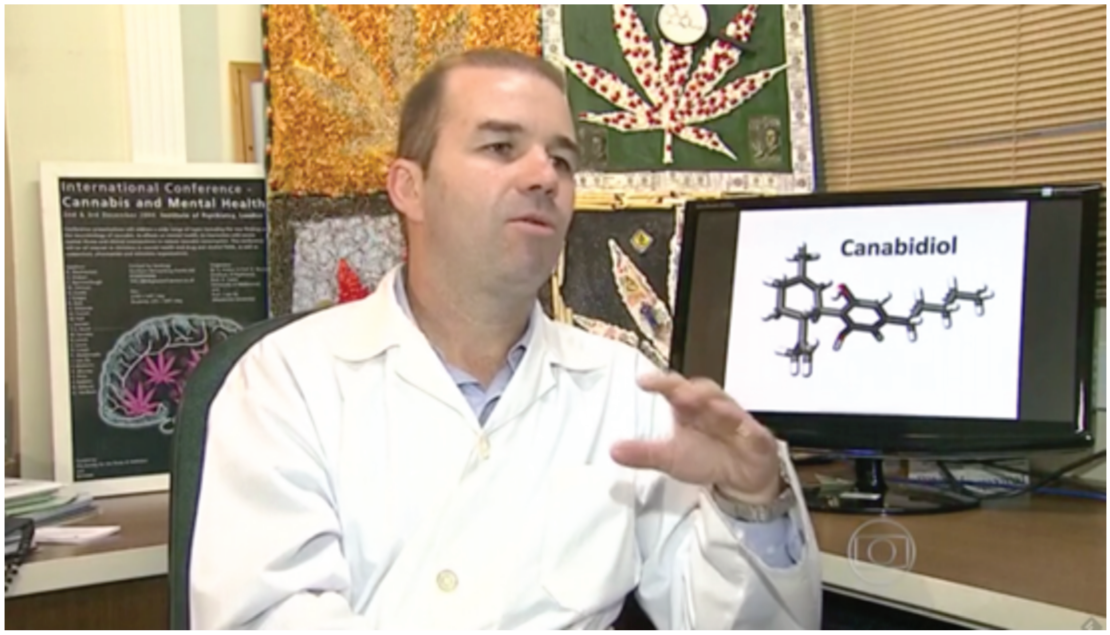


Figura 5: O pesquisador José Alexandre Crippa em entrevista concedida ao *Fantástico*. Reprodução — 30/03/2014

No fim do doutorado, Crippa começou a fazer um pós-doutorado na USP em São Paulo em que avaliava o efeito do canabidiol no cérebro de pessoas saudáveis para determinar em que área o CBD atuava. Ele queria saber como o canabidiol funcionava. Era uma dúvida de todos. Durante essa pesquisa, Zuardi recebeu um e-mail de um professor de Londres, no Reino Unido, na área de farmacologia, com muitas perguntas de um estudo que eles estavam fazendo para avaliar os efeitos do THC no cérebro. Surgiu, então, uma possibilidade de incluir também um grupo com os estudos dos efeitos do canabidiol. Durante dois anos, Crippa ficou no Reino Unido em um projeto de pesquisa que comparava os efeitos do THC com o canabidiol, com bolsa do CNPq. Cerca de 15 estudos foram publicados nesse grupo e o Crippa via

que o THC e o canabidiol trabalhavam em uma relação de antagonismo, já que o CBD cortava os principais efeitos do THC.

Em 2004, Crippa saiu da Inglaterra e passou em um concurso para professor na USP de Ribeirão Preto. No concurso, apresentou o trabalho a respeito do canabidiol e passou a estudar mais sobre. Já na Inglaterra, passou a fazer contato com empresas que tentavam extrair o canabidiol puro porque, para os estudos, a pureza era importante para diferenciar a atuação do canabidiol do THC (CRIPPA, 2016). Algumas dessas empresas forneceram o CBD puro para estudos em animais e em humanos. Com esse CBD, a USP fez estudos que avaliaram a atuação do composto na esquizofrenia, no Parkinson, na fobia social, na ansiedade patológica e em distúrbios do sono.

Já Zuardi, que orientou Crippa, estava fazendo a pós-graduação na Unifesp (Escola Paulista de Medicina à época) quando começou a estudar o canabidiol, no final dos anos 1980. Nesse período, a escola estava começando estudos com derivados da planta isolados por Mechoulam. Zuardi foi fazer o doutorado em Israel e, de lá, começou a estudar um dos componentes da maconha: o canabidiol. Ele inicialmente fez estudos em animais, depois em voluntários normais e continuou com as pesquisas durante quase 40 anos.

Mechoulam (2014) conta que, ao isolar o canabidiol, nos anos 1960, sabia que algo na cannabis deveria explicar alguns dos seus efeitos, como o barbitúrico (indutor de sono e analgesia). Depois, ele relata que vários efeitos terapêuticos foram descobertos, incluindo o trabalho que fez com a Unifesp. Ele diz não entender o porquê da ação anticonvulsivante do canabidiol ter sido negligenciada. O químico também descobriu a anandamida, nos anos 1960. Ele conta que estava, na época, procurando um correspondente do THC no organismo e, como no canabidiol, se surpreende até hoje do composto não ter sido administrado em seres humanos e o compara com a insulina.

> Era sabido que o CBD não causa psicoatividade e que gera prolongamento de atividade barbitúrica. Eu não tinha ideia de sua ação quando comecei a trabalhar com o CBD (1963) — entretanto, como ele era um componente principal, eu assumi que poderia ser a base para algumas das atividades notadas com a cannabis. Muitos outros efeitos foram descobertos, incluindo

> atividade antiepiléptica (em ratos inicialmente) e depois em humanos pelo grupo de Carlini em São Paulo, em colaboração com o meu grupo (1980). Por diversas razões, essa descoberta foi ignorada por várias décadas e só agora ressurgiu o interesse nesse campo. Agora, sabemos que o CDB é ativo em ansiedade, esquizofrenia, inflamação (incluindo artrite reumatoide), diabetes tipo 1 e muitas outras [doenças]. Entretanto, ensaios clínicos foram conduzidos apenas para um número bem limitado de efeitos (MECHOULAM, 2014).[42]

> O que me surpreende é que até agora ela [a anandamida] nunca foi administrada em humanos. Isso em comparação com a descoberta da insulina nos anos 1920, quando só cerca de 6 meses foram necessários para ir do tubo de ensaio à cama do paciente (MECHOULAM, 2014).[43]

Zuardi (2016) explica que o canabidiol tem um espectro muito grande de atividade e uma das justificativas para isso é o sistema endocanabinoide, que envolve um grande número de áreas cerebrais. O canabidiol participa da regulação dessas áreas e, a partir disso, o composto tem potencial para atuar em algumas patologias presentes nessas regiões. O canabidiol aumenta a anandamida, um endocanabinoide natural que regula esse sistema. Via aumento dessa substância, ele participa dessas regulações e, por isso, tem efeitos tão diversificados. Uma outra possibilidade é o canabidiol atuar fora do sistema endocanabinoide. E aí ele teria um efeito antioxidante e neuroprotetor. Esses dois efeitos são independentes do sistema e intrínsecos ao canabidiol. Zuardi (2016) acredita que é por essa somatória de efeitos que o CBD tem ação ampla, com indicações terapêuticas diversas como ação antineoplásica e antidiabética. Muitas das pesquisas foram feitas somente em animais e, por enquanto, o

---

[42] "It was known that CBD does not cause psychoactivity and that it causes prolongation of barbiturate activity. I had no idea of its activity when I started working on CBD (1963) – however, as it was a major constituent I assumed that it may be the basis for some of the activities noted with cannabis. Many other effects were discovered including anti-epileptic activity (in mice first) and then in humans by Carlini's group in Sao Paulo in collaboration with my group (1980). For various reasons this discovery was neglected for many decades and only now has interest in this field resurged. Now we know that CBD is active in anxiety, schizophrenia, inflammation (including rheumatoid arthritis), diabetes type 1 and many others. However, clinical trials have been done only for a very limited number of effects."

[43] "What surprises me is that it [anandamide] has still never been administered to humans. Comparing this with the discovery of insulin in the 1920's, when only about 6 months were needed to go from the test tube to the patient's bed."

nível mais alto de evidência é a epilepsia, a esquizofrenia e o Parkinson. Outra ação que parece ser típica do canabidiol é o seu efeito ansiolítico, mas só há evidências em voluntários saudáveis (ZUARDI, 2016). Apesar do potencial de ampla atuação do CBD, entretanto, o especialista alerta para que se tenha cuidado com o uso indiscriminado, uma vez que os benefícios ainda não foram inteiramente comprovados. Abaixo, ele usa a fosfoetanolamina[44] para explicar o porquê de ser necessário não fazer alegações que extrapolem as evidências.

> Essa droga, a fosfoetanolamina, as pessoas pegam algumas evidências em animais e já extrapolam para tudo. Então, esse é o cuidado que tem que ter. O canabidiol tem algumas evidências em animais, mas está nesse nível, não dá para avançar além disso. Tem muito ainda para ser feito até que se chegue a alguma evidência mais consistente, se é que vai chegar a isso. Essa sua dúvida é a mesma que nós temos também: o canabidiol serve para tudo? Tem uma gama de evidências, de patologias muito variadas... (ZUARDI, 2016).

Os estudos da Universidade de São Paulo tiveram grande penetração na imprensa com a pressão sobre a importação do canabidiol. Crippa se prontificava a falar sempre. Respondia todos os e-mails e mensagens. Mandava estudos, evidências, avisava de artigos, indicava fontes, contextualizava e dava referências. Para mim, como repórter, a atuação dele foi importantíssima e, posso dizer que, com o peso da USP, ficou muito mais fácil fazer a apuração e defender o canabidiol nas reuniões de pauta das redações. "A mãe está pedindo e estudos da USP mostram que é benéfico", dizia. Roberta Machado (2016) conta que os estudos da USP passavam confiança e também os do Renato Marches, na UnB.

> Eu senti muita segurança no que eles estavam estudando. Eles falavam da dificuldade de pesquisar. Diziam que a reclassificação ajudaria muito as pesquisas, o desenvolvimento das pes-

[44] "A droga foi distribuída a pacientes por doação do químico que a produziu, Gilberto Chierice, ligado à Universidade de São Paulo. A hipótese de Chierice é que ela seria eficiente em vários tipos de tumores e, por isso, muitos a utilizaram para esse fim. Mas, sem registro, a distribuição do composto foi vetada pela própria USP em 2014. Desde então, há uma pressão de pacientes para que seu uso seja liberado. Também um total de R$ 10 milhões foi direcionado para as pesquisas" (BRASILEIROS, 2016). Ver: http://brasileiros.com.br/YwK9Y

> quisas aqui no Brasil — o Marches fala muito disso. Eu senti muita segurança, como eu falei, não são pesquisas de agora, são pesquisas que já vinham acontecendo há algum tempo. Então, eu senti muita segurança no que eles estavam expondo (MACHADO, 2016).

Fora da imprensa, a defesa da USP sobre um canabidiol puro, que não incluísse os efeitos do THC, gerou muitas controvérsias no ativismo e entrevistados citam esse aspecto com muita veemência (BRITO, 2016; CARVALHO, 2016; FIGUEIREDO, 2016; MARTINS, 2016; NEMER, 2016). Na época das reportagens, esse dissenso não estava claro. Na *Folha,* ele apareceu quando uma patente do Crippa foi enviada para a redação. A ideia era associar Crippa aos interesses da indústria com o composto.

A patente do Crippa inclui outros pesquisadores, como Mechoulam, e descreve a estrutura molecular de um canabidiol sintético, associado a uma molécula de flúor (MECHOULAM, R. *et al.*, 2014). Em uma de nossas conversas, Tarso contou que uma outra jornalista da *Folha de S.Paulo* teria entrado em contato com ele sobre essa patente, que foi passada à repórter por ativistas. Essa mesma jornalista veio até mim com a mesma história. No fim, o Tarso disse ter desencorajado a repórter a seguir em frente com a apuração. Crippa disse que a patente está em nome da USP e que, com ela, ele respeita uma lei que estipula que a universidade deve patentear suas invenções. Ele afirma que torce para que o canabidiol seja produzido por aqui e que a USP consiga ganhar dinheiro com essa patente para "resolver os problemas dela". Crippa (2016) foi atacado por ativistas em sua defesa do canabidiol puro porque isso significaria a importação, e não incluiria outras demandas caras ao ativismo, como o autocultivo ou a legalização da maconha.

> Os estudos da USP, na minha opinião, são direcionados para a indústria farmacêutica. Eles trabalham com canabinoides sintéticos. Só pra você ter uma ideia, o CBD do Crippa, ele é semissintético. Ele é feito com base de maconha, mas tem adição de flúor. A planta vem sendo usada há 2 mil anos sem nenhuma morte diretamente ligada a ela. O uso de Tylenol tem mais efeitos colaterais que maconha (NEMER, 2016).

Em outros grupos, há um misto de admiração pelas universidades que estudaram o canabidiol, mas também uma percepção de que a instituição é fria e distante das necessidades dos pacientes. A influência que a USP teve sobre o Conselho Federal de Medicina e a sua exposição na imprensa contribuíram para esse conflito. Ao ouvir as críticas feitas à universidade nas entrevistas, percebo que o problema não é a voz da USP especificamente, mas o fato de que ela foi mais ouvida. Também o fato da USP estudar o canabidiol, mas não estar próxima dos pacientes, contribuiu para que ela não representasse os anseios de muitos. Os especialistas opinavam sobre o status do canabidiol pelos estudos que tinha feito — e não sobre outras condicionantes, ou de uma visão mais ampla de determinantes sociais da saúde, como as famílias que não têm condições de comprar o canabidiol importado ou sobre o fato de que há dificuldades para se conseguir a prescrição. Nemer (2016) lida com mães que vão tentar comprar o "o prensado na boca" e Figueiredo (2016) ajudou o pai a sobreviver de um câncer de um estômago com a maconha fumada. Crippa (2016) diz que entende pacientes, mas salienta que há regras para serem seguidas.

> A gente queria que a Unicamp, a USP, todas as universidades — ao invés de falarem que não é bom — que elas cuidassem dos pacientes e propiciassem o tratamento. Mas eles preferem criticar. A gente sabe que eles não querem resolver (NEMER, 2016).

> A USP eu sei apenas que eles têm boas pesquisas. O doutor Crippa eu já admirava muito, eu sempre lia os textos dele e gostava bastante de acompanhar a produção acadêmica, principalmente do doutor Zuardi também e do doutor Carlini é claro. Mas houve um confronto porque eles também se posicionaram contra a ampliação do uso medicinal da cannabis. Eu acho que esta regulação restritiva do CFM teve a participação da USP de Ribeirão Preto. Tem tudo a ver com o que eles fazem. O protocolo de pesquisa deles é igual a regulamentação do conselho. Nunca coloquei lado a lado para fazer a prova, mas se tiver que fazer uma comparação certamente vai achar alguma coisa que leve a crer que a USP influenciou no Conselho Federal de Medicina para fazer a resolução do jeito que foi feita. Não vou criticar quem está fazendo, mas eu tenho minhas restrições. A minha ética é diferente da ética deles (FIGUEIREDO, 2016).

> Eu perdi o meu pai há um ano e pouco atrás. Tenho histórias na família.... Entendo que as pessoas querem acreditar no que é o melhor. É uma tendência do ser humano. Mas se der algum problema no meio do caminho, nenhum deles vai processar o advogado que pediu pra entrar na Justiça, nenhum desses familiares vai falar: "olha, a culpa foi minha". Eu entendo o desespero das pessoas. Eu entendo totalmente como médico, como paciente, eu entendo plenamente. Só que existem normas que tem que ser seguidas (CRIPPA, 2016).

No Brasil, outras universidades estudam o canabidiol e a maconha medicinal e várias iniciativas tomaram fôlego após a reclassificação. Há estudos e pesquisadores importantes como Renato Filev, na Unifesp, Fabrício Moreira, na UFMG, que estuda os efeitos da anandamida, Francisco Guimarães, na USP e Renato Malcher, na UnB. No mapeamento dessa rede, no entanto, percebi que, quanto se trata da cannabis, não há pesquisadores somente na universidade e muitos são os que divulgam diversos conhecimentos sobre ela. A ciência também é feita no autocultivo, no dia-a-dia das mães. E, com isso, diversas sutilezas sobre o canabidiol e até a sua negação afloram.

Ciência e sociedade

A posição da USP na controvérsia pode ser destrinchada por uma divisão de campos que a precede: com a ciência e técnica de um lado; e sociedade do outro. Os discursos não se misturam. Também vale usar os conceitos de difusão e translação presentes no Latour (2000) para entender como ciência e instituições se mobilizam. O modelo de difusão separa ciência e técnica de sociedade. É como se os contextos fossem diferentes, os cientistas estivessem em um mundo à parte. Já na translação, a ciência passa a fazer parte desse contexto, ela é a sociedade também. (LATOUR, 2000).

Em um artigo que descreve uma controvérsia que envolve a luta de três biólogos para evitar a extinção de um molusco na França, Callon (1986) expõe o que chama de sociologia da translação que também pode ser definida como o momento em que os atores começam a interagir, quando as manobras são negociadas.

O primeiro movimento dessa interação é a problematização, quando os pesquisadores do caso descrito por Callon começam a publicar artigos e se tornam

indispensáveis para a rede e para o tema (o problema da extinção do molusco). É o momento em que comunicam o problema ao mundo. O segundo momento é o interessamento, quando uma entidade (no caso, os três biólogos) começa a definir a identidade dos atores envolvidos na controvérsia. Uma terceira etapa é a fase de recrutamento de aliados. Em um quarto momento, há a mobilização de porta-vozes. Em um quinto, ocorre a dissidência de alguns atores na medida em que as questões e o caso vão sendo expostos ao público.

Na translação, quando a ciência é convidada a integrar a sociedade, há um deslocamento de objetivos e de interesses, expõe Callon. A mãe de Anny teve que se deslocar unicamente do interesse pessoal de trazer o canabidiol para a filha depois da interceptação da Anvisa. Com isso, ela teve que comunicar o seu problema para o mundo e procurar aliados. Problematizar. Esse movimento não foi feito só por ela. A USP de Ribeirão Preto, que já estudava o composto, viu em Anny uma aliada. O jornalista Tarso Araújo, que já era ativista, viu em Anny uma aliada.

Uma mobilização se colocou em curso, com todos esses atores sendo porta-vozes de si mesmos e uns dos outros. Telefones eram passados aos montes. E todas as fontes estavam sempre disponíveis. Na apuração para a *Folha de S.Paulo*, toda essa rede parecia coesa. As dissidências só surgiram quando comecei a pesquisa para esse trabalho.

Em entrevista para essa dissertação, o jornalista Tarso Araújo revela que Katiele Fischer, mãe de Anny, teria assinado um contrato com a empresa *Hemp Meds* (produtora do canabidiol nos Estados Unidos e, de onde ela, e muitos outros, importavam a substância) para ser, de algum modo, a "cara" do canabidiol no Brasil. Isso gerou uma cisão na rede. Eles tinham programado um projeto juntos para fomentar o uso da maconha medicinal e isso quebraria a idoneidade do projeto inteiro, segundo Tarso Araújo.

Um outro ponto de discordância foi quando a USP de Ribeirão Preto começou a participar das reuniões da Anvisa e do Conselho Federal de Medicina. Tarso, diz que Crippa, de certa forma, assumiu uma postura muito pró-canabidiol, em detrimento do THC (outro princípio ativo da maconha). Com isso, a família de Anny e Tarso Araújo permaneceram em seu ativismo pró-maconha medicinal como um to-

do, incluindo o THC. Enquanto a USP de Ribeirão Preto não assumiu essa postura e preferiu manter a sua defesa em prol do canabidiol especificamente.

O modelo de translação de Callon mostra não só como ciência e sociedade não são entidades separadas, mas expõe também como a controvérsia pode se desenvolver mesmo entre aliados. Mais especificamente, a translação serve para mostrar a extensão da impermanência e da mobilização. Ela continua mesmo com ganhos, mesmo após algumas definições e, sobretudo, ela deixa patente as fissuras e bases de diversas instituições e posições.

CANABIDIOL

A minha primeira percepção sobre o canabidiol, ainda na cobertura jornalística, foi a dificuldade de defini-lo. Era possível descrevê-lo como um derivado da maconha, como uma substância química, como um objeto de estudo científico ainda em definição ou como um medicamento, a partir dos benefícios citados pelas famílias. No jornalismo, mesmo que um texto sobre o canabidiol possa ser construído pela justaposição dessas definições, a necessidade de ser "direto e simples" acaba por privilegiar uma dessas visões. De tudo isso, a visão privilegiada foi o relato de uma substância química, atrelada a um potencial terapêutico que, se completados todos os estudos, poderia virar um medicamento no futuro. O fato do canabidiol ser derivado da maconha, em alguns textos que fiz, passou a ser apenas uma informação para mostrar o porquê da polêmica inicial, mas o texto caminhava no sentido de desconstruir essa definição.

Nessa dissertação, que teve a Teoria Ator-Rede como metodologia, a dificuldade foi ver o canabidiol como actante, como um agente. Justamente porque o CBD, para a jornalista, já era esse derivado da maconha sem efeito psicotrópico, que poderia ser importado e tinha poder anticonvulsivante. O passo inicial foi começar a ver as associações formadas (LATOUR, 2005). Pensei: se há uma rede formada, os atores devem estar associados um ao outro por algum fator. Percebi que, se encontrasse essa característica que associava o canabidiol a cada ator, eu perceberia também como o canabidiol age. Acharia o meu actante.

Comecei a fazer esse exercício e fui percebendo as ontologias do canabidiol e o seu rastro na rede. Por exemplo, o fator que levou o canabidiol a agir e a se associar com as famílias foi o canabidiol-medicamento. Independente de ter passado por todos os testes clínicos, as evidências, ou ter um registro na Anvisa, o CBD era usado por essas crianças para o alívio de sintomas de uma doença. O actante-canabidiol teve propriedades terapêuticas e, por essa propriedade, ele agiu em meio às famílias.

Na USP, o perfil de segurança e o potencial terapêutico do canabidiol foi o elo entre ele e os pesquisadores. Zuardi (2016) destrincha sobre as características do

composto. Havia muito o que considerar sobre os benefícios e poucos efeitos colaterais e sobre o fato de ter uma ação distinta do THC, o que, segundo Zuardi, lhe confere um perfil maior de segurança.

> É uma droga com poucos efeitos adversos, mesmo em doses muito altas, e com possíveis efeitos terapêuticos bem amplos, possivelmente porque ele age... bom, ninguém sabe exatamente como ele age, mas se sabe que ele tem muitos efeitos no sistema nervoso central e não é agonista direto dos receptores canabinoides como é o THC, por exemplo. O CBD tem um perfil de segurança maior porque age indiretamente, aumentando a atividade de canabinoides endógenos (ZUARDI, 2016).

Zuardi se associou ao canabidiol por seu amplo espectro de ação, que precisava ser demonstrado. É o medicamento em potencial, o medicamento-dúvida até que todos as evidências fossem formuladas. Já Tarso Araújo, na busca por um personagem que utilizasse a "vanguarda da maconha medicinal", se associou ao canabidiol por um fator específico: o fato dele estar atrelado à maconha. Na associação com Tarso, o canabidiol age por ser maconha. Ele é um actante por ser maconha. Tarso não foi atrás de uma nova substância qualquer, das últimas novidades em epilepsia. Ele foi atrás de algo da maconha que pudesse ser benéfico e, naquele momento, como disse Tarso, o canabidiol era a vanguarda. Ao encontrar Katiele, outra associação foi formada: a tríade Katiele-canabidiol-Tarso. Nessa associação, o CBD poderia ser a parte da maconha que não era tão maconha assim e, por isso, ele é esse composto que poderia tirar o estigma da erva.

Na Anvisa, também o canabidiol, diz Jaime (2016), não merecia ser proscrito por não ser tóxico e não causar dependência. E, assim, o CBD se associou à agência por ter potencial terapêutico e por ser seguro. Ao chegar na Anvisa, o canabidiol foi ganhando esse contorno independente, que o separaria da maconha. Mas isso não ficou definitivo e não está definitivo. Essa construção do CBD como medicamento foi um discurso, baseado em evidências, mas, ao não se perscrutar, ao menos no nível do discurso enviado à imprensa, o fato de alguns desses frascos conterem THC e outros canabinoides ainda não identificados, o CBD foi essa narrativa construída também para resolver uma controvérsia específica: a demanda dos pais.

Foi possível separá-lo da maconha, mas não completamente. Um exemplo é que, enquanto anticonvulsivante para doenças refratárias, ele foi tolerado; mas, mesmo com todo o seu perfil de segurança, não se aceitou discutir a sua regulamentação na esquizofrenia no Conselho Federal de Medicina, por exemplo, uma das condições em que o canabidiol teria ação terapêutica, segundo a USP. A esquizofrenia poderia responder ao critério de doença refratária. Mesmo que haja medicamentos disponíveis no mercado, é sabido que a doença pode ser de difícil controle e cerca de 20-30% dos pacientes preenchem os critérios para esquizofrenia resistente ao tratamento. Índice mais altos já foram encontrados, mas não se sabe se representam estratégias de tratamento inadequadas. Também, mesmo que a terapia referencial para a esquizofrenia resistente tenham indicações, como a clozapina, há dados que demonstram resistência ao medicamento também (ELKIS, HELIO; MELTZER, 2007).

Mas, maconha junto com a esquizofrenia, poderia ser polêmico demais. E, nesse caso, o canabidiol pode não ter se livrado de sua origem. Um manifesto da Associação Brasileira de Psiquiatria contra a maconha cita que a planta causa prejuízo em todos os membros e órgãos do corpo. A ABP cita também um que estudo de 2012, coordenado pelo psiquiatra Ronaldo Laranjeira, que apontou que a maconha multiplica por 3,5 vezes a incidência de desenvolvimento de esquizofrenia e também multiplica por 5 vezes as chances de desencadear no usuário transtornos de ansiedade (ABP, 2014).

Zuardi diz, no entanto, que a esquizofrenia é a condição em que talvez o canabidiol tenha mais evidências e estudos duplo-cegos mostraram que ele contribui para a diminuição de psicoses. Isso também vai de encontro com as pesquisas que mostraram ser o CBD um antagonista do THC.

> Ele tem o efeito de diminuir o efeito psicótico, as alucinações e delírios na esquizofrenia. Talvez seja uma situação em que você tenha um maior número de evidências. Existem pelo menos dois ensaios clínicos duplos-cegos controlados com um número grande de pacientes que foram feitos no exterior — um na Alemanha e outro na Inglaterra (ZUARDI, 2016).

O canabidiol pendula entre estar associado à maconha e não estar. E, não raro, assume, ao mesmo tempo, essa dupla identidade. Para as instituições que se po-

sicionaram contra a planta historicamente, ele tem esse respaldo pela USP e foi usado com benefícios por crianças — e nisso pode até ser medicamento — mas fora dessa demanda, ele volta a ser maconha. Entre os ativistas e defensores do autocultivo o canabidiol é interessante como medicamento enquanto aliado à planta; mas quando é separado dela, esse efeito medicinal é negado.

Para além disso, ainda há uma outra questão em relação ao canabidiol, que é a sua própria existência fora dos laboratórios de pesquisa. Independente das inúmeras realidades que o composto assume, medicamento-substância-maconha, há um fato: não há um CBD puro para ser comercializado. Ele existe, foi isolado em 1963, mas é muito caro obtê-lo na sua forma pura (ZUARDI, CRIPPA, FIGUEIREDO, 2016). A partir disso, é possível começar a entender muitos dos dissensos criados. Esse ponto específico da rede gera uma série de ações, discursos e perturbações que tornam mais claras as posições em que as instituições se encontravam. Também pontua aspectos e argumentações específicas da demanda de ativistas, além de outros desdobramentos dessa controvérsia: como a questão do autocultivo e da produção nacional.

Nos questionamentos sobre o Conselho Federal de Medicina, ou sobre a Anvisa, por exemplo, é preciso delimitar, antes de qualquer coisa, sobre qual CBD esse questionamento se dá. Se é o canabidiol puro, dos estudos da USP, a não toxicidade e a não dependência não só justificaria a sua retirada da lista de substâncias proibidas, mas é possível questionar até o fato dele ter ido para a lista C1, de um composto controlado. Seu perfil de segurança justificaria seu uso mais amplo e talvez o CFM não tivesse sido tão restritivo na regulamentação. O CFM foi chamado de conservador (BRITO, 2016; FIGUEIREDO, 2016; MARTINS, 2016) mas é que, independente de qualquer malefício atribuído ao THC (justificado ou não), não há um CBD puro para ser comercializado e esse canabidiol da USP, não tóxico, seguro, simplesmente não existia. Estava-se discutindo uma substância, mas a regulamentação foi feita com outra: com esse produto que ninguém sabe o que realmente é. Uma outra via citada para a regulamentação do CBD era discutir o uso de um fitoterápico (CHIORO, 2016), mas com muitas controvérsias em relação ao THC, essa não era uma possibilidade naquele momento.

> Eu não sou especialista nessa área, mas há uma política nacional de plantas medicinais e fitoterápicas. A última vez que li sobre isso — deve ter sido em uma banca de mestrado — tinha 70 e poucas plantas de interesse científico, de interesse para o SUS. Dessas, acho que 12 eram incorporadas na relação nacional de plantas medicinais. Eu estou falando de uma coisa que tenho pouquíssima informação, tá? — mas um dos caminhos que poderia se fazer é a discussão enquanto fitoterápico de uma planta medicinal. Mas qual é o problema? É a história do THC! Porque o que foi reclassificado na Anvisa foi o canabidiol e não os demais componentes que fazem parte da estrutura da cannabis, né? Isso era um outro debate — e esse não foi feito na época (CHIORO, 2016).

A Anvisa retirou o canabidiol da lista de substâncias proscritas, mas na verdade, a burocracia continuava a mesma porque os produtos contêm THC e outros canabinoides que não passam por regulamentação. Esse aspecto foi pouco explorado, acredito, por todos na controvérsia. Eu mesma lembro de, no final de uma entrevista para a *Folha*, o Crippa me dizer que havia um indicativo nos estudos de que o canabidiol ter esse efeito quando misturado a alguma porcentagem de THC. Deixei isso para o fim da reportagem. Disse uma linha sobre. Não iria escrever uma reportagem sobre "O canabidiol de pais tem THC" porque, naquele momento, isso significaria criar polêmica sobre a demanda. Hoje, para mim, falar do THC seria fazer uma discussão mais profunda, mas eu não tinha a menor ideia disso naquele momento. Acredito que havia espaço para uma discussão sobre o que seria tolerável de THC. Com tudo isso, vejo que o canabidiol foi separado da maconha enquanto discurso, mas o fato é que, enquanto produto para consumo, ele nunca esteve.

Agora eu entendo que é por isso que essa importação é ainda tão burocrática e precisa de laudo médico, receita especial, dentro de uma questão de uso em último caso, para um perfil específico, de doenças refratárias, de uso caridoso. O que eu pensava na cobertura como jornalista era: "gente, mas se não é tóxico, não causa dependência, para quê tudo isso?" Agora, eu tenho uma explicação mais detalhada sobre isso e consigo juntar um fato com o outro. O canabidiol que foi reclassificado não existe e, embora o processo tenha ficado menos burocrático, ele continua ainda muito restritivo — e não foi à toa que houve conflito entre a Anvisa e o CFM sobre os critérios para a importação do canabidiol. Precisava discutir o THC também e nin-

guém ousou fazer isso. Acredito que o fato do canabidiol não ter esse efeito psicoativo não quer dizer muita coisa nesse contexto específico.

A questão do canabidiol importado não ser puro, e esse canabidiol reclassificado, de fato, não existir, é um dos fatos levantados por grupos que defendem o autocultivo e o uso do THC. Para Cidinha Carvalho (2016), que usa o óleo artesanal, o canabidiol nunca existiu. A substância é uma farsa. Para ela, o canabidiol é um nome inventado para algo que não existe enquanto medicamento e enquanto benefício.

> O que a gente usa hoje, mesmo que seja o importado, não é o CBD puro. E, mesmo assim, pesquisas fora do Brasil dizem que o CBD isolado não faz tanto efeito quanto a planta inteira. Precisa das flores: o lugar em que estão concentrados todos os canabinoides. Agora, vem essa linguagem, com esse "CBD", esse "canabidiol", que é bom para epilepsia. Aí vem um Crippa… aí mostra uma mãe plantando… como eu também planto… (risos) e aí mostra que está tendo efeitos positivos e aí vem um Crippa falando "não, o CBD não é maconha", assim como ele falou na primeira entrevista [para o *Fantástico*]: "o CBD não é maconha". Mas, peraí, ele tira o CBD de onde? O importado não é o canabidiol isolado. Não é. Ele vem com THC também. Quer dizer, há controvérsias, né? Porque tiveram frascos dizendo que tinha menos de 1% e testes encontraram 4% de THC — o que não é tanto assim — mas já estaria fora do esquema da Anvisa. A Anvisa, agora por determinação do Ministério Público foi obrigado a colocar o THC na lista, né? Mas eu acho que a Anvisa tá recorrendo. Sabe disso, né? O que também é um absurdo porque é muito necessário THC para pacientes com câncer, dor… e epiléticos também. Então, pra mim, esse nome usado, esse "canabidiol" para mim é como… a palavra talvez seja meio pesada… é uma farsa — como se quisesse mascarar que o efeito terapêutico não é da maconha. Mas a substância foi tirada de lá. Não é verdade que não foi tirada. O CBD não foi isolado. Ele está lá com todas as outras substâncias. Isso tudo é mentira (CARVALHO, 2016).

Nos Estados Unidos, o canabidiol não é uma questão para o FDA, o equivalente à Anvisa no Brasil. O canabidiol lá é atrelado ao hemp, o cânhamo, uma variedade da cannabis sativa plantada industrialmente pelas fibras e sementes. O cânhamo também tem valor nutricional e, lá, ele é regulamentado pelo órgão de agricultura. Para ser hemp, de acordo com a legislação americana, o produto deve conter

0,3% de THC. Penny Howard (2016), que mora em Dallas (Texas/EUA) e tratava a filha Harper com um óleo da *Hemp Meds* nem chega a discutir a cannabis sativa. A palavra que ela usa é o hemp. Para Penny, como não há THC, a única possibilidade de uso para o hemp nos Estados Unidos é o industrial ou o medicinal.

> Então, o único uso para o hemp é o medicinal. O único uso de fato para o cânhamo é melhorar a saúde, independente do que você estiver buscando. Seja atividade convulsiva, ou Parkinson, digamos. Então, não existe uso recreativo, há um uso de saúde para o hemp. Harper usou um produto que era legal e ele basicamente deu a ela mais qualidade de vida (HOWARD, 2016).[45]

Penny Howard usa sem regulamentação para o uso medicinal nos Estados Unidos porque o canabidiol só foi regulamentado para o uso medicinal no Brasil e em nenhum outro lugar do mundo há essa regulamentação. Ainda, o produto que chega ao Brasil, além de não ser regulado pelo FDA, nem sempre possui a quantidade de THC para ser considerado legal, mesmo de acordo com as regulamentações norte-americanas. Zuardi (2016) conta que testes feitos pela USP demonstraram que os importados chegam até com concentrações altas de THC e que não há canabidiol puro em lugar algum. Um dos alvos da USP é fazer com que o composto chegue puro nas prateleiras das farmácias.

> Nós fizemos algumas análises desses extratos ricos em CDB que estão sendo importados e eles têm uma variação muito grande não só de canabidiol, mas de outros componentes da planta, inclusive THC, que muitas vezes atingem concentrações muito altas. O que eu imagino daqui para frente é conseguir registar o canabidiol como medicamento em algumas condições, basicamente nessas três que eu havia comentado com você, né?[46] E aí ter o CDB disponível nas farmácias, livre de outras drogas. O nosso esforço será nesse sentido (ZUARDI, 2016).

---

[45] "So, the only real use for hemp is medicinal. The only real use for the hemp plant is to better your health whatever you are looking for. You know, whatever it is seizure activity, or you know, Parkinson... so there's no recreational use, there's a health use, for hemp... Harper used the product that was legal and basically gave her better quality of life."

[46] O pesquisador se refere à Parkinson, Esquizofrenia e Epilepsia.

Uma das defesas para o autocultivo, além do canabidiol não ser puro, é o custo, que pode variar de R$ 2 mil a R$ 10 mil, a depender da condição e peso de quem o utiliza (MARGARETE, 2016; FIGUEIREDO, 2016) O autocultivo seria uma maneira de conseguir ampliar o uso. Há a defesa, também, de uma planta livre de agrotóxicos e de metais pesados. Margarete Brito (2016), Emílio Figueiredo (2016) e Cidinha Carvalho (2016) acreditam ser injusto permitir o uso de um óleo importado que não passa nem pela regulação de um fitoterápico e proibir, por exemplo, o autocultivo. Eles levantam questionamentos sobre a segurança do óleo. Na outra ponta, Anvisa e pesquisadores fazem questionamentos sobre a segurança do autocultivo. A segurança é essa categoria movimentada por ambos os atores para defender posicionamentos diferentes.

> Então, o pessoal pensa: ah, é uma coisa importada, mas não passa nem pela regulação que o fitoterápico passa. Esse óleo da Hemp Meds é feito com cânhamo chinês, que é um esquema industrial, com metais pesados, etc. Esse cânhamo é utilizado para fins industriais e não de alimento. Ele não pode ser utilizado como alimento. Tem metais pesados. As pessoas estão iludidas achando que esse remédio tem mais segurança e não tem (BRITO, 2016).

> O hemp é o cânhamo, um primo da maconha. Ele é plantado para fins industriais. Você pode fumar um caminhão de cânhamo que você não vai… as quantidades de THC nele são ínfimas. Eles fazem um extrato a frio do caule. Então, eles conseguem um extrato rico em CBD e com pouco THC. Mas isso é feito com fins industriais e ninguém está preocupado na China se alguém vai comer isso ou não (MARTINS, 2016).

Outra questão não totalmente fechada para alguns é se o efeito anticonvulsivante do CBD pode ser dissociado do THC. Mesmo as pessoas que utilizam o produto da Hemp Meds, como Katiele e Penny, há relatos que muitas mães só tiveram benefícios terapêuticos em óleos mais ricos em THC. Cidinha Carvalho (2016) e Margarete Brito (2016) são as que relatam esse aspecto em suas filhas. Margarete chegou a ver um efeito potente no início, com óleo artesanal com mais THC, que foi passando com o passar do tempo. Todas essa lacunas, questionamentos e dúvidas

levantam questões sobre as associações feitas pelos benefícios somente relacionados ao canabidiol.

> Tem criança com epilepsia que tem até um melhor resultado usando mais THC do que CBD. Até gostaria de fazer um parênteses porque você me disse: "ah, estou fazendo uma pesquisa sobre o processo de reclassificação do canabidiol". Na verdade, o canabidiol é uma das substâncias encontradas naquele óleo. Dentro daquele óleo, existem mais de 400 compostos. Então, não sei se por uma questão moral, eu não sei dizer, se escolheu falar do canabidiol (NEMER, 2016).

> Quando você fala em canabidiol, você está esquecendo que o que ajuda aquela criança pode ser aquele 0,3 de THC ou aquele 0,4 de canabivarina. Então, não tem como dizer exatamente o que ajuda essas crianças. A cannabis não é alopática, que você pega tantos miligramas de determinada substância e dá pra 100 pessoas que vai fazer o mesmo efeito. Não vai fazer o mesmo efeito. Cada pessoa vai agir a uma quantidade e a uma concentração das substâncias da cannabis (FIGUEIREDO, 2016).

Composto mobilizador

Muitas das questões colocadas sobre o canabidiol podem ser também entendidas a luz de estruturas que o precedem. E uma delas é a separação entre natureza e sociedade. No seu ensaio sobre as diferenças entre a filosofia da ciência e a antropologia, o filósofo Bruno Latour chamou essa separação de bifurcação. Segundo ele, há um entendimento dos modernos[47] de que temos qualidades primárias, dotadas do concreto (do domínio da natureza), mas vazias de valor; e as qualidades secundárias, cheia de valores, mas não reais (do domínio do social). O resultado dessa bifurcação, continua Latour, é que todos os dias, as agências precisam lidar com essa distinção na tomada de decisões: o objeto é objetivo e real, mas sem valor? Ou o objeto é subjetivo e cheio de valor, mas irreal? (LATOUR, 2014).

[47] Essa bifurcação, para Latour, está no cerne da constituição moderna. "A palavra 'moderno' designa dois conjuntos de práticas totalmente diferentes que, para permanecerem eficazes, devem permanecer distintas, mas que recentemente deixariam de sê-lo. O primeiro conjunto de práticas cria, por "tradução", misturas entre gêneros de seres completamente novos, híbridos de natureza e cultura. O segundo cria, "por purificação", duas zonas ontológicas inteiramente distintas, a dos humanos, de um lado, e a dos não-humanos, de outro" (LATOUR, 1994, p. 16).

O problema se dá, diz Latour, porque os objetos são híbridos. Eles não seguem a essa bifurcação. Eles são políticos, sociais, econômicos, globais e locais. O trabalho intelectual está em unir o que foi separado, em conseguir descortinar essas ontologias. A maneira encontrada para fazer isso foi a rede "mais flexível que a noção de sistema, mais histórica que a de estrutura, mais empírica que a de complexidade". As redes também não estão bifurcadas. Elas são narradas como o discurso, coletivas como a sociedade e reais como a natureza (LATOUR, 1994).

Consigo ver que essa bifurcação está no cerne das controvérsias sobre o canabidiol. Quando um leigo atesta valores para uma droga porque a viu em uma rede social e decidiu testar em casa, temos uma bifurcação em vários níveis para o saber científico e, ao mesmo tempo, a necessidade de superação dessa dicotomia. Pode-se regulamentar um composto pela experiência de um leigo, que é cheia de valor, mas irreal (no sentido de que não haviam estudos clínicos comprovando sua eficácia)? Ou prefere-se pensar em um canabidiol puro, sintético, real e puro do ponto de vista científico, mas irreal porque não pode ser usado por ninguém?

A superação dessa dicotomia, continua Latour (2014), foi a postura adotada pela antropologia. Eles sabiam que não podiam avançar no campo de trabalho se não se esforçassem para superar essa bifurcação. A dicotomia entre a realidade inacessível e a irrealidade acessível é insuperável é, de certo modo, incompatível com o conhecimento do campo científico apesar de sustentado por tanto tempo. A demanda das famílias impeliu a ciência a lidar com essa dicotomia. O discurso pode ter sido de um canabidiol puro, não psicotrópico, mas a regulamentação foi de um híbrido: esse canabidiol social que estava produzindo efeitos benéficos mesmo que não fosse puramente canabidiol. Ao invés de optar por não reclassificá-lo porque não havia estudos reais sendo produzidos, as agências consideraram que haviam valores sendo produzidos, mesmo que irreais para o objeto científico. Assim, se há valores sendo produzidos, não podemos considerar que estamos mais próximos de conhecer o nosso objeto ao invés de insistir no não-conhecimento? O nosso olhar crítico fragmentado pela nossa formação intelectual nos impede de ver o tecido inteiriço da realidade. Assim, essa rede mapeada aqui descortina outras ontologias sobre o composto. A postura simétrica (onde natureza e cultura se fundem e tem o mesmo peso) é talvez a leitura mais próxima para tentar compreender a multiplicidade dessas realidades.

A proposta de Latour é totalmente coerente com o que foi percebido no canabidiol. A construção do canabidiol não se opunha à uma natureza prévia da substância: ele se tornou a substância e isso não é, de modo algum, um relato sobre uma "mentira" socialmente construída, mas um relato sobre a natureza híbrida do canabidiol. O discurso e o poder, a sociedade e a natureza eram acontecimentos no canabidiol, como se fizessem parte da sua biografia e alterassem o seu destino (LATOUR, 2001).

O interessante é observar que, como o canabidiol, assumia uma identidade própria, descolada da ontologia da maconha, seja pela introdução das novidades apresentadas pelo seu uso medicinal leigo, seja pela necessidade dessa desconstrução para que fosse um objeto em si, a verdade era que, por natureza, o canabidiol está fora do pacto moderno. Não havia uma natureza objetiva que encontrava a natureza selvagem do homem. É um híbrido e um *matter of concern* por excelência.

O fato do canabidiol não ter sido objeto de análise do padrão-ouro da análise clínica (randomizado, controlado e duplo-cego) ficava em segundo plano porque outros atores, naquele momento, e no caso da Anny, assumiam uma simetria no lugar de fala da ciência, tanto no jornalismo, como na fala das próprias fontes. Afinal, se uma criança, portadora de uma síndrome rara sem tratamento específico, consegue diminuir seu número de convulsões de 80 por semana para perto de zero, como alegar que mais estudos são necessários para que essa mãe tenha acesso ao medicamento?

A polêmica estabelecida pelo canabidiol fez com esses atores se colocassem em movimento e mostrassem claramente que suas posições, aparente sólidas, não são permanentes e estão pautadas pela incerteza. Com o avanço da discussão, outras ontologias ainda escondidas iam ficando mais visíveis. A história de Anny Fischer não as mostrou de maneira direta mas, de certa forma, contribuiu para que saíssem da invisibilidade. Elas foram inicialmente silenciadas, mas não o seriam por muito tempo.

Capítulo 3 — A rede das redes

A imprensa ajudou a formar a rede e foi parte dela. Para muitos das entrevistados, a atuação de jornalistas foi essencial para a reclassificação do canabidiol. Ao mesmo tempo, a mídia se apresenta como uma força distinta, como uma entidade à parte, quase descolada dos demais atores. Ela parece não atuar sob o véu da neutralidade e isso a coloca numa posição curiosa. Nas próximas páginas, a tentativa é mostrar como a mídia e suas estruturas internas foram tão actantes quanto os demais.

A FORÇA DA MÍDIA

O processo de regulamentação do canabidiol começou com a busca de uma reportagem no início de 2014. Tarso Araújo, jornalista, estava fazendo uma matéria especial para a revista *Superinteressante* e procurava indivíduos que utilizassem a maconha medicinal. A ideia era humanizar a questão, mostrando o lado dos pacientes. Ele entrou em contato com o Emílio Figueiredo, advogado que defendia cultivadores e conhecia muita gente associado ao ativismo e ao uso medicinal da maconha. Por meio dele, Tarso conseguiu um personagem de câncer, um com dor crônica e outro com doença de Crohn. Faltava, no entanto, a novidade. Como já se falava do canabidiol no mundo, ele queria alguém que usasse o composto para o controle de convulsões.

> Naquela época, falava-se muito sobre o canabidiol pelo documentário da CNN, que mostrava o caso da Charlotte Figi, com síndrome de Dravet. Era um uso diferenciado da cannabis, não pelo THC, mas pelo canabidiol. Aquilo era a vanguarda da cannabis medicinal do ponto de vista da aplicação terapêutica porque mostrava o uso na epilepsia que, apesar de ser conhecido há mais de 200 anos, não era comum — nem para as pessoas que tinham contato com o ativismo. Então, do ponto de vista jornalístico, era importante mostrar alguém que usava cannabis para o controle de convulsões (ARAÚJO, 2016).

Tarso chegou até Katiele Fischer e viu ali uma oportunidade de fazer com que a maconha medicinal alcançasse um público maior. Uma das suas ideias era fazer com que a planta deixasse de ser "do gueto", deixasse de ser "coisa de maconheiro". A revista mostraria outros usos da cannabis medicinal, mas ela tinha como público-alvo usuários. Era preciso ir além dos usuários. Talvez fazer um filme. A primeira opção, pelo orçamento, foi veicular um curta que pudesse gerar mídia e financiamento para viabilizar o filme. Foi a partir disso que o jornalista pensou em uma estratégia que viabilizasse ao mesmo tempo o filme e a sua causa, que era fazer da Katiele uma ponte para legitimar o uso da maconha medicinal (ARAÚJO, 2016).

> Pensei que a revista não daria a repercussão necessária. Não por ser revista, nem por ser a *Superinteressante*, que tem alcance. Mas a capa era uma folha de maconha e a Katiele ia ficar escondida dentro da revista que custava R$ 30 com o público-alvo de usuários de maconha. Era todo mundo com quem ela não precisava falar. Era todo mundo para quem a gente não precisava mostrar a história dela. Era chover no molhado. O valor dela era o fato dela não ter conexões com esse mundo. Era a capacidade dela de se descolar da maconha. As imagens dela precisavam ser veiculadas fora desse gueto canábico, vamos dizer assim. Fora desse gueto do ativismo. Ela falava super bem e tinha essa coisa de uma família de um comercial de margarina (ARAÚJO, 2016).

Katiele seria a forma da maconha não ser a maconha no sentido dos estigmas que ela produzia. E foi assim que, feita a reportagem para a revista, o jornalista passou a arquitetar de que maneira a história da Katiele poderia ir além do ativismo. O primeiro pensamento foi a TV. Ele vendeu a pauta para Beatriz Peres, que trabalhava no *Fantástico,* programa de grande repercussão na TV Globo. Ela tinha sido editora de saúde da *Folha de S.Paulo* e colega de trabalho de Tarso na época em que ele também tinha passado pelo jornal. Tarso conta que Beatriz era a pessoa perfeita no veículo perfeito porque, para ele, ela era sensível a esses temas. Quando voltou de Brasília, Tarso diz que curiosamente encontrou Bia em um casamento. "A gente não se falava há um tempão e ela tinha acabado de ser mãe. E eu falei, nossa: ela vai pirar na história da Katiele. Pra você ver, o destino colaborando", diz o jornalista.

A mídia não era a única estratégia do Tarso e ele foi, de certa forma, criando uma história. Ainda, não se tratava apenas de usar a mídia para divulgar o caso. Tarso pensou o enredo de tal maneira que a imprensa foi incluída desde início como membro da rede, no sentido de que ela não seria apenas um "alerta", para uma mudança cultural que estava por vir. Ela serviria para, de fato, fazer com que Katiele conseguisse usar o canabidiol. A reportagem do *Fantástico,* por exemplo, foi pensada para ser veiculada junto com o curta e com um pedido de liminar feita para que a família Fischer conseguisse importar o canabidiol. A ideia era que o juiz reconhecesse o caso e, com a repercussão, fosse impelido a deferir o pedido.

> Comecei uma corrida pra vender a história para o *Fantástico*. O Diogo [advogado da Katiele] me informou que a petição estava pronta. Aí, eu tentei coordenar o lançamento do curta com a petição. Falei pro Diogo segurar até o lançamento do curta pra que esse lançamento desse atenção pra liminar também. Porque a minha ideia era: quando o juiz batesse o olho, ele já vai saber que era aquele negócio lá, aquela reportagem do *Fantástico*. A gente combinou com o Diogo dele segurar a petição. E ele segurou (ARAÚJO, 2016).

Na TV Globo, a história de Katiele foi vista como uma história de luta, ao gosto do que o *Fantástico* mostrava. Mas não foi assim desde o início. Quando Tarso entrou em contato com Beatriz Peres, ela não conseguia entender muito bem a pauta. Ela estava em casa de licença maternidade. "Enferrujada", como disse (PERES, 2016). Tarso falava de canabidiol de maconha, tudo ao mesmo tempo, e a jornalista conta que foi preciso uma hora de conversa para que conseguisse distinguir uma coisa da outra. Peres não conseguia entender de que modo as mães estavam utilizando o composto e sabia que seria difícil vender o uso medicinal da maconha fumada no programa.

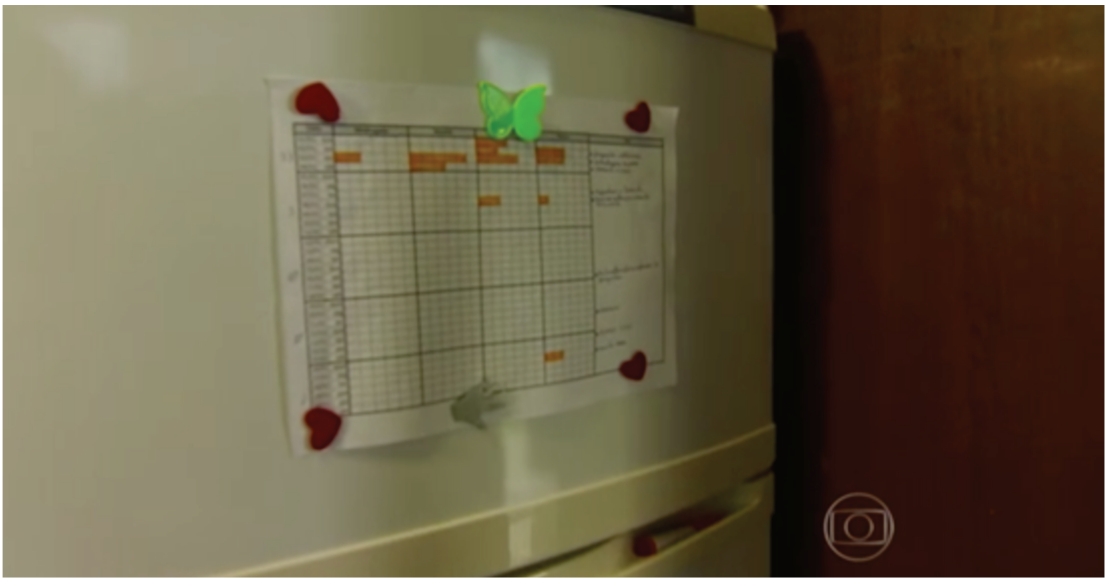


Figura 6: Reportagem do *Fantástico* mostra calendário da família com diminuição no número de convulsões após o uso do CBD. Reprodução — 30/03/2014

> Ele [Tarso Araújo] começou a falar "que era um derivado da maconha e tal". E aí eu falei que conheço o uso de maconha fumada mesmo, pra quem faz quimioterapia e outras indicações… "é disso que a gente tá falando?", perguntei. Ele disse: "não, Bia, é outra coisa totalmente diferente". Porque eu achei

> que isso seria muito difícil de vender, mesmo porque já tiveram histórias parecidas. Eu não estava entendendo o que que eu poderia vender de novidade ali. Qual era o meu filtro na época? Vender uma história que fosse nova, que as pessoas não tivessem tratado ainda… que no *Fantástico* pudesse chamar a atenção pela novidade. E apesar de eu demorar um pouco pra entender o que era, eu fiquei muito atraída pelos personagens, que são muito fortes, as histórias são muito fortes e isso tem muito a cara do *Fantástico*, né? Contar histórias, mostrar personagens e tal… era até um grande barato de trabalhar lá (PERES, 2016).

Beatriz trabalhava no *Fantástico* em São Paulo, que funciona como uma sucursal, com editores e diretores que respondem ao Rio de Janeiro, sede da Rede Globo, emissora pela qual o programa é transmitido. Em São Paulo, jornalistas e editores podem oferecer pautas e histórias, mas é no Rio que as decisões são tomadas. Com isso, a história da Katiele foi aprovada primeiro em São Paulo e, depois, enviada ao Rio. Beatriz Peres (2016) conta que vendeu a pauta sob o prisma dos personagens, da luta da mãe. Ela diz que não foram feitos muitos questionamentos sobre a maconha especificamente nas reuniões porque ela conta ter definido muito bem do que se tratava. Disse que era um composto da maconha, ingerido em uma colher e não a planta mesmo. Essa substância também não simulava os sintomas típicos da erva e não causava dependência.

> Na hora que eu vendi a pauta, eu não fui muito questionada porque eu já expliquei o que era. Disse: "então, é o canabidiol, é um composto, é um negócio que mistura na colher, toma por uma seringa e tal". Já fui direto à explicação técnica e não teve problema. Foi tratado como uma coisa… digamos, ninguém entrou na discussão moral em nenhum momento. Eu vendi pela coisa das histórias mesmo, das mães, da Katiele e das outras mães, da relação delas com as filhas e com a Anvisa e a batalha. Todo o mundo ficou encantado, como falei, pela coisa familiar, pela história das mulheres e como eles estavam tentado resolver meio que na unha o problema dos filhos dela (PERES, 2016).

Quando a história de Katiele foi para o *Fantástico*, assim, ela já estava dissociada da maconha. Beatriz Peres (2016) conta que a polêmica estava mais na luta das mães e menos no fato de ser um derivado da maconha. Elas poderiam estar lu-

tando por qualquer coisa e, naquele momento, era o canabidiol. A única preocupação do programa, diz Beatriz, era em ser didático porque atinge um público maior. A jornalista não continuou na história. Uma característica do trabalho na televisão era de que todos os jornalistas cobriam tudo e não perseguiam uma única pauta, nem um único tema. E foi por isso que Tarso Araújo pensou na entrada dos jornais. Para o jornalista, enquanto a TV alcança um público maior, ela não tem a característica de continuar seguindo a história. Também seriam os jornais, acreditava Tarso, que dariam maior profundidade para outros fatos, como a notícia da liminar que concedeu a importação do CBD à família (ARAÚJO, 2016).

> Mas eu também tenho que falar da sua entrada na história [o entrevistado se refere a mim, como repórter da *Folha de S.Paulo*]. Os jornais foram pensados para o pós. E faltava alguma coisa na *Folha*, que era a minha antiga casa. Se a gente conseguisse essa liminar, seria a primeira vez no Brasil que se concedia uma liminar para uso de maconha — não importa se era medicinal ou não. E aí, se a gente conseguisse esse objetivo concreto — que era ajudar a Katiele a dar o canabidiol para a filha dela — a gente estaria simultaneamente criando o primeiro paciente de maconha medicinal no Brasil e a primeira pessoa a usar maconha legalmente no País. Isso em si era mais uma notícia. A notícia era isso. Então eu vendi pra vocês desse modo (ARAÚJO, 2016).

Tarso Araújo (2016) conta que a entrada dos jornais daria uma legitimação para a demanda da Katiele no sentido do que ele queria: que a maconha fosse levada a sério, fora do círculo dos maconheiros. O jornalista define os jornais como sendo quem pauta. A TV pode ajudar a divulgar, a fazer com que o assunto tenha mais alcance, mas quem vai definir o que toda a imprensa vai dar e o que é importante são os jornais. E, por isso, para Tarso, era importante que entrassem na história. Os jornais serviriam para divulgar esse processo de legitimação da maconha, que seria feito na visão do Tarso, ou por intermédio da Justiça ou da ciência. A legitimidade veio da Justiça quando Katiele Fischer conseguiu a liminar. Para esse processo de legitimação, também Tarso Araújo pensou ser importante que a pauta entrasse dentro de uma editoria de saúde e que fosse vista com esse olhar.

Os jornais também são os meios com mais credibilidade, segundo brasileiros. Em 2015, a Secretária de Comunicação da Presidência (Secom) divulgou um levantamento que traçou o perfil de consumo do brasileiro nas diferentes mídias. O levantamento teve uma amostra de 18 mil pessoas e cruzou dados do sendo Censo de 2010 e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) de 2011.

Cerca de 21% dos brasileiros leem jornal uma vez por semana. A escolaridade e a renda é um fator que contribuiu para o aumento da exposição a jornais: 15% dos leitores com ensino superior e renda acima de cinco salários mínimos (R$ 3.620 ou mais) leem jornal todos os dias. Entre os leitores com até a 4ª série e renda menor que um salário mínimo (R$ 740), os números são 4% e 3%. Os jornais também são tidos como os veículos mais confiáveis, quando comparados à TV, ao rádio e à internet. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL, 2014). A estratégia de Tarso, assim, de usar os jornalões para dar legitimidade encontra respaldo na visão que os brasileiros tem da mídia especificamente.

FOLHA DE S.PAULO
SEXTA-FEIRA, 4 DE ABRIL DE 2014 C9

saúde+ciência

Justiça autoriza uso de derivado da maconha para criança com epilepsia

Menina de 5 anos sofre de forma grave da doença e melhorou com remédio importado ilegalmente

CFM diz que médico tem autonomia para prescrever remédios, mas importação requer autorização da Anvisa

MONIQUE OLIVEIRA
DE SÃO PAULO

Pela primeira vez no Brasil, um paciente conseguiu uma liminar para usar e importar um medicamento derivado da *Cannabis sativa*, nome científico da maconha.

A decisão permite que Anny Fischer, 5, que tem uma forma rara e grave de epilepsia, possa usar o canabidiol (CBD), um dos 80 princípios ativos da erva e que não causa efeitos psicotrópicos.

Segundo o juiz Bruno Apolinário, da 3ª Vara Federal de Brasília, a autorização foi concedida por causa dos benefícios que o medicamento, importado ilegalmente pela família, trouxe à criança.

Apolinário, porém, adverte que a autorização é exclusiva para esse caso. "Não se pretende com a demanda fazer apologia do uso terapêutico da *Cannabis sativa* (...), menos ainda da liberação de seu uso para qualquer fim em nosso país. (...) A substância revelou-se eficaz na atenuação ou bloqueio das convulsões, (...) dando-lhe uma qualidade de vida jamais experimentada", diz na decisão.

Anny tem encefalopatia epiléptica infantil precoce tipo 2, doença que causa convulsões desde os primeiros meses de vida e leva a um atraso no desenvolvimento.

Ela tinha de 30 a 80 crises convulsivas por semana, segundo laudo anexado à decisão, emitido por médicos da USP de Ribeirão Preto, e chegou a receber tratamento com anticonvulsivantes e implante no cérebro. As terapias melhoraram o quadro, mas o número de crises ainda era alto.

A família então importou o CBD (cerca de 10 ml) ilegalmente dos EUA pela internet, por US$ 500. A mãe de Anny, Katiele Fischer, 33, aprendeu como usar o produto no Facebook, com um pai dos EUA que escreve sobre a experiência com a filha. "Conversei com ele e fomos fazendo tudo o que ele fazia", diz.

O CBD chega ao Brasil em forma de pasta, que é dissolvida no óleo uma vez por dia. O produto fez com que as crises de Anny cessassem.

Na terceira importação, porém, a substância foi retida pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). A família decidiu obter na Justiça liminar para importar e retirar o produto. Mãe e filha também participaram do documentário "Ilegal", que estreou na semana passada.

Nos EUA, a FDA (órgão que regula remédios no país) considera o CBD seguro, mas quem o vende não pode alegar propriedades medicinais, já que ele ainda não passou por testes clínicos no país.

A Anvisa diz que a família poderia ter entrado com um pedido formal para obter a substância porque a lei prevê que remédios sem registro possam ser importados para uso científico ou medicinal.

O Conselho Federal de Medicina informou apenas que o médico tem autonomia para prescrever qualquer remédio, mas a importação precisa ser autorizada pela Anvisa.

A Associação Brasileira de Psiquiatria é contrária ao uso da maconha medicinal até que sejam comprovados seus benefícios. A Academia Brasileira de Neurologia não quis comentar o caso.

Sérgio Lima/Folhapress

A paisagista Katiele Fischer, 33, e a filha, 5, Anny Fischer, em sua residência em Brasília

Outras famílias tentam usar o composto

DE SÃO PAULO

Outras famílias também tentam trazer o canabidiol dos EUA ou já usaram a substância para o tratamento de crianças com a forma grave de epilepsia.

A advogada Margarete Brito, 41, do Rio de Janeiro, é uma das mães que importou clandestinamente o CBD para a filha Sofia, 5, portadora da mesma síndrome genética de Anny.

"Funcionou só nas primeiras semanas e depois as crises voltaram", diz. "Mas gostaria de continuar testando o medicamento."

Como ela, o engenheiro Filippe Vieira, de Santa Catarina, tentou trazer o CBD de várias formas para a filha Natália, 4. "Pedi para amigos trazerem dos EUA, mas muitos ficaram com medo de serem presos", explica. "Também acabei desistindo depois que soube que o remédio da Anny ficou retido pela Anvisa."

Margarete, Filippe e Katiele se tornaram amigos por meio de página do Facebook que divulga informações para os pais de crianças com a síndrome.

Junto com outras famílias, eles acompanharam as informações divulgadas pelo americano Dustin Horward e sua mulher Penny Howard, que escreviam sobre a evolução da filha, Harper, 4, com o tratamento do CBD rede social.

"Testamos a droga por seis semanas e vimos que as convulsões reduziram muito", disse Penny à **Folha**. "Decidimos que o mundo deveria conhecer a nossa experiência."

Dustin e Penny criaram o site HopeforHarper.com e inspiraram os pais brasileiros a fundarem a Appepi (Associação de Pais de Pessoas com Epilepsia de Difícil Controle). (MO)

EUA aprovam injeção para tratar overdose de heroína e morfina

Aparelho pode ser usado por pessoas fora do ambiente hospitalar

DAS AGÊNCIAS DE NOTÍCIAS

A FDA (agência que regulamenta medicamentos nos Estados Unidos) permitiu ontem que um dispositivo de injeção contra a overdose de drogas opioides (como a morfina e a heroína) possa ser usada fora do hospital por familiares ou cuidadores.

O produto, chamado Evzio, contém uma dose da droga naloxona e deve ser usado no tratamento de pessoas que pararam de respirar ou perderam a consciência em consequência de uma overdose.

Esse tipo de incidente, que em geral ocorre com drogas legais, é hoje a principal causa de morte por razões externas nos EUA, superando as até mesmo os acidentes de trânsito, segundo a FDA. Em 2013, o Centro de Controle de Doenças americano informou que o número de óbitos por overdose teve crescimento contínuo na última década.

A naloxona rapidamente reverte os efeitos da overdose e é considerada o tratamento padrão para esses casos.

"A overdose e a morte resultantes do mau uso ou abuso de drogas opioides, prescritas ou ilícitas, tornaram-se uma preocupação séria de saúde pública nos EUA", disse Bob Rappaport, da FDA. "Evzio é o primeiro aparelho desenvolvido para a administração de naloxona fora do ambiente hospitalar."

A agulha do dispositivo injeta o fármaco no músculo ou sob a pele. Uma vez ativado, o dispositivo dá instruções verbais ao usuário descrevendo como aplicar a medicação, algo parecido com o que ocorre com alguns desfibriladores (veja quadro à direita).

MÓDULO DE TREINO

Familiares e cuidadores devem estar cientes de todas as instruções de uso antes de utilizarem o dispositivo, recomenda a FDA. Também é importante, afirma o órgão, que a pessoa que vá aplicar o produto no paciente pratique o procedimento antes, usando um dispositivo de treino que acompanha o Evzio.

"Essa permissão é um marco importante, e eu espero que receba bastante atenção", disse Carl Sullivan 3º, da Universidade da Virgínia Ocidental. "Muitas pessoas morrem pelo uso de opioides porque a naloxona não é imediatamente usada para reverter os efeitos da overdose."

O novo dispositivo, porém, é visto com um misto de preocupação e esperança por outros especialistas.

"Preocupa-me que exista uma falsa sensação de segurança entre usuários de drogas, do tipo 'certo, agora eu tenho um aparelho que injeta naloxona, podemos nos divertir e ninguém vai morrer'", disse James Rathmell, do Hospital Geral de Massachusetts. Mas ele acrescenta: "Por outro lado, é uma grande droga. É extremamente eficaz e não possui quase nenhuma desvantagem".

Segundo a FDA, o Evzio não substitui o atendimento médico imediato, e quem aplicar o dispositivo deve procurar um hospital imediatamente após o uso. A distribuição de naloxona é parte da estratégia nacional de controle de drogas da Casa Branca desde 2012.

TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA

Injeção subcutânea é indicada para reverter temporariamente os efeitos da overdose de drogas

PESQUISA

ONG que luta contra Aids organiza baile de gala em São Paulo

DE SÃO PAULO - A Fundação para a Pesquisa da Aids (amfAR) organiza hoje à noite a quarta edição do baile Inspiração Gala São Paulo, apresentado pela modelo Naomi Campbell.

O evento fará homenagem à cantora Janet Jackson, embaixadora da amfAR. Janet receberá o Prêmio de Inspiração pela sua defesa em nome das pessoas vivendo com HIV/Aids. O publicitário Nizan Guanaes e Donata Meirelles, diretora de estilo da Vogue Brasil, serão presenteados com o Prêmio Humanitário.

A Fundação para a Pesquisa da Aids é uma ONG internacional que se dedica ao suporte de pesquisas da Aids, à prevenção do HIV, à educação do tratamento e à defesa de uma política pública sólida relacionada à doença. Desde 1985, já investiu mais de US$ 366 milhões em seus programas e concedeu subsídios a mais de 2.000 equipes de pesquisa no mundo.

A série de eventos Inspiração foi lançada em 2010 e angaria fundos para a ONG.

Kalunga

Figura 9: Reportagem na *Folha de S.Paulo* após liminar que autorizou importação do CBD — 4/4/2014

> Uma coisa era eu falar que o número de convulsões diminuiu e outra era eu atestar isso. Então, a pauta da Folha foi para dar essa legitimidade. Porque o *Fantástico*, era aquilo, bomba no domingo; na segunda, tem aquela repercussão e morre. Então, os jornais entraram de vez. A liminar saiu no dia 3, e a sua matéria da Folha saiu no dia 4. E, aí, com isso, a gente garantiu que o assunto tivesse continuidade. O *Fantástico* ajudou a colocar a coisa em um nível nacional, mas o que faz uma pauta ter *suíte*[48] é o fato dela sair na *Folha* ou no *Estadão.* A TV consegue os furos, mas quem pauta a imprensa nacional são os jornalões. Porque, ali, apesar de tudo, tem algum fiapo de jornalismo investigativo. E olha que muita coisa mudou nesses últimos dois anos porque ainda estão fazendo muito menos jornalismo investigativo, de verdade, do que antes. A *Folha* deu um fundo para essa história. Olhando o clipping, a coisa foi assim: a *Folha* deu e foi aquilo: agora a pauta ficou obrigatória. Agora, todos os jornais têm que dar matéria sobre isso. Todos os jornais se viram na obrigação de dar aquele tema — e com o pé na saúde (ARAÚJO, 2016).

A motivação do Tarso incluía a divulgação do filme, o seu ativismo na maconha e a história da Katiele e, com isso, a sua força de vontade foi impressionante. Tarso (2016) conta que apresentava a notícia da Katiele primeiro e depois falava do filme (de fato, na *Folha*, foi isso o que foi feito). Isso era fundamental, segundo ele, porque para a legitimidade que procurava era importante que a pauta não fosse de entretenimento, sobre um filme, mas de saúde, sobre uma história. Tarso também era um bom vendedor, tanto da Katiele, quanto do filme. Nesse primeiro contato com o jornal, em abril de 2014, ele sugeriu a pauta da Katiele atrelada ao lançamento de um documentário, quando, na verdade, era um curta de cinco minutos. Quando o *Ilegal* saiu, eu mesma fiquei confusa, porque eu achava que o filme já havia sido lançado. E pensei: "peraí, o curta está sendo lançado novamente?"

Mesmo com a história da Katiele ocupando o primeiro plano, a divulgação do filme era importante para Tarso e era preciso também que aquele projeto não parasse ali. Outras estratégias foram montadas e, junto com a história da Katiele,

[48] Suíte é definida no jornalismo como a repercussão de uma história que já foi contada. Por exemplo, Katiele pediu a ação na Justiça. Uma suíte seria verificar se essa ação já saiu, quando saiu, se o medicamento já foi importado, se já chegou, se usou, se Anny está bem... etc. É acompanhar todos os passos de um fato, dar prosseguimento.

e o curta, uma campanha de *crowdfounding*[49] foi feita para bancar o filme. A missão do Tarso era atingir o maior número de pessoas possíveis. Ele estava pensando em estratégias que aumentassem o envolvimento com a história e queria que o vídeo viralizasse. Ele contou muito com pessoas que conhecia no jornalismo e no ativismo. O lançamento do curta serviu para reunir os conhecidos. Estavam presentes jornalistas, especialistas, ativistas e a ideia foi vender o filme como causa a ser apoiada.

Tarso pensou tudo de tal maneira que envolveu imprensa, ciência, especialistas, ativistas e leigos. Ele também coordenou as datas de lançamento do curta de modo a dar visibilidade ao simpósio de drogas do Elisaldo Carlini, professor da Unifesp e um dos pioneiros com estudos do canabidiol.[50] O evento, segundo ele, já tinha acontecido umas três vezes sem a menor atenção da imprensa. Ele queria dar mais atenção para isso e reverberar a relação do canabidiol com a epilepsia — porque ele sabia que o Carlini tinha um estudo pioneiro publicado nos anos 1980 sobre a condição.

A estratégia de Tarso Araújo na imprensa deu muito certo para o que ele pretendia alcançar: fazer com que a história da Katiele alcançasse um público maior. Grande parte dessa rede foi formada pela exposição da história na mídia. Muitos dos entrevistados para esse trabalho conta que a viram na TV e, a partir disso, entraram em contato com a família. O próprio Leandro Ramires (2016), que mais tarde se tornaria importantíssimo para as articulações na Anvisa e no CFM, viu, pela primeira vez a história da Katiele no *Fantástico.*

Ao ter vendido a história da Katiele para a imprensa e, tendo-a incentivado para ir além (com os contatos de advogados e especialistas), Tarso deu um grande impulso para a rede que se formasse. Foi ele que encontrou o advogado e colocou a Katiele em contato com a USP de Ribeirão Preto (que também deu o laudo para que os Fischer importassem a substância e conseguissem a liminar). Ele era insistente com a imprensa, passava todas as fontes e informações necessárias. Tarso fez com que os jornalistas virassem um instrumento de pressão sobre as instituições. Todos eles estavam bem informados e já pautados pelo Tarso, pelo filme e pela história de uma mãe que via no canabidiol a sua última esperança. A imprensa virou uma

[49] Ferramenta de financiamento coletivo, geralmente feita pela internet.
[50] Ver item "A ciência canabinoide", p. 121.

aliada. Em face de qualquer dificuldade, a família Fischer acionava os jornais — e repórteres passavam a pressionar as instituições. Sob essa pressão, muitas respostas foram formuladas a partir desses contatos, como, por exemplo, o impasse entre a necessidade para a prescrição para a importação e o fato da prescrição estar vetada em face da substância ser proscrita.

Essa articulação e uma ideia da pressão da mídia sobre as instituições, que foram obrigadas a se posicionar, foi citada como um fator muito positivo por todos os entrevistados. Muitos creditam também à mídia o fato da maconha medicinal estar no debate nacional e ao fato da reclassificação do canabidiol ter sido possível. Há, entretanto, algumas ressalvas para a atuação da imprensa.

Para a família Fisher, a mídia, em um primeiro momento, foi motivo de medo. Norberto conta ter ficado muito assustado, ter se sentido exposto, com o telefone que não parava de tocar com pedidos de entrevistas dos mais variados canais. Ele ficou muito preocupado com a reportagem do *Fantástico*. Disse que "estava subindo pelas paredes antes do programa". Norberto é funcionário da Caixa Econômica e achava que poderia sofrer retaliações por isso. Para ele, foi algo desagradável ir à mídia e dizer que estava fazendo algo ilegal, porque ninguém, enfatiza, gosta de ser vinculado a alguma coisa ilegal. Uma das preocupações de Beatriz Peres (2016), uma das editoras do programa é a verificação se o entrevistado possui o entendimento do que significa sair na TV com aquele alcance. Ela conta que não quis usar diretamente as imagens do curta feito por Tarso Araújo em que Katiele Fischer dizia que traficaria se fosse necessário. Quando a equipe foi para Brasília fazer a reportagem, ela pediu para que a repórter repetisse a questão. Foi quando Katiele Fischer reforçou o que já havia dito e a equipe percebeu que ela não só tinha noção do que dizia, como essa postura fazia parte de um posicionamento político que integrava a sua demanda.

> A gente viu que ela tinha um posicionamento político e que isso fazia parte da história. Porque ela não estava conseguindo pelas vias legais, digamos assim, e ela só estava conseguindo daquela maneira. De qualquer forma, foi uma preocupação nossa, da gente saber exatamente em que contexto ela estava dizendo aquilo pra gente, né? Porque assim... no *Fantástico*, às vezes, as pessoas falam uma coisa pra uma matéria de jornal, ou pra um veículo menor na internet e tal... e tem uma repercussão. Quan-

> do você fala para o *Fantástico*, expõe isso lá, com a audiência que tem o programa, é uma outra repercussão, né? Então, a gente sempre tinha esse cuidado, independente do assunto, de que as pessoas tivessem dimensão de que o que ela estava falando ali repercutiria inevitavelmente. Não vai passar batido. Então, a preocupação foi nesse sentido. Foi a única coisa mais moral que tivemos durante a reportagem, digamos assim (PERES, 2016).

No começo, a família Fischer contava com a orientação do Tarso para lidar com tudo isso. Eles também tiveram que desenvolver uma estratégia para lidar com a imprensa. Contam que só conversavam com repórteres que tinham uma percepção de não estarem ligados com o sensacionalismo. Qualquer convite desses veículos, era negado, dizem. Eles tinham medo que a imagem, o trabalho que eles estavam tentando fazer fosse "manchado" (FISCHER, 2016).

Norberto Fischer (2016), no entanto, tem algumas ressalvas sobre a atuação da imprensa. Ele conta que, desde a primeira entrevista, a família nunca tinha deixado de falar que era favorável à importação, à produção nacional e ao autocultivo. Mas, curiosamente, só saía a importação, mesmo após a reclassificação do canabidiol. Norberto conta que há reportagens que citam a produção nacional, mas nunca o autocultivo. Em sua análise, os trechos não eram publicados talvez por uma percepção da mídia de que seria muito impactante para a sociedade um salto tão grande — do proibicionismo ao autocultivo.

Para mim, durante a cobertura na *Folha*, a questão do autocultivo não apareceu nas entrevistas, talvez porque cobri a história bem no início. Tínhamos um tempo limitado para as entrevistas, muito próximas ao fechamento, e a questão era sempre reclassificar o canabidiol, como estava a Anny, etc. As entrevistas com os cientistas também deixavam essa questão bem isolada, não se falava nem em maconha — o assunto era a importação de um derivado — como poderia se falar em produção nacional, autocultivo? Essa era uma pauta que não estava posta, e seria imprevisível, pelo menos pra mim, como a *Folha* reagiria em face disso. Talvez fazendo questão de colocar o "outro lado", como é de praxe nos jornalões.[51] Norberto coloca esse dado

[51] O mecanismo do "outro lado", na imprensa — e principalmente na *Folha*, onde eu trabalhava —, era utilizado em pautas polêmicas em que divergências sobre determinadas ques-

como um fato, e não necessariamente como um viés negativo e cita que grande parte da força da família se deve à mídia. Ele conta que utilizou a imprensa como estratégia para qualquer retrocesso que acontecia e cita que a mídia formou o cenário político ideal para a reclassificação.

> Também acredito que a gente não teria força nenhuma, as coisas não teriam acontecido se não fosse a mídia. A mobilização de várias famílias, do Brasil inteiro, e esse monte de ONGs que surgiram agora... isso só aconteceu graças à mídia. A história envolveu saúde, família, assunto polêmico e causou comoção. Era a mistura perfeita para a mídia conseguir fazer a repercussão e dar a força que deu pra gente. Eu duvido que algum político deixaria de atender ou iria dizer um não em um cenário desses. Com essa bomba na mão, a imprensa poderia explodir a qualquer momento. Toda vez que tinha algum retrocesso, a gente fazia contato com a mídia e, no outro dia, estava em tudo quanto é jornal. As coisas aconteciam (FISCHER, NORBERTO, 2016).

Norberto, de fato, utilizou a mídia como uma maneira de repercutir e resolver conflitos e conseguiu resultados concretos com isso. Ele conta que um pai de Brasília queria ir com o filho, também paciente de epilepsia refratária, pela primeira vez, para a praia, e a companhia aérea (Avianca) negou a viagem do filho. "Mas só foi botar na mídia, que no outro dia a criança estava embarcando e resolveu o problema. Então, assim, a mídia é muito forte."

Na outra ponta, a imprensa toda parecia estar aberta à pauta e à história. Na *Folha*, em saúde, em muitos casos, houve prioridade sobre os demais assuntos do dia. O *Correio Braziliense* também abraçou o canabidiol. Roberta Machado (2016) conta que o jornal defendeu o uso medicinal e apoiava todas as suas histórias. Felipe Igreja (2016) relata que, na CBN, havia muito espaço para a controvérsia — o que não era normal em casos que não eram estritamente de política. Para Igreja, o filme foi um estopim e o Norberto Fischer foi uma grande fonte, sempre avisando das novidades e informações sobre o caso, ajudando a rádio a fechar as matérias. Felipe Igreja também, como muitos jornalistas, fez uma articulação entre as instituições.

---

tões são mais explícitas. O termo é inclusive um título comum em alguns adendos construídos no jornal.

> A gente conversava com o CFM para saber como ficava essa questão dos médicos terem permissão para prescrever esse tipo de medicamento. Na Anvisa, a gente perguntava sobre as reuniões que eles faziam pra decidir se tiravam ou não o produto da lista de substâncias proibidas e sobre todo o processo burocrático de importação (IGREJA, 2016).

A mídia foi uma maneira de fazer com quê a demanda social, a demanda das famílias chegassem até às instituições — e isso não só pela informação que era veiculada, mas também por uma pressão direta, com telefonemas e ligações diretas que cobravam respostas e explicações. As instituições precisavam dar respostas. Isso foi sentido por Katiele (2016) que diz que percebeu que, conforme a pressão da mídia sobre as instituições aumentava, mais elas iam se abrindo. Para Katiele, essa demanda social das famílias, junto com a pressão da imprensa foi o ponto chave das mudanças.

Essas mudanças foram até mais profundas que a pressão exercida pela instituições. Com a ajuda da mídia, o debate sobre a maconha medicinal e o canabidiol alcançou o grande público. Katiele (2016) conta que, certa vez, a Anny teve uma convulsão em um dos shoppings de Brasília. Na ocasião, uma senhora se aproximou e disse: "você já ouviu falar daquele remédio da maconha?". A senhora não sabia que a própria Katiele havia sido o gatilho para a discussão sobre o composto, nem que a família tinha sido a primeira no Brasil a conseguir uma autorização legal para o uso de maconha medicinal, mas ela sabia da existência do canabidiol, e que ele era da maconha. Isso impressionou Katiele que disse que, naquele momento, percebeu a força da história.

O canabidiol reunia características que o deixavam altamente noticiável. Havia o ineditismo, afinal ele trazia benefícios para uma doença difícil de ser tratada. A controvérsia do canabidiol tinha um valor-notícia, que é um conjunto de práticas que decidem a noticiabilidade de um acontecimento (SILVA, 2005). Ele não depende só do acontecimento em si, mas de todo o processo — inclusive o constrangimento que jornalistas podem sofrer no percurso de produção do trabalho. Esse constrangimento não necessariamente tem a ver com um impedimento editorial, mas com o lu-

gar que a prática ocupa na sociedade — como a sua possibilidade de dar ampla visibilidade aos fatos com todas as consequências que isso pode ter. Ele também pode ser subjetivo e variar de acordo com a publicação, com o repórter e com o editor. Entender o constrangimento para a publicação da mãe que pegava a maconha da filha para aliviar o câncer, uma das histórias contadas pela jornalista Roberta Machado, do *Correio Braziliense*, pode ser entendido de dois aspectos: uma, o constrangimento de não querer misturar o jornal com a maconha, ou também que o alcance da notícia poderia fazer com que a mãe fosse presa (SILVA, 2005).

Uma das questões sobre a produção de valores-notícia é que eles não são estanques e podem mudar com o tempo (SILVA, 2005). Reportagens que vêm sendo produzidas (FANTÁSTICO, 2016; REDE GLOBO/FANTÁSTICO, 2014) mostram uma abertura a outras visões, como o relato de famílias que mostram que os benefícios também podem vir do autocultivo e da planta. Como na história da Katiele, essas reportagens dão exposição a outras práticas; mas, diferentemente, do que Tarso conseguiu, não houve um trabalho de investigação com jornais e outros veículos funcionando como instrumento de pressão para viabilização da demanda. Algum jornalista ligou para alguma instituição, por exemplo, para saber se é possível abrir uma exceção para o autocultivo no uso medicinal?

Uma abordagem direta

A mídia, no relato de Margarete Brito (2016), também tinha uma predileção pelo que ela chama de "milagre" e, por vezes, superdimensionava a extensão dos benefícios do canabidiol. Margarete conta que deu o composto para sua filha, mas não tinha visto os mesmos benefícios terapêuticos que Katiele reportava com Anny. Ela disse que o mesmo acontecia com outros pais, mas esse outro lado não era noticiado. Como havia uma demanda para a importação e a reclassificação do CBD, e ela era importante para muitas famílias, pais tinham medo de falar que os filhos tinham voltado a ter convulsões ou que o canabidiol não estava funcionando da maneira como gostariam. Um outro ponto criticado é o fato do THC e seus possíveis efeitos terapêuticos não serem mencionado na imprensa (BRITO, 2016).

> O importante era mostrar que era um milagre. E era uma mentira. Eu luto não é porque fez milagre com a minha filha. Eu luto porque eu vejo que realmente eu sei que tem algum efeito medicinal e de fato está ajudando a gente. Assim como nenhum remédio é milagroso, a cannabis também não vai fazer milagre. Isso é importante que seja dito. Eu acho que não pode criar uma expectativa que vai ser para todo o mundo igual foi para a Anny. Isso é uma mentira. Essa é uma das minhas críticas. Como eles [os jornalistas] cansaram de mim e da Katiele, houve uma procura por outros pacientes que não tinham aparecido. E era a mesma coisa. A mídia mostrava milagres … e não é verdade. As pessoas ficavam com medo de dizer: "não, olha só, a minha filha voltou a ter crises, realmente tem um efeito medicinal ali, melhora cognitivo, o eletro dela melhorou...". A verdade às vezes é muito longa para o jornal explicar e aí não interessa muito. Tinha muito jornalista desinformado, que fala muita besteira, saía muita coisa errada... muita. E outra crítica: falar de THC? Sempre cortavam. A mídia teve um papel importante por um lado. Com certeza, talvez sem a pressão da imprensa a Anvisa não teria dado essa atenção, né? Porque o órgãos públicos têm medo da mídia. Então, por esse lado, foi muito positivo. Tem sempre os dois lados, mas tenho muitas críticas (BRITO, 2016).

A ideia de que era importante ressaltar os benefícios, em detrimento do que o canabidiol poderia não ser tão inócuo — como o relato de problemas gástricos em usuários de óleos da Hemp Meds — tinha dois lados. Havia também uma agenda para a reclassificação do canabidiol. Nas entrevistas feitas para a *Folha de S.Paulo*, no auge da polêmica, nenhum efeito colateral foi relatado e só fiquei sabendo do efeito descrito acima durante esse trabalho. Sobre o canabidiol, havia o relato sobre a redução das convulsões, mas da minha parte, confesso que faltou dizer que o CBD não era a cura, que as epilepsias eram de difícil controle e a droga só proporcionava uma qualidade de vida que nenhuma outra, segundo os pais, havia proporcionado. Mas tudo estava muito dicotômico, era uma cruzada contra a luta de um Estado, que não deixava uma mãe tentar de tudo pela sua filha, e não havia muito espaço para dissenso nesse momento. E, a meu ver, de todos os lados. De jornalistas. De famílias. Da USP. E da Anvisa, que teve o cuidado de não cair em algumas questões.

Também teve o aspecto de não cair em controvérsias da maconha. E isso, segundo Jaime Oliveira (2016), foi essencial para que a discussão avançasse.

Ele menciona que a mídia poderia ter "acabado com tudo" se misturasse as discussões, se fosse perscrutar profundamente todos os reveses e controvérsias da maconha e o seu aspecto proibitivo. Tratar o canabidiol como um composto sem potencial para a dependência, tinha implicações, inclusive internacionais.

> Se a comunicação fosse mal feita, se a decisão fosse tratada como uma liberação da maconha, certamente, a Anvisa teria muita dificuldade do ponto de vista social de tomar essa decisão. Não significa que ela não tomaria, mas haveria uma reação que tornaria essa decisão difícil porque isso tem repercussões, inclusive fora do país. Quando estávamos discutindo a reclassificação do canabidiol, a JIFE [Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes] soltou um comunicado geral para todos os membros desaconselhando a plantação da maconha mesmo para fins medicinais e individuais (OLIVEIRA, 2016).

Crippa (2016) pontua que a mídia foi essencial em popularizar o canabidiol e que o seu papel de divulgar o que está sendo feito na universidade é importante porque, afinal, a Universidade de São Paulo recebe R$ 5 bilhões por ano do governo do Estado. Ele diz que, com o canabidiol, percebeu o quanto é importante divulgar pesquisas para a população que está pagando impostos. Só que, segundo ele, as informações nem sempre são divulgadas da melhor maneira. Enquanto a mídia foi importante no sentido de mobilizar as pessoas a entenderem essa substância, alguns setores não conseguiram fazer essa separação (do canabidiol em relação à maconha) e podem ter aumentado a percepção pública de que o consumo da planta é inócuo, de que não faz mal. Ele salienta que, nesses casos, a desinformação pode ser pior que a não informação.

> Você sabe disso, você sabe quem é quem. Então, muitas vezes…. deixando bem claro, "olha isso é uma substância que está presente dentro da maconha".... isso não interessa… a manchete é: "Maconha cura epilepsia". Qual é o impacto disso? Eu não tenho dúvida de que a percepção pública de que a maconha é inócua aumentou com a história do canabidiol. Isso provavelmente pode ter um impacto no aumento do consumo da maconha, de as pessoas acharem que ela não causa mal algum. Essa é a impressão que eu tenho. À medida que a informação não é passada para a população de maneira correta, que é um com-

> posto da maconha, a desinformação às vezes é pior do que a não informação (CRIPPA, 2016).

Essa comunicação que a Anvisa e que a USP se preocupava — de separar a demanda das famílias de uma liberação da maconha — foi observada pelos jornalistas entrevistados e a escolha foi o de realmente fazer essa separação. Nesse momento, contudo, não se discutia sobre o teor de THC que poderiam estar nesses produtos, não havia também uma discussão mais profunda sobre os custos e nem havia uma demanda pelo autocultivo medicinal.

> Eu acho que houve um pouco de cautela das instituições. Lembro que havia grupos que queriam uma abertura ampla do uso maconha e a Anvisa sempre deixava claro que a discussão era sobre o CBD. Em entrevistas com o Jarbas, presidente da Anvisa, ele sempre fazia questão de deixar claro que não se tratava de uma questão se a Anvisa era contra ou a favor da maconha. Era uma questão baseada em estudos científicos que apontavam uma maior segurança e a eficácia do canabidiol em relação a outros compostos. Em algumas instituições, dava pra perceber um pouco mais de receio no posicionamento, não sei se por uma postura própria delas ou por medo de como as pessoas pudessem interpretar aquilo. Era uma coisa do tipo: "queremos avançar porque existe uma demanda dos pacientes e já existem estudos que comprovam a efetividade, mas queremos tomar cuidado para não ter nenhum julgamento com relação à gente" (COIMBRA, 2016).

Ao ouvir esse relato da repórter da *Folha de S.Paulo* sobre a percepção dessa separação, comecei a questionar o porquê disso não ter sido questionado. Por exemplo, embora o canabidiol fosse um composto da maconha, caberia pensar que era possível a regulamentação do plantio medicinal da erva, sob determinadas condições mais restritas, atreladas ao uso compassivo, para quem não tinha condições de fazer a importação. Isso poderia ter sido feito de uma maneira que não necessariamente fosse passada a ideia de uma legalização da maconha ou como um aumento da percepção de que a erva é inócua. Penso que, pela sensibilização e identificação com as famílias, a minha apuração foi no sentido de cobrar das instituições que atendesse o clamor das mães, e isso me pareceu mais importante do que levar a questão

para um questionamento sobre uma possível regulamentação da maconha medicinal. Na entrevista com Roberta Machado (2016), também observo a sensibilização dos jornalistas com esse aspecto. Ela cita que decidiu não entrar em muitas questões sobre a maconha para não atrapalhar a demanda.

Fora da controvérsia do canabidiol e da demanda das famílias, o cenário da cobertura da mídia sobre assuntos que envolvem a maconha pode ser bem diferente. Uma das coberturas a ter mais visibilidade nesse sentido na imprensa foi a Marcha da Maconha, que chegou a ser proibida no Brasil, em seguidas decisões, pelo entendimento de que a marcha ensejava uma apologia ao uso de drogas. Em 2011, o Supremo Tribunal Federal entendeu como um ato de liberdade de expressão. ("Marcha da Maconha tem respaldo da Constituição", [S.d.]). Fernando (2016), militante da marcha, conta que grande parte das notícias relacionadas a drogas são policiais e foi com a questão medicinal que a maconha passou a ser vista sob um prisma mais positivo, fora da questão policial. Ele também faz uma menção à mídia independente na internet, como o Hempadão[52], e o Smokebuddy[53] que, segundo ele, mostram um viés não presente na mídia hegemônica (que ele classifica como sendo o jornal, a televisão e a revista) com informações do mundo inteiro antes não acessíveis sobre a maconha. Um outro veículo muito importante usado por entrevistados é o Growroom[54], um site de divulgação sobre o cultivo e ativismo de cannabis. O site também dá consultoria jurídica para cultivadores que, por ventura, tiverem problemas legais. Eu mesma para ter acesso a muitos dos documentários citados nas entrevistas utilizei o Growroom, que disponibiliza muitos deles. Emílio Figueiredo (2016) e Cidinha Carvalho (2016) também dizem que aprenderam muito por lá.

Essa inserção da mídia independente e da mídia hegemônica no debate sobre a maconha só foi possível, segundo Fernando Silva (2016), pela visibilidade que a marcha deu à planta e pela decisão do Supremo Tribunal Federal de classificar a manifestação como um exercício da liberdade. A partir disso, conversar sobre a maconha não passou a ser visto como um crime, atrelado à polícia, o que permitiu

[52] Ver: http://hempadao.com/. Acesso: em 4 de junho de 2016.
[53] Ver: http://www.smokebuddy.com. Acesso em: 4 de junho de 2016.
[54] Ver: http://growroom.net/. Acesso em: 4 de junho de 2016.

com que o tema fosse mencionado em outros contextos e que jornalistas se sentissem mais à vontade para contar outras histórias.

> Depois da decisão sobre a marcha, os ativistas perderam o medo de sofrer processo e, no caso dos jornalistas, de perder o emprego ou de ficarem suspensos no jornal por comentarem o assunto. Em 2011, houve muita repressão da polícia aos atos e o STF acabou julgando a marcha como um ato de liberdade de expressão, o que deixou mais claro para os jornalistas que as reportagens sobre a maconha não podiam mais ser acusadas levianamente de apologia, o que fez com que pipocassem mais matérias. Inevitavelmente, isso começou a abranger a questão do uso medicinal, principalmente com relação às crianças que têm epilepsia e precisam muito do derivado da maconha para amenizar o drama dessa doença. A marcha serviu para abrir todo esse espaço (SILVA, 2016).

De fato, quando a história da Katiele chegou à mídia, não senti temor do jornal de ser acusado de apologia às drogas e, de modo geral, vejo que a demanda para a reclassificação do canabidiol teve uma exposição muito positiva. Não acredito, porém, que essa imagem positiva tenha sido transferida automaticamente para a maconha, mas isso também é um aspecto difícil de avaliar nesse momento. Se por um lado, questões como o autocultivo e o THC não são discutidas com a mesma força que o CBD; por outro, fala-se mais hoje sobre o uso medicinal da maconha. O canabidiol trouxe o debate da maconha medicinal, mas não substituiu uma visão negativa sobre o "barato", sobre o uso de uma droga pelo prazer. Há muita complexidade na maneira como esse debate foi feito. A separação dos dois debates permitiu a reclassificação do CBD, mas não mudou, em um primeiro momento, o aspecto negativo atribuído à maconha e a seus outros usos. Mesmo reportagens do *Fantástico* que mostraram o autocultivo no Chile e a rede clandestina no Brasil que doa óleo de canabidiol (FANTÁSTICO, 2016; REDE GLOBO/FANTÁSTICO, 2014), a percepção é que, embora essas questões tenha saído da invisibilidade, elas ainda são tratadas de maneira negativa, segundo ativistas.

> Recentemente, o *Fantástico* fez uma matéria sobre redução de danos com a ajuda de um amigo meu que forneceu bastante informação relevante. Mas eles acabaram pegando só uma fala

> meio polêmica de três segundos dele e, em seguida, exibiram a imagem de umas meninas usuárias com a cara tampada falando umas abobrinhas (SILVA, 2016).

> O *Fantástico* fez uma matéria sobre a rede, mas colocou um contraponto terrível. Na época, ainda se discutia muito a questão do canabidiol. Mas era só o canabidiol puro. A gente ficou um pouco decepcionado porque a gente esperava um contraponto, mas dentro do que estava sendo discutido lá fora. A gente tem conhecimento. Existe um efeito fundamental que é um efeito comitiva. Só o THC e o CBD puro, não resolve não. Tem que ser tudo. É a planta inteira. A gente tem tido um retorno de muitas pessoas que estão se dando muito bem com o nosso remédio artesanal, e não têm os mesmos benefícios com os importados. Mas esse lado não interessa para a mídia (MARTINS, 2016).

Cidinha Carvalho (2016) e Emílio Figueiredo (2016) contam de cortes que sofreram na imprensa ao falar de outros aspectos do uso medicinal da maconha. Cidinha relata que chegou a ser cortada quando falou do THC e reclama do composto ser tratado com uma visão negativa. Figueiredo cita que sempre falava cannabis, ao invés de canabidiol, e que era censurado por isso. Ele enfatiza que o remédio é a planta e que, para ele, a mídia até pode ter falado do canabidiol, mas encontrou uma maneira de continuar repetindo o estigma e preconceito que sempre teve em relação à erva.

> Falar em canabidiol é brincadeira. Não existe canabidiol puro. Ele só vem de um lugar, que é da planta cannabis sativa. Então, tem que falar que o que a pessoa usa não é canabidiol porque ele vem com outras substâncias. O que as pessoas usam é extrato de cannabis rico em canabidiol. Aí, você vai dar a entrevista e usa a palavra cannabis, em vez de canabidiol, e eles te cortam. Eu mesmo já fui cortado mais de uma vez porque eu não falo a palavra canabidiol, mas cannabis. Para mim, o remédio é a planta e a mídia continua a repetir o estigma, o preconceito e a propagar desinformação sobre ela (FIGUEIREDO, 2016).

Na outra ponta, o relato de jornalistas é que havia dificuldades quando tentaram explorar outros temas no pós-reclassificação do canabidiol. *Coimbra* (2016) conta que uma das reportagens que fez nesse momento nunca saiu. A matéria relata-

va a multiplicação dos pedidos de autorização depois que o CBD saiu da lista de substâncias proibidas. O texto falava ainda sobre o aumento no número de associações de pacientes e relatava impasses que ainda existiam para a importação. *Coimbra* (2016) diz, que na mesma época, um outro veículo tinha feito uma matéria sobre os entraves nos pedidos e os pacientes que recorriam ao contrabando. Era uma discussão que começava a aflorar, diz ela, e a reportagem tinha tudo a ver com esse momento, mas acabou não sendo publicada. Os editores da repórter ficaram chateados e houve uma dúvida geral do porquê não saiu, se havia medo do jornal de estimular os pedidos (COIMBRA, 2016).

A repórter da *Folha* narra uma outra reportagem que fez sobre a primeira autorização que a Anvisa deu para a importação do canabidiol por um plano de saúde, feito a pedido do próprio plano. Até então, os pedidos sempre eram feitos por pessoas físicas. A informação veio da própria Anvisa e ela e uma colega entenderam que aquilo poderia ser uma tendência. Não imaginavam, entretanto, que teriam tanta dificuldade para apurar as informações. Ninguém queria contar qual era o plano. Elas ligaram para vários, na tentativa de descobrir qual teria obtido a autorização, e, no fim, não conseguiram que nenhum plano confirmasse. O completo silêncio era a resposta. A pergunta que elas faziam era ampla. Sequer perguntavam diretamente sobre o pedido de autorização. Era feito um questionamento indireto, sobre se os planos pensavam em custear. Como elas tinham a gravação de um dos diretores da Anvisa comentando sobre o assunto, a reportagem saiu, mas com vários buracos de informação e não conseguiram publicar que "um primeiro plano de saúde havia custeado o canabidiol" — a ideia inicial.

Repórteres também descartaram personagens que utilizaram a maconha fumada. Roberta Machado (2016), do *Correio Braziliense,* diz que houve falta de espaço para incluir uma senhora que utilizava a maconha fumada para o câncer. Ela foi orientada pela editora para não falar essa parte ou ter cuidado ao tratar do tema. Também uma outra reportagem que ela tinha pensado sobre o uso do THC acabou não saindo do jeito que ela queria, com esse gancho. A lei que estava sendo discutida no Distrito Federal, sobre o fornecimento de canabidiol no SUS, acabou sendo priori-

zada e os usos do THC ficaram fora do lide.[55] Roberta (2016) conta que o uso do THC e da maconha fumada ficou mais como um desdobramento sem o mesmo destaque.

> Como o THC é a substância do barato, isso é mais problemático. E tenho uma história curiosa, de uma das personagens que descobri e acabei não usando na matéria por falta de espaço. A filha dela usa a maconha de forma recreativa. Ela é uma senhora de 55 anos, teve câncer, teve 3 tipos de câncer, também sofre de dor crônica… a história dela é incrível, incrível, incrível, incrível... É de chorar vendo a força que essa mulher tem. E ela pega a maconha da filha para fumar, para aliviar a dor. Quando fui contar isso pra minha editora, ela disse: "então, essa parte você não vai falar, ou se falar, fale de uma forma muito cuidadosa. Se você falar que a filha dela é usuária e compra maconha é complicado, entendeu?". Então, essa parte eu tive que tomar bastante cuidado. Aí, por exemplo, eu fui entrevistar um senhor, ele tinha sido diagnosticado com Parkinson e ele estava no processo para importar e tal, mas não quis aparecer. Porque ele é engenheiro elétrico e trabalha há muitos anos numa empresa aqui em Brasília... Aí, eu descobri que era ainda mais complicado que o CBD. A matéria então ficou um pouco diferente porque foi na época que estava se discutindo esse projeto do Rodrigo Delmasso [o deputado autor da lei no Distrito Federal) e aí eu tive que puxar pra história do Rodrigo, pelo projeto de lei, etc. Os outros usos do THC acabaram ficando para baixo. Não ficou do jeito que eu pensava. Mas eu sugeri a matéria nesse sentido e o jornal comprou e estava aberto (MACHADO, 2016).

O consenso entre os entrevistados para esse trabalho foi que a mídia foi indispensável para o debate da reclassificação do canabidiol, mesmo entre os mais críticos, mesmo entre aqueles que não foram representados por ela. A associação estabelecida pelas famílias e a mídia conseguiu pressionar instituições; e, ao mesmo tempo, a associação entre a mídia, instituições e os estudos da USP construiu um outro tipo de debate: aquele restrito à importação do composto químico canabidiol, um derivado da maconha e que, depois de extraído, perdia sua relação com ela. As repórteres (COIMBRA, 2016; MACHADO, 2016) também contam que se depararam,

[55] "Palavra aportuguesada do inglês 'lead', conduzir, liderar. O jornalismo usa o termo para resumir a função do primeiro parágrafo: introduzir o leitor no texto e prender sua atenção." Ver: http://www1.folha.uol.com.br/folha/circulo/manual_producao_l.htm

em algum momento, com a questão dos custos e da produção do óleo clandestino, mas não conseguiram se aprofundar tanto nesse aspecto.

Dessa segunda associação criada, muitas famílias e doentes se sentiram sub-representados, sem terem como conseguir dinheiro para a importação, sem terem como falar que precisavam do autocultivo ou que utilizavam a maconha fumada se assim fosse preciso. A visibilidade da polêmica, pelo menos nessa fase, acabava por aí. Depois da reclassificação do CBD, a mídia não mais discutiu a questão com a mesma força, pautas caíram, as instituições recuaram. A sensação, entretanto, para todos é que a discussão inicialmente colocada havia mudado o debate sobre a maconha medicinal no País para sempre. E isso era sem volta.

> Então, eu tenho um conhecimento muito grande a respeito do canabidiol porque eu tive que estudar muito, fazer muitas revisões, estava num ambiente lá na Inglaterra onde eles estavam descobrindo o canabidiol. Não tinha esse impacto como tem hoje, as pessoas perguntaram o que era o canabidiol lá, mas aqui no Brasil quase ninguém sabia o que era. Ao contrário de hoje, que um garçom de uma pizzaria fala "ah, que legal, eu vi você lá falando do canabidiol", é bacana, né? Hoje, qualquer pessoa sabe, né? Tem um conhecimento público graças a vocês da imprensa que transmitiram a maior parte da informação de uma maneira correta do que é esse composto (CRIPPA, 2016).

A série de reportagens e notícias sobre o canabidiol também pode ser analisada sob a luz de diversas teorias que perguntam como se dá a produção da notícia do jornalismo. Na *teoria do espelho,* a notícia é como é porque a realidade assim determina. Ela é o espelho da realidade. Na teoria do *gatekeeper*, o jornalista é esse selecionador de notícias. Ele estabelece os critérios do que vai ser noticiado — não a realidade. A *teoria organizacional* observa que os constrangimentos institucionais têm um papel importante na atividade jornalística. Também há a teoria da *ação política,* que coloca a mídia como uma instituição com a finalidade de atender a interesses organizacionais e políticos. A teoria *estruturalista* e *etnoconstrucionista* coloca o jornalismo como uma forma de construção social da realidade: eles podem construir uma ideia do que é real (VIZEU, 2003).

Nas entrevistas feitas para esse trabalho, os entrevistados dialogaram com essas teorias sobre o jornalismo. Uns acreditam que há interesses econômicos e políticos, outros colocam o jornalista sem o preparo necessário para selecionar notícias, apenas reproduzindo o que lhe é dito, alguns falam do papel das instituições. Também há os que colocam o jornalista como esse gatekeeper capaz de fazer uma seleção daquilo que é mais correto e adequado de ser veiculado.

Enquanto acredito que a atividade jornalística pode ser vista por meio de uma confluência dessas mais diferentes visões; no caso do canabidiol, acredito que a consequência de todos esses fatores foi que o jornalismo, ao privilegiar a Anvisa, o CFM e a USP nas reportagens e deixar de fora questões como o autocultivo, a imprensa conseguiu construir uma ideia de realidade sobre o canabidiol: que ele é separado da maconha e que os benefícios estão atribuídos somente a ele. Independente de uma visão de que há de fato uma realidade "lá fora" a ser veiculada, e o meu convite para a leitura desse trabalho é se abster desse pressuposto, há uma construção de uma realidade, que foi privilegiada em detrimento de outras. Se, por um lado, isso foi importante para o processo de reclassificação, essa realidade sufocou um outro debate. Para as instituições, Anvisa e USP, por exemplo, a escolha foi acertada e mostrou o preparo dos jornalistas, o seu bom senso. Para as famílias que gostariam de sair da ilegalidade no autocultivo, faltou representatividade, uma voz.

O jornalismo na controvérsia

Ainda, embora observo que o jornalismo tenha construído um canabidiol a partir do discurso institucional — no sentido de que o separou da maconha, como assim fazia a Anvisa, e não observou, por exemplo, que o produto importado não é canabidiol puro ou que famílias acabam por recorrer ao autocultivo ou ao à doação de óleos artesanais — essa construção não é tão simples porque o processo de reclassificação do canabidiol tem essa característica de controvérsia de abalar posições e discursos. No jornalismo, a controvérsia assume uma dimensão específica e ocorre quando não há apenas uma posição legítima. A controvérsia é diferente de uma polêmica. Uma reportagem sobre um escândalo de corrupção pode ser polêmica, mas não necessariamente é controversa porque nela há somente uma posição legítima: a de não roubar. Na controvérsia midiática, duas ou mais posições são legítimas

(SPONHOLZ, 2010). Mesmo que haja uma predileção por retratar o canabidiol como um medicamento importado separado da maconha, e isso possa ser uma posição legítima, também é legítima a posição da mãe pelo autocultivo, já que o canabidiol é caro e o produto importado contém traços de THC. Também permanece, como no caso da Katiele, o elemento de aliviar o sofrimento em face de uma doença incurável de difícil controle. Assim, talvez por isso, reportagens sobre o autocultivo tenham encontrado espaço posteriormente.

Outro ponto é que o elemento gerador da controvérsia no jornalismo possui uma dinâmica diferente de outras áreas do conhecimento. A não ser em casos muito especiais, a mídia não fala sobre o racismo como um todo, por exemplo. A imprensa fala sobre João da Silva, 23 anos, que foi espancado por um grupo de neonazistas. Isso porque, enquanto a ciência tenta compreender o mundo por meio de suas regularidades, o jornalismo o faz pela singularidade (SPONHOLZ, 2010). Com isso, embora a imprensa possa não fazer uma reportagem sobre "a demanda sobre o autocultivo no Brasil", ela eventualmente pode abrir espaço para Cidinha Carvalho, mãe de Clarian, que tem encontrado benefício no óleo artesanal e está tentando cultivar maconha para isso. Foi por meio desse mecanismo, por exemplo, que o *Fantástico* abriu espaço para a história da Katiele.

Uma das razões que acredito terem levado o canabidiol para a imprensa foi essa predileção pela singularidade. Não estávamos falando sobre maconha medicinal no início. Estávamos falando sobre a criança Anny Fischer que tem uma doença rara e estava tentando trazer uma droga dos Estados Unidos para tratar a sua condição. A dimensão dessa controvérsia mesmo só foi aparecer depois, quando outras pessoas passaram a pedir o composto na Justiça, quando a controvérsia de Anny especificamente deu espaço para muitas outras. Foi essa predileção do jornalismo pela singularidade que construiu uma realidade: um movimento pela maconha medicinal — que agora pode ser objeto para a ciência, que agora é objeto desse trabalho. A Teoria Ator-Rede precisa da rede; o jornalismo não. Ele pode, a partir do valor-notícia, a partir de suas próprias condições, ajudar a criar essa rede.

No entanto, conforme a história foi avançando e o jornalismo já se tornou membro dessa rede, a controvérsia deixou de ser apenas midiática. Não eram apenas duas ou mais posições igualmente legítimas. Era uma bagunça completa. Voltando

ao caso que descrevi na introdução, sobre uma reportagem que cobri para a Folha, de um médico que denunciou uma jovem após ela fazer aborto e procurar por atendimento no hospital, poderíamos dizer que estávamos diante de uma controvérsia midiática (OLIVEIRA, 2015). Bom, a jovem cometeu um crime, e o médico tendo isso como base, decidiu denunciá-la. Porém, a jovem tem direito ao atendimento e há instituições que corroboram isso. Pode-se até valorar uma ou outra posição, hierarquizá-las, mas há duas definições sobre o fato, mais ou menos igualmente legítimas.

No caso do canabidiol, não se tratava disso. Simplesmente não havia respostas para nada. No caso do aborto, apesar da controvérsia, ninguém nesse caso falou da necessidade da legalização do aborto. Aborto era crime naquela circunstância e isso não foi questionado. Já no caso do canabidiol, ninguém sequer levantou a hipótese de que essa mãe poderia ser denunciada ou presa. Não havia duas posições igualmente legítimas; de um lado, a mãe cometeu um crime, do outro, ela tinha que ajudar a filha. Não: havia uma dissolução das posições. Os conceitos não pertenciam a nenhum domínio *a priori.* [56]

Mesmo assim, ter a percepção disso não resolvia muita coisa. O jornalismo precisa da controvérsia já minimamente consolidada, com cada ator tendo uma opinião já formada sobre o objeto. Mas o canabidiol não era a aspirina. Caso fosse, daríamos uma definição clássica sobre o composto na reportagem, e depois dialogaríamos com o que diz o cientista, a mãe da criança, a universidade e os estudos clínicos. Tudo estaria no seu devido lugar e os pressupostos seriam muito sólidos. A mãe pode descrever que dá aspirina duas vezes por dia para a filha e que ela tem esse ou aquele conjunto de sintomas. O cientista poderia dizer sobre novos estudos clínicos sobre a aspirina ou pesquisas.

---

[56] Daria até para fazer aqui uma comparação entre os dois casos em torno de uma ideia de valor sobre a maternidade em nossa sociedade. Não é o caso de me alongar aqui nessa discussão, que foge do meu escopo teórico, mas acredito que o valor de uma pesquisa também está nos questionamentos que postula. Então, pergunto-me: por que a mídia e todos, na reclassificação do canabidiol, tem essa referência das "mães" dessas crianças? Onde estão os pais? Até apareceram, mas não com a mesma proeminência. Também, fazendo a comparação entre duas mães que cometeram atos ilegais: uma que abortou e outra que importou um composto da maconha. Uma foi condenada porque supostamente negou a vida e a outra foi poupada da condenação por salvar a vida. A maternidade tem esse valor: o de condenar ou de salvar, a depender se é exercida ou não.

Embora esses relatos também podem estar envolvidos em uma controvérsia, eles partem de pontos comuns. Há uma estrutura química conhecida da aspirina, dá para comprar na farmácia, o preço é popular, é vendido no Brasil, não é preciso pedir autorização para usar ou prescrever, etc.

Então, o que essa cobertura passou a ser foi um "mercado de opiniões", dentro da esfera do consenso. Por consenso, quero dizer que a controvérsia do canabidiol, apesar de todas as questões acerca da problematização da maconha, era legítima. Por legítima, eu digo, que o uso de uma erva proibida para salvar uma vida é objeto de investigação para o jornalista, porque salvar uma vida é consensual. Mas nenhum jornalista vai investigar, por exemplo, se carne humana é gostosa ou se uma mulher "mereceu" ser assassinada pelo marido ou se, no limite, uma mãe estava certa ou errada em fazer o aborto. Isso será tratado como desvio e o jornalista ou vai assumir a posição de crítico, ou nem vai tocar nessa história (SPONHOLZ, 2010).

Acredito que na cobertura do canabidiol o jornalismo assumiu uma função social cognitiva. Levou ao público declarações de grupos de interesse que nem sempre conseguiam ocupar esse espaço. Foi um momento de aprendizado coletivo possível pela singularidade da história e porque, de certa forma, a controvérsia era legítima (SPONHOLZ, 2010). Do mesmo modo, havia interesse na pauta porque os atores continuavam a produzir fatos e controvérsias. A mídia não atua sozinha e acredito que, enquanto indivíduos estiverem produzindo fatos, um dia, eles acabam por sair da invisibilidade, independente do quão polêmico isso possa parecer.

Capítulo 4 — A rede invisível

Um coletivo de cultivadores que distribui extrato de cannabis para crianças em condições similares a da Anny, famílias que não conseguiram importar o composto, o leigo que há em todos nós e os valores que nos norteiam. Essa é a rede que eu não achei que iria mapear. Essa é a rede dentro da rede. Ela tem o nome de invisível, mas essa denominação é menos por sua força e mais pelo lugar que ocupou na controvérsia. Aqui, a proposta é deixá-la no centro da narrativa. Os atores são tão actantes quanto os demais, mas os traços que deixam não foram tão facilmente rastreáveis.

SOMOS TODOS CIENTISTAS

A história da reclassificação do canabidiol passa também pela ousadia das famílias de experimentar o desconhecido. Penny Howard, a mãe que orientou a família Fischer a usar o óleo da Hemp Meds, fez uma experiência curiosa: o caso mais famoso do uso de maconha medicinal para síndromes graves de epilepsia era o da Charlotte Figi, mas ela utilizava um óleo feito no Estado do Colorado (EUA), diretamente da cannabis sativa. Lá, a maconha é legalizada — e também para uso recreativo. Penny, que vive em Dallas, Texas, onde a cannabis é ilegal, decidiu tentar o equivalente legal — o hemp, que é autorizado como suplemento alimentar nos Estados Unidos. Ela não conseguia encontrar informações sobre o óleo, mas tentou de qualquer maneira. Harper, filha de Howard e portadora de epilepsia refratária, não estava melhorando. Penny disse que não iria fazer nada ilegal, mas tentar algo era preciso já que, mesmo com os medicamentos, era sabido que Harper iria morrer. Ela diz que a pesquisa científica já está no fato das pessoas estarem usando o canabidiol em primeiro lugar e que o benefício terapêutico visto é a prova de que o composto estava funcionando.

> Era difícil encontrar informação sobre o óleo de hemp. Encontramos pesquisa sobre maconha e descobrimos que havia alguns resultados positivos. Não encontramos ninguém que tivesse usado o óleo da própria planta. Harper estava numa situação em que sua vida não estava melhorando em nada, estávamos usando drogas farmacêuticas, e era sabido que ela podia morrer. Experimentamos o CBD num esforço para dar a ela uma maior qualidade de vida. Então, nós vimos que, nessa circunstância, era para o bem dela e a única coisa que poderia acontecer é vermos que não funcionava. Mas funcionou, e eu fiquei muito contente com isso. Acho que o fato de ela usar ajudou outras pessoas a usarem. Em primeiro lugar, a pesquisa científica está no fato de que pessoas estão usando. Essa é a pesquisa. Quando você usa, e vê os resultados que saem. Essa é a documentação de que está funcionando. Eu acho que a ciência está interessada nisso, mas eu vou esperar a ciência dar o "sinal

> verde"? Não. Eu vou em frente e vou experimentar (HOWARD, 2016).[57]

As mães tinham a documentação do que estava acontecendo. "Isso é a pesquisa", como disse Penny Howard. Havia também uma troca intensa de informações entre as famílias por meio das redes sociais. Experiências diárias e estudos clínicos eram divulgados, em um esquema que inclui a troca dados empíricos, referências bibliográficas e a "leitura e revisão por pares". Pela mobilização da doença refratária e pelo caráter inovador e ilegal da medicação, mães viraram cientistas 24 horas por dia; e, muitas, ativistas.

> Em julho de 2013, eu estava pesquisando na internet sobre a síndrome da minha filha. Ela tem Síndrome de Dravet. Achei o caso da Charlotte Figi lá do Colorado, dos EUA, sobre a maconha. O antes e o depois. Nossa, me chamou muito a atenção. E a minha filha assim, vivia internada direto, eram muitas crises, ela teve várias paradas respiratórias, enfim. Aí eu comecei a mandar tudo para a neuro dela.. vou dar uma resumida, tá? Ela achou interessante. Ela tinha ido num congresso no final de 2013 lá nos EUA sobre a cannabis e crianças com Dravet. Aí, ela super acreditando, sabe, super confiante falou: "vamos correr atrás, vamos tentar". Mas assim, lá em 2013 era tabu. Bom, primeiro que eu já estava num estado meio desesperador. Minha filha estava com várias crises, crises generalizadas, e a Dravet tem uma característica. São crises severas, que a maioria das crianças não chega à adolescência. Até porque, ela não é caracterizada pela quantidade de crises, mas pela intensidade da crise. E assim, eu tinha medo de perder a minha filha. Quando eu vi o caso da Charlotte, eu e o meu marido pensamos em pegar prensado mesmo. Aí, depois quando comecei a ler bastante sobre o assunto eu vi que não seria uma espécie qualquer (CARVALHO, 2016).

---

[57] "I think it was difficult to find information about the hemp oil. We found research on marijuana and we found it had some positive results. We didn't find anyone who had used the hemp oil, like, from the hemp plant. So, we just found Harper was in a place where her life wasn't getting any better and we were using pharmaceuticals drugs and it was known that she could die. And we tried CBD in an effort to give her a better quality of life. So, we saw, in this circumstance, it was for her benefit and the only thing we could find out was that it didn't work. But it did work, and I was very pleased with that. And I think her using it has helped other people to use it. And I think the scientific research is in the fact that people is using it in the first place. That is the research. When you use, and you see the results from it. That is the documentation that it is working. I think science is interested in it, but will I wait for science to give the 'go ahead'? No. I will go ahead and try it."

Apesar de muita experimentação, todo o processo foi acompanhado pela busca de um "pacto" com médicos. Percebo que as mães queriam tentar o CBD, mas procuraram por apoio e gostariam que os médicos as acompanhasse na busca. Em nenhum dos relatos, há um desprezo pelos medicamentos, ou uma necessidade de abandonar o que já está sendo feito para a busca de uma planta, de um tratamento natural ou um milagre. O que há é uma necessidade de tentar o que fosse possível para conseguir ter controle sobre a doença. A maioria toma muito cuidado com a medicação. Nenhuma retirou totalmente os anticonvulsionantes. A mesma cautela que os médicos têm com a vida e com a segurança do paciente eu consigo observar na experiência das famílias com seus filhos.

Cidinha Carvalho (2016) conta que foi diminuindo os medicamentos por sua conta porque a médica de sua filha é mais resistente em diminuir. De medicamentos em que Clarian tomava 100 ml, ela diminuiu para 75 ml. O Kepra, medicamento antiepilético, foi diminuído pela metade. Ela conta que é preciso ter paciência com a transição de medicamentos porque as convulsões voltam, mas depois estabilizam. Então, ela segura essa transição, mas também vai com muita cautela porque sabe que é preciso ter cuidado.

> Uma coisa que percebi é que quando você vai fazer uma transição de medicamento ou diminuir, desmamar, como a gente fala, tem aquela fase de adaptação e pode aumentar um pouco a quantidade de crises. Então, eu penso "vou segurar mais um pouco" — e aí estabiliza. Foi em janeiro que eu diminuí e as crises não aumentaram. Vou ir aos poucos e diminuir mais. A gente já passou por tantos medos com ela, quase que a gente perde perdeu ela tantas vezes... que a gente tem muita cautela mesmo (CARVALHO, 2016).

Penny Howard (2016) diz que teve muito apoio de seus médicos nas tentativas que fez com o canabidiol, mas também afirma que teve que confiar em si mesma. Os especialistas, diz ela, não podiam curar a CDKL5 e pouco sabiam sobre a doença. Ela, no entanto, era a especialista em "Harper", passava 24 horas com a filha. Howard tinha autorização para continuar usando o hemp no hospital, mesmo que não fosse a droga de referência para o tratamento. "Os médicos confiaram em mim",

disse. Margarete também encontrou apoio em seu médico no Rio de Janeiro, Eduardo Faveret. Ela conta que encontrou um parceiro e que Faveret se prontificou a aprender junto.

> Eu liguei para o meu médico, o Eduardo Faveret, e falei sobre o que tinha descoberto sobre a maconha e ele falou: eu sei, talvez eu fizesse a mesma coisa. Em outras palavras, ele falou algo como: "vamos aprender juntos, vamos mandar isso pra teste, enfim". Ele foi parceiro no primeiro momento para ouvir e aprender junto. Mas, assim, muito parceiro (BRITO, 2016).

Os resultados com a droga também foram documentados em detalhe pelas famílias, como em um estudo de caso observado atentamente ao longo do tempo. A maioria das mães possui um calendário em que documentam cada convulsão (CARVALHO, 2016; FISCHER, KATIELE BORTOLI, 2016; HOWARD, 2016). Elas começam com doses baixas de canabidiol e vão aumentando aos poucos, conforme os benefícios aumentam. "É tentativa e erro", diz Howard (2016).

> Eu comecei pela menor dose que encontrei na internet. E aí, eu só documentava o que via. Eu dava o produto à noite, observava que ela tinha tido uma convulsão de manhã; então, começava a dar de manhã também. Eu ajustava a dose a partir disso, porque eu estava confortável de que não havia superdosagem. A única coisa que causava se você desse muito CBD é que ela poderia dormir demais. Não havia efeitos colaterais sérios. Então, ficamos confortáveis para experimentar e ver o que acontecia (HOWARD, 2016). [58]

Cidinha Carvalho (2016) conta que Clarian, sua filha, nem gripe pega após o óleo artesanal. As crises diminuíram numa média de 80% a 90%. Clarian melhorou o tônus muscular e o equilíbrio. O relatório da professora, diz Carvalho, também apontava os benefícios do canabidiol. "Mãe, ela é outra criança" conta Cidinha, re-

[58] "I started by the lowest dose I found online. So, I just documented what I saw. Like, I gave the product at night, and I saw she had a seizure in the morning, so I started giving in the morning as well. So, I was adjusting the dose from there, because I was comfort there was no overdosing. The only thing it would do if you gave too much was that she would sleep a lot. So, there were not any serious side effects, so we were confortable to try and see what happened."

produzindo a fala da professora. Carvalho (2016) também relata vários detalhes da evolução de Clarian, como o fato dela ter transpirado pela primeira vez depois de 11 anos convivendo com a doença.

> Na Síndrome de Dravet, a maioria das crianças não transpiram, não tem sudorese. Durante 10 anos, qualquer lugar que eu ia com a Clarian, eu tinha que levar uma garrafinha de água. Se tivesse muito calor, ela ardia, parecia que ela estava com febre. Como não transpirava, não tinha o equilíbrio da temperatura do corpo. Isso desencadeava mais crises convulsivas e tinha que deixar a cabeça dela molhada, o pescoço, os braços, a nuca… Eu tinha que equilibrar de alguma forma a temperatura do corpo. E depois de uns 3 ou 4 meses com a Clarian usando o óleo, ela falou pra mim: "minha mão tá molhada". Ai, eu estranhei: "mas você não está mexendo com água". As palmas das mãos e os pés dela estavam transpirando. Mas assim, transpirando bastante. Nossa, eu chorei de emoção. Minha filha já estava com 11 anos e depois de 11 anos foi a primeira vez que eu vi minha filha transpirar (CARVALHO, 2016).

As mães viravam "experts leigas". Elas também trocam informações entre si, sobre qual óleo usam, sobre qual a origem. Há um grupo de WhatsApp com mães que utilizam óleos feito em casa, o importado, de várias marcas e as que recebem o óleo por doação. O grupo tem pacientes de várias patologias, como câncer fibromialgia. Todos eles em busca de informações e relatos sobre a cannabis (CARVALHO, 2016).

Margarete Brito (2016), uma das mães, ajudou na criação de duas associações: a Apepi (Apoio à Pesquisa e Pacientes de Cannabis Medicinal) e a Ama+me (Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal). As associações foram consequências de reuniões periódicas que já eram realizadas com as mães para que se ajudassem. A Apepi, conta Margarete, surgiu para ajudar famílias com epilepsia, mas aos poucos, ela foi recebendo dúvidas de outros pacientes de cannabis medicinal e, por isso, a Ama+me foi criada. Margarete hoje está à frente da Apepi e Leandro Ramires, em Minas Gerais, está tocando a Ama+me. Ramires já faz compras coletivas de cannabis por meio da associação e conseguiu descontos para associados dos produtos importados. Ele também planeja um site com informações completas sobre estudos clínicos e sobre o autocultivo (RAMIRES, 2016).

Além do papel das famílias, a rede formada em torno do canabidiol teve a participação também de histórias pessoais de pessoas que estavam à frente de instituições. Um diretor da Anvisa não é igual a outro, mesmo que todos falem em nome da instituição. Um advogado não fala só em nome da lei, há uma história pessoal por trás. São também os "leigos" que dirigem a política e a ciência.

Norberto Fischer (2016) conta que sua proximidade com o Vitore, uma pessoa chave para as articulações que conseguiu na Anvisa, na Receita Federal, e até no Ministério da Saúde, se deu porque sua filha Júlia, irmã da Anny, passou a brincar com o filho do Vitore em um evento. Nessa ocasião, eles trocaram cartões e Norberto sentiu que Vitore poderia ser uma pessoa interessante para pedir ajuda.

Fischer (2016) conta ainda que, após a saída de Vitore do Senad, não conseguiu mais esse tipo de apoio. Os próprios diretores da Anvisa, na visão de Norberto, não tinham as mesmas posições. Por meio de sua experiência na agência, ele fez uma análise dos diretores a partir de como as decisões eram tomadas. Essas decisões podem variar a partir da importância com que cada dirigente dava a categorias como "humanidade", "ciência" ou "política."

> O Barbano foi totalmente político. As decisões que ele viria a tomar, quaisquer que fossem elas, seriam decisões totalmente de viés político. O Jarbas, não. O Jarbas tem essa competência de avaliar o lado político, avaliar o ser humano e também avaliar aspectos estruturais. Me parece que ele tomaria decisões muito mais estruturadas no aspecto científico. O Jaime é político, mas ele não bota isso no centro, ele coloca muito mais as pessoas como foco principal. Mas, para tomar a decisão, deste ser humano, ele vai se pautar cientificamente. Isso é uma leitura minha (FISCHER, NORBERTO, 2016).

Outras histórias pessoais também estão por trás de pessoas importantes nessa controvérsia. Emílio Figueiredo (2016), antes de ser advogado, é ativista de cannabis medicinal. Sua história com a cannabis remonta à doença do pai, que teve câncer de estômago. O médico do pai recomendou o uso de maconha durante o tratamento da quimioterapia. Era um câncer agressivo e Emílio foi o fornecedor do "baseado".

> Em agosto de 2000, meu pai me pediu um baseado para aguentar a quimioterapia e a radioterapia a que ele estava sendo submetido. Eu arrumei para o meu pai. Eu vi naquilo, então, que a cannabis podia ajudar gente doente. Meu pai está vivo, firme e forte, muito graças a essa terapia que ele fez, que combateu o câncer nele. Desde então, eu fiquei com aquilo na cabeça (FIGUEIREDO, 2016).

Leandro Ramires (2016), médico e mastologista, que agora faz estudos com o canabidiol e recomenda para pacientes com câncer em estágio terminal, começou seu percurso com o CBD como leigo e seu filho, portador da Síndrome de Dravet, foi um dos seus primeiros estudos de caso. Ele conta que o canabidiol mudou radicalmente a vida do filho que, de 25 comprimidos por dia, passou a tomar apenas 8. Benício, filho de Ramires, só toma hoje divalproato de sódio[59] e risperidona [60]

> Agora, paralelo a isso, o óleo é eficaz, é tão eficaz que mudou a vida do meu filho radicalmente, meu filho já tomou 4 comprimidos hoje. Antes do CBD, ele tinha tido 48 internações. Depois do CBD, internou só uma vez e mesmo assim porque pegou uma gripona daquelas. Meu filho só toma Divalproato de Sódio e risperidona[61]. Antes, ele tomava 5 anticonvulsivantes, 25 comprimidos por dia (RAMIRES, 2016).

Desenvolvendo a expertise

Na consulta que a Anvisa faz a ao Conselho Federal de Medicina sobre o uso compassivo, o conselho cita que, foi a partir dos anos 1980, com o surgimento de epidemia da aids que uma nova demanda de medicamentos ainda em testes, surgia. A aids era desconhecida, de alta letalidade e isso impulsionou demandas sobre drogas ainda não aprovadas por meio do acesso expandido (uso de droga ainda não

---

[59] Conhecido pelo seu nome comercial Depakene, o divalproato de sódio é indicado para o tratamento de crises na epilepsia, para episódios de mania no transtorno bipolar e também como profilaxia na enxaqueca.
(http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=5309752015&pIdAnexo=2685216).

[60] A risperidona, é indicada para o tratamento de psicoses, demência, mania e também para o tratamento da irritabilidade associada ao transtorno autista.
(http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=1826932015&pIdAnexo=2487109).

aprovada, mas com processo de liberação encaminhado), extensão do uso (quando participantes de uma pesquisa continuam a ter acesso após término do estudo clínico) e uso compassivo (acesso a composto não aprovado para um indivíduo específico, em risco de morte) (ANVISA; CFM, 2012).

Foi também durante o início da epidemia de aids que leigos se mostraram uma peça chave no jogo científico (EPSTEIN, 1995). Epstein descreve como ativistas se capacitaram para se tornarem fontes com credibilidade no processo de produção do conhecimento, de modo que conseguiram mudar as regras do jogo e até a própria definição do que vale como credibilidade. Credibilidade é um sistema de poder, dependência, legitimação, confiança e persuasão. É a espinha dorsal da prática científica. Só que quando o público olha para a ciência e não encontra respostas, essa credibilidade é abalada. Abre-se espaço para o dissenso (EPSTEIN, 1995). Ativistas insistiram que os testes clínicos para a aids eram, ao mesmo tempo, lugares de produção de conhecimento e tratamento e que não poderiam estar dissociados (EPSTEIN, 1995). Na análise de Epstein (1995), o movimento de ativistas ligados à aids nos Estados Unidos foi o primeiro a conquistar uma conversão de "vítimas de uma doença" para ativistas-experts.

Ativistas que lutavam pelo acesso a terapias contra o HIV formaram organizações que ocupavam uma zona cinzenta da legalidade. Compravam medicamentos ainda sem aprovação no mercado negro e os distribuíam. A ira dos ativistas estava particularmente direcionada ao FDA, que era entendido com uma posição paternalista, que roubava dos pacientes o direito de assumir os riscos do tratamento experimental.

Epstein cita um trecho de um texto de John James, de 1986, um programador e editor do AIDS Treatment News, que, pra mim, tem muito paralelo com os defensores do autocultivo no canabidiol. Ele fala de ser ouvido, de ter representatividade, de ter autonomia para lutar pela própria vida. Ricardo Nemer (2016) também cita essa autonomia. Ambos têm em comum uma necessidade de lutar pela vida porque a ciência e as instituições estão lhes negando a vida duas vezes: pela possibilidade de acesso ao tratamento e pelo controle de lutar e decidir por ela. Para muitos actantes da controvérsia do canabidiol e para ativistas da aids, não há como esperar

que uma vida individual se curve ao tempo da ciência em nome da regulação sanitária ou das boas práticas da medicina. Assim, Epstein cita James:

> Com informação e análises independentes, podemos fazer pressão específica para conseguir que tratamentos experimentais sejam geridos de forma adequada. Até agora, houve pouca pressão porque temos confiado em especialistas para interpretar para nós o que está acontecendo. Eles nos dizem o que não vai chacoalhar o status quo. As empresas que querem seus lucros, os burocratas que querem seu território garantido, e os médicos que querem evitar gerar qualquer discordância, todos eles estiveram à mesa. As pessoas com AIDS que querem viver devem estar lá também (EPSTEIN, 1995).[62]

> Chega gente desesperada aqui, comprando até maconha na boca pra fazer remédio. É esse tipo de pessoa que chega. Essa pessoa nos preocupa. E a gente informa que aquilo não tem regulação sanitária, que tem mofo, agrotóxico, uma série de coisas. Então, a gente pede pra essa pessoa buscar informação e exercer o direito dela, porque já que o Estado não exerce, não facilita, não dá dignidade pra essa pessoa. Que ela faça sua autodefesa. Porque se a lei permite até matar em nome da sua autodefesa, por que não pode permitir plantar? (NEMER, 2016).

A pressão das famílias pelo canabidiol divide com o ativismo da aids a letalidade das doenças às quais essas demandas se aplicam. Há, no entanto, algumas diferenças. O canabidiol não era somente uma demanda por um medicamento ainda não aprovado totalmente pelos testes clínicos. Ele pode até ser isso, se considerarmos que há empresas em busca de um medicamento à base de CBD para o tratamento da epilepsia, como o Epidiolex, da GW Pharmaceuticals, mas há a possibilidade para ativistas dele ser feito em casa, sem custos. E, a partir disso, o canabidiol também está inserido numa controvérsia bastante específica que é o contexto da proibição da maconha. Sob essa faceta, o seu ativismo é diverso do ativismo da aids. E, quando se

---

[62] "With independent information and analysis, we can bring specific pressure to bear to get experimental treatments handled properly. So far, there has been little pressure because we have relied on experts to interpret for us what is going on. They tell us what will not rock the boat. The companies who want their profits, the bureaucrats who want their turf, and the doctors who want to avoid making waves have all been at the table. The persons with aids who want their lives must be there, too."

juntam as duas controvérsias, a da doença refratária, e o da maconha medicinal, o seu poder mobilizador se multiplica.

A REDE DENTRO DA REDE

> Nossa turma já era cultivadora. A gente usava para relaxar, para estar junto. Vendo o caso das mães na imprensa e o custo, tivemos essa ideia. Na época, a gente via que um tubinho de canabidiol custava 500 dólares, 600 dólares. E a gente começou a pensar que a planta era grande, de graça. Era injusto. Esses pais estavam comprando suco de brócolis a preço de ouro. Pensamos: vamos selecionar aí umas plantas, pegar uma aí rica em CBD, todo mundo já tem experiência em cultivo... e foi assim. Assumimos o compromisso de dar para as pessoas que precisavam. A gente sabia que dar o óleo para uma tia moribunda com câncer era diferente de dar para crianças. Começamos a pesquisar. Procuramos médicos e passamos a nos inserir nas melhores práticas (MARTINS, 2016).

José Martins, 54, engenheiro, é um dos membros da "Rede", como ficou conhecido o grupo de cultivadores clandestinos que passaram a distribuir óleo rico em canabidiol para crianças que não tem condições de importar o extrato importado. A rede doa o óleo, sem custos e não há cobrança sequer do envio. O relato feito por entrevistados para esse trabalho é que a rede é formada por um grupo de pessoas bem-sucedidas, acima de qualquer suspeita, que se sensibilizaram com a luta das mães. Eles pesquisaram muito, fizeram workshops, procuraram informações e têm acesso a pesquisadores e médicos, que os auxiliam na empreitada (BRITO, 2016; CARVALHO, 2016; FIGUEIREDO, 2016; SILVA, 2016).

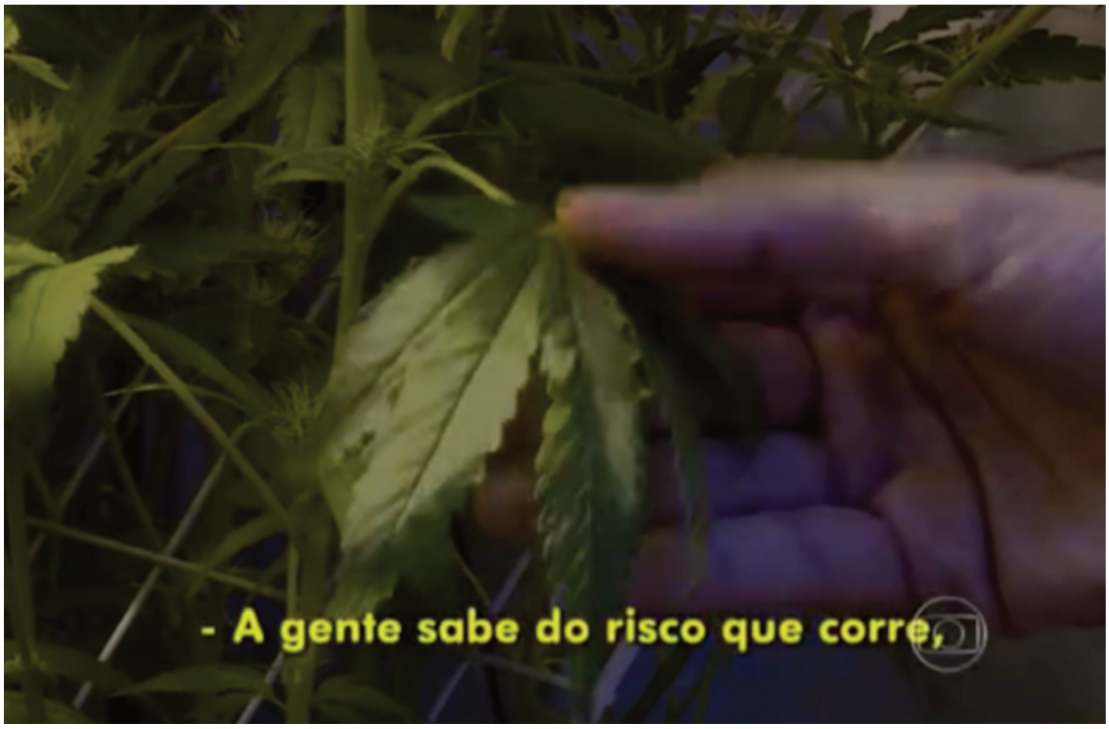


Figura 7: ***Fantástico*** **mostra rede de cultivadores. Reprodução — 9/11/2014**

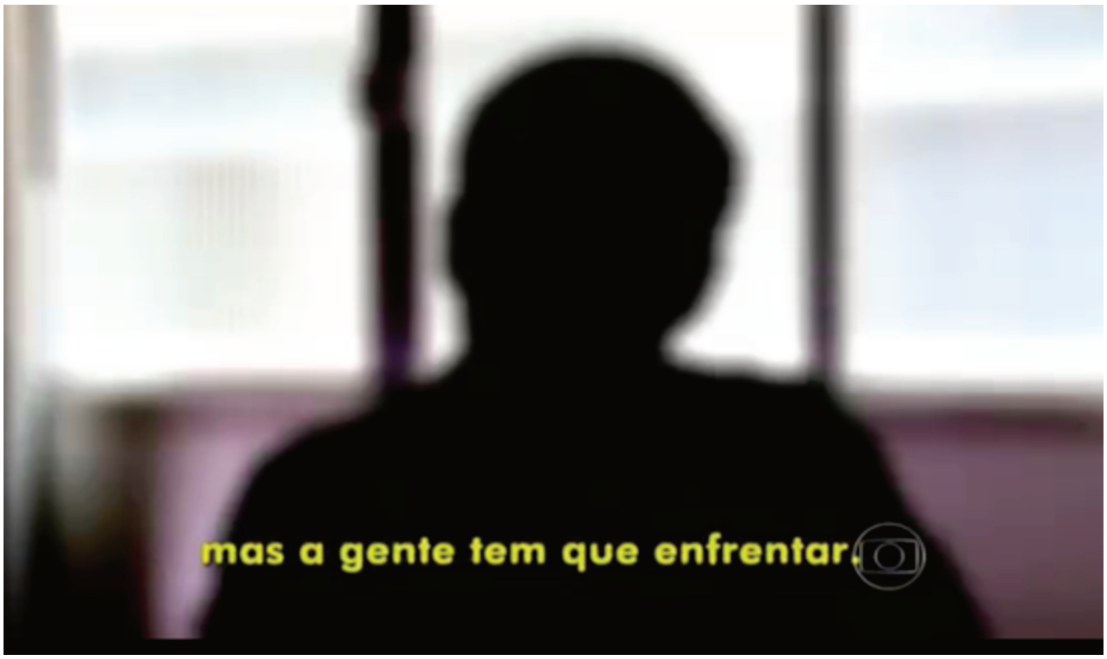


Figura 8: ***Fantástico*** **faz reportagem sobre cultivadores. Reprodução — 9/11/2014**

O custo para a produção é mínimo porque muitos já cultivavam para consumo próprio. O desafio foi conseguir selecionar geneticamente plantas ricas em canabidiol e conhecer a melhor maneira de extração, com o mínimo de química possível. O custo, a contar de um cultivo já previamente existente, começa em R$ 5: o preço do vidro para alocar o óleo. Também tem o custo do envio, que vai depender da região do Brasil. É utilizado também óleo de abacate extravirgem para diluir o extrato de cannabis. O custo do óleo de abacate é de R$ 20 o litro. A conta de luz, do cultivo inteiro, fica em torno de R$ 200 (MARTINS, 2016).

Os cultivadores da rede fizeram um treinamento completo. Durante meses, encontraram-se na casa *Martins* para um workshop com um médico brasileiro que tinha passado um tempo na Califórnia e tinha formação em cannabis medicinal. O médico apresentou sprays a base de cannabis, cremes, óleos, pastas.... e os cultivadores começaram a ter uma dimensão do uso medicinal. O curso foi intenso. No fim, chegaram a um método de extração de cannabis que envolvia o menos de química possível. *Martins* (2016) relata que há várias maneiras de se extrair a pasta rica em CBD: com solvente e com álcool, mas eles queriam algo natural. Chegaram, assim, a um método de extração com gelo seco. O sonho dos cultivadores era conseguir fazer a extração com CO2, mas o método é caro. Depois do treinamento, conseguiram uma planta rica em CBD, e trouxeram uma panela dos Estados Unidos, similar a uma panela elétrica para o cozimento de arroz, mas capaz de manter a temperatura constante para descarboxilar[63] a cannabis.

O óleo da rede é feito de uma planta selecionada geneticamente e há uma análise visual microscópica para ver a qualidade da erva. Os cultivadores analisam os tricomas[64] das plantas e, por meio dessa análise, é possível saber se ela é rica em

[63] A descarboxilação da cannabis é feita por meio do aquecimento, processo necessário para ativar a planta. Na maconha fumada, a ativação é realizada durante o consumo; já na ingerida, é necessário cozimento prévio. No aquecimento, os canabinoides ficam ativos porque perdem o seu grupo carboxílico (COOH). O THCA se transforma em THC e o CBDA vira CBD (MARTINS, 2016).

[64] Os tricomas são estruturas microscópicas facilmente identificadas, utilizadas para identificar variações da cannabis sativa. Dois tipos de tricomas são observados por microscopia óptica em aumento não superior a 40 vezes: tricomas não glandulares e glandulares. Os não glandulares são unicelulares, rígidos e curvados com delgado ápice pontiagudo. Os tricomas glandulares, onde a resina de THC é produzida e estocada, podem ser observados das seguintes formas: sésseis, sem pedúnculo, geralmente encontrados na epiderme inferior; pe-

CBD ou THC. Tricomas ricos em CBD ficam mais esbranquiçados e têm um formato diferenciado e a planta é clonada para garantir o mesmo óleo e sua qualidade (MARTINS, 2016). Feita a análise da planta, tem início o processo de extração, que é feita com uma bolsa, dotada de um filtro. Na bolsa, mistura-se gelo (usado para congelar a planta e facilitar a extração) com a maconha e o produtor sacode esse conteúdo para moer a erva. O próximo passo é passar a cannabis em uma tela para finalizar a moagem e deixa-la mais fina. A mistura é, então, colocada na panela e misturada ao óleo de abacate extravirgem. A maconha rica em CBD é cozida a 100 graus por quatro horas. Por fim, o óleo é engarrafado e enviado.

Cidinha Carvalho (2016) é uma das mães que utiliza o óleo artesanal doado pela rede. Ela primeiramente tentou importar. Entrou em contato com uma médica da Califórnia para saber como o canabidiol era administrado e qual seria a dose. Cidinha descobriu que Clarian precisaria de 3 seringas por mês. Cada uma a um custo de US$ 500.

> Eu disse: "nossa, é fora da minha realidade". Fiquei desesperada até que participei de um simpósio de cannabis medicinal na Unifesp, do Dr. Carlini. Lá, conheci dois médicos: um da Califórnia e uma médica do Uruguai. A médica uruguaia me falou da rede no Brasil. Entrei em contato com um deles. Pedi por favor para me ajudarem. Foi quando eu recebi ajuda porque eu não tinha mais como comprar aquele óleo para a minha filha (CARVALHO, 2016).

Cidinha Carvalho (2016) não teria como importar se não fosse a ajuda dos cultivadores. Ela conta de conhecidos que aguardam, sem sucesso, cumprimento de ação judicial de pedido feito pelo SUS. Cidinha também não confia no óleo importado, cuja procedência desconhece; na rede, ela é informada de todos os procedimentos e se prepara para começar a produzir. Cidinha também encontrou o ativismo ao utilizar o óleo artesanal. Para ela, a rede serve para mudar o olhar de uma cultura que foi impregnada com tantos tabus sobre a maconha.

---

quenos tricomas glandulares bulbosos com hastes unicelulares; longos multicelulares nas bractéolas que cercam as flores femininas (GARRIDO; RIBEIRO; MOURA NETO, 2013).

> A Rede está ajudando em muitos sentidos, sabe? Ela está tirando o preconceito de muitas pessoas. Meus familiares sabem que a Clarian usa o artesanal. Eles observam a diferença. Viram a Clarian há dois anos e comparam com hoje. Eles não têm dúvida que é o efeito da maconha. Pessoas que eram extremamente preconceituosas mudaram de opinião (CARVALHO, 2016).

A experiência de Cidinha a levou para o Chile, onde conheceu a Mamá Cultiva, uma rede de mães que cultiva maconha para a produção do óleo medicinal. No Chile, a legalização do autocultivo para fins medicinais está em curso. A Câmara dos Deputados e a Comissão de Saúde chilena aprovaram projeto que permite o autocultivo para uso medicinal e recreativo. Cada usuário deve ter o máximo de 6 plantas em casa e o porte é permitido ao no máximo dez gramas (ALVÁREZ, 2015). Além do autocultivo, o Chile já autorizou plantações de cannabis no país para fins medicinais e de pesquisa. A Fundação Daya, que está por trás da Mamá Cultiva, organizou uma plantação colaborativa que foi aprovada pelo Servicio Agrícola y Ganadero (SAG), o equivalente chileno ao ministério da agricultura no Brasil.

O plantio está localizado em Colbún, província de Linares, onde cerca de 6.900 sementes foram plantadas de forma colaborativa, sem fins lucrativos, para o uso de 4 mil pacientes de câncer, epilepsia refratária e dor crônica. O plantio também fornecerá sementes para estudos no Instituto Nacional del Cáncer (câncer), no Hospital San Borja Arriarán (epilepsia refratária) e no Hospital Las Higueras de Talcahuano (dor crônica).

Cidinha Carvalho (2016) questiona o porquê de não ter um modelo parecido no Brasil e o seu ativismo vai na direção de capacitar mães para o autocultivo. "O que falta? Cada um fazer o seu. Então, nós vamos fazer." Também a rede, sem condições de atender a toda a demanda e com medo de atingir proporções que levem todos para a prisão, tem tentado mudar o seu foco. O grupo agora quer ensinar as mães a plantarem e, paralelamente, lutar para legalizar o autocultivo.

Os cultivadores tinham um sonho inicial de produzir o óleo e doar para todos, de forma comunitária. Mas viram que era utopia. Além da limitação legal, há a restrição do número de cultivadores. Também, ao ganharem visibilidade, perceberam que poderiam sofrer penalizações maiores que aquelas imputadas somente ao autocultivo. Eles poderiam ser enquadrados como traficantes ou como produtores de

medicamentos ilegais. Sabem, no entanto, que muitas pessoas que dependem da rede são muito carentes e não teriam sequer a condição financeira ou o entendimento necessário para manter o autocultivo por elas mesmas (MARTINS, 2016).

> Nossa ideia era muito legal, muito bacana, mas também não era sustentável. Nós temos uma limitação do plantio e também uma limitação financeira. Porque são pessoas que têm um tratamento contínuo e até hoje, depois de mais de dois anos, a gente fornece sem parar. Claro que não podemos chegar agora e dizer pra uma pessoa que se tornou dependente desse remédio: "vai lá e planta". Vamos ter que continuar doando para alguns. Nós tivemos uma opção social de pessoas de baixa renda, que não teriam acesso ao importado. Muitos não têm sequer a possibilidade de plantar. Eu tenho uma mãe que mora em Vigário geral, praticamente num barraco. Ela não tem a menor condição de cultivar. Tinha uns encontros aqui no Instituto Estadual [Fernandes Figueira, ligado à Fiocruz] de pessoas que procuravam a importação e ela não ia. Ela dizia: "poxa, eu tenho vergonha porque se liberarem, eu não tenho. Eu tenho essa aposentadoria para me alimentar." É uma avó, na verdade, uma avó, com uma neta. E ela dizia: "eu tenho que me alimentar, comprar remédios, vestir, morar, pagar luz e telefone". E tudo isso é praticamente o preço de uma ampola dessas (MARTINS, 2016).

As pessoas da rede são conhecidas do ativismo e da família Fischer. Perguntei em algumas entrevistas de dirigentes ligados a instituições se havia o conhecimento da rede e de sua existência (CHIORO, 2016; FORTES, 2016; OLIVEIRA, 2016). A resposta, em todos os casos, foi negativa. Expliquei do que se tratava. Ninguém se alongou muito em tecer comentários sobre o coletivo especificamente, mas ponderações sobre o desconhecimento dos efeitos do THC foram feitos. Também foi citado de que é preciso uma metodologia na dose terapêutica, que precisa ser mais exata, com mais certeza dos compostos que estão sendo usados. A rede e a Mamá Cultiva foram noticiadas no *Fantástico* (FANTÁSTICO, 2016; REDE GLOBO/FANTÁSTICO, 2014). Também a *Globo News* fez um especial sobre o cultivo e maconha medicinal (G1/GLOBONEWS, 2017). A meu ver, há uma tolerância com a existência da rede nas instituições. Fora das instituições, sua atuação é entendida como justa mesmo para quem não participa do coletivo diretamente.

> São pessoas estudadas, que têm muito fundamento, inclusive jurídico. Mas eles fazem na clandestinidade porque sabem que o entendimento atual é de que a atividade deles pode ser considerada como tráfico. Eles fazem com muito cuidado, mas com muito embasamento também. Inclusive eu imagino que eles estão muito preparados para o caso de algum dia algum deles tiver algum problema judicial, com muita documentação, muita prova pra mostrar que a proposta deles é lutar pela saúde das pessoas que precisam (SILVA, 2016).

> O pessoal da rede tem uma produção limitada. Infelizmente, eles dependem de doações de pessoas que fazem autocultivo e doam uma parte. A rede do Rio funciona assim: são pessoas que fazem autocultivo, clandestino é óbvio (risos) e pegam parte da produção e doam. Esse óleo depende diretamente das doações. Eles não estão alimentando o tráfico, nem estão prejudicando ninguém. Fazem isso pra consumo próprio. É um dos vários pontos que eu acho que deveria ser revisto na legislação (FISCHER, KATIELE BORTOLI, 2016).

> São pessoas que têm o que eu chamo de altruísmo canábico. Eles querem simplesmente fazer o bem sem medir as consequências. Eu já avisei que antes da classificação eles podiam ser acusados de tráfico e que agora, com o canabidiol regulamentado, eles podem ser acusados de falsificação de medicamentos (FIGUEIREDO, 2016).

A ligação entre cultivadores e a família Fischer pendula entre pontos de diálogo e pontos de discordâncias. A família recebeu apoio de alguns e críticas de outros. Muitos alegaram que era absurdo lutar pela importação e reduzir a planta a um único composto, importado, de procedência duvidosa. Também foram feitas críticas à luta da família para o fornecimento do canabidiol pelo SUS. Katiele Bortoli Fischer (2016) relata ter recebido ameaças, telefonemas e ataques nas redes sociais por alguns ativistas. Ela conta que passou por momentos difíceis. Por outro lado, diz ela, também recebeu telefonemas de pessoas que queriam doar o óleo artesanal, que queriam ajudá-la. A família Fischer atualmente recebe o óleo doado da empresa *Hemp Meds*.

> Eu acho que falei tão mal de alguns ativistas que deixei uma péssima impressão pra você. É que tem algumas coisas que chateiam a gente e o ser humano infelizmente guarda mais o nega-

> tivo do que o positivo. Eu me arrependi de ter te contado isso e não ter falado sobre o outro lado da moeda. Vários ativistas entraram em contato comigo perguntando se eu estava conseguindo a medicação, se disponibilizando a fazer o óleo, a trazer as sementes. Então, eu estava tão cega com a situação que essa parte eu acabei não te falando. Houve muitos ataques? Houve. Mas também houve muito apoio (FISCHER, KATIELE BORTOLI, 2016).

Mesmo com a crítica dos ativistas à demanda pela importação, pais e ativistas estão encontrando o seu espaço de diálogo, com mães se unindo ao ativismo e ao autocultivo. O preço do extrato importado é um mobilizador para famílias; enquanto para o ativismo canábico, interessa a aproximação com uma parte do debate da maconha medicinal que poderia tirar o autocultivo da ilegalidade. Emílio Figueiredo (2016) diz que as duas vias (a institucional e o da resistência no autocultivo) estão caminhando juntas e que cidadãos e instituições vão ser obrigados a se aproximarem mais uma vez. As instituições, para não perderem a força; e os cidadãos, pra não serem presos e perderem o seu elo com a sociedade.

> Hoje, por exemplo, eu estava lendo um grupo de mães do WhatsApp que eu faço parte e elas falando "vamos pegar nossas plantas e levar para a frente da Anvisa!". E eu pensei "caramba, essas mães tudo louca vão arrumar problema pra mim, porque eu vou ter que defender todo mundo." Aí você vê como se juntam as duas vias, já que elas iam protestar na frente da Anvisa. As duas vias estão caminhando juntas, porque se acontecer um descolamento o risco é enorme de as instituições de enfraquecerem. Não vou negar que a Anvisa tem um papel na segurança sanitária do indivíduo no Brasil. Mas há esse risco de perder o diálogo e a legitimidade. Um outro problema seria estas mães se descolarem tanto da realidade ao ponto de elas serem presas. Eu não quero nem uma instituição fraca nem o indivíduo sendo preso, marginalizado (FIGUEIREDO, 2016).

Na outra ponta, pais, mães e ativistas tentam se aproximar da ciência, não só em busca das melhores práticas, como na rede, mas na tentativa de se aproximar do discurso científico. Fui à Marcha da Maconha de 2016, em São Paulo. Eram muitos os pacientes de maconha medicinal de diferentes enfermidades. Haviam muitos cartazes sobre o uso medicinal e panfletos informativos. Eu mostrei esses panfletos ao

pesquisador Antonio Zuardi, da USP de Ribeirão Preto. Perguntei, primeiro, o que ele achava de um cartaz que eu tinha visto na marcha que dizia ser o CBD era a cura do câncer. O cientista afirma que até há potencial terapêutico, mas que as evidências ainda são experimentais.

> Com relação ao CDB no câncer, há muitas evidências em animais, mas são ainda... eu acho que é um campo que vai crescer bastante e acho que pode ter algum efeito, mas por enquanto ele está num nível de experimentação em animais. Não dá para a gente avançar muito nisso. Eu acho que é uma coisa para o futuro, promissora, mas ainda está num nível de evidência, com animais em laboratório (ZUARDI, 2016).

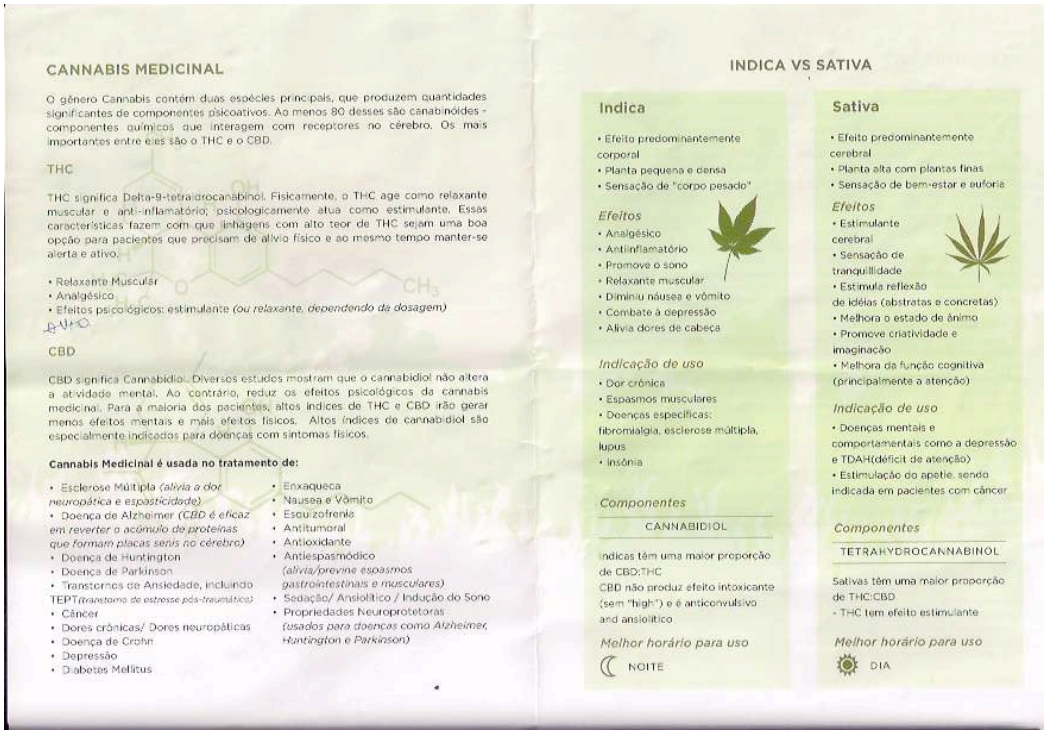
Figura 9: Concentração da Marcha da Maconha no vão do MASP (Museu de Arte de São Paulo), na avenida Paulista (SP). Foto: Monique Oliveira — 14/05/2016

Também li para Zuardi trechos de outro panfleto [fig. 12] que estava sendo distribuído na Avenida Paulista durante a marcha. Diz o texto: "o tratamento é personalizado e depende dos pacientes e das condições, mas para obtenção de maior benefício, o melhor é escolher produtos que incluem ambos CDB e THC. O CDB e o TCH interagem entre si para obtenção dos efeitos terapêuticos e têm maior eficácia

quando juntos. Muitas pessoas gostam dos efeitos da cannabis e podem consumir doses razoáveis de qualquer produto sem sentir desconforto; já outros acham o TCH desagradável e o CBD tende a neutralizar os efeitos do THC, então, enquanto maiores os níveis de CBD, menores serão os efeitos psicoativos e evidências sugerem que o CBD pode modular muitos dos efeitos não desejados do THC".

Zuardi (2016) me disse que o panfleto correspondia à realidade, e que a sua tese de doutorado se fundamentava justamente na interação entre o THC e o CBD. Sua pesquisa mostrou que o CBD atenua alguns sintomas desfavoráveis de doses altas do TCH, como ansiedade, efeitos alucinatórios, delirantes, etc. Ele defende, no entanto, que se conheçam as doses terapêuticas de cada composto e que, para isso, são necessários medicamentos. Não é possível medir exatamente o quanto de cada substância a planta possui, diz.

> Que o CDB modula efeitos indesejáveis do THC, isso é verdade, agora, para o uso terapêutico, defendo que sejam usadas doses conhecidas de medicações, entende? O pessoal argumenta que não tem muitos problemas... enfim, é preciso tomar muito cuidado. Se você pegar a *planta in natura* e fizer uma infusão, você nunca sabe o que você tem ali, o quanto de cada coisa e esse é o problema (ZUARDI, 2016).



CANNABIS MEDICINAL

O gênero Cannabis contém duas espécies principais, que produzem quantidades significantes de componentes psicoativos. Ao menos 80 desses são canabinóides - componentes químicos que interagem com receptores no cérebro. Os mais importantes entre eles são o THC e o CBD.

THC

THC significa Delta-9-tetraidrocanabinol. Fisicamente, o THC age como relaxante muscular e anti-inflamatório; psicologicamente atua como estimulante. Essas características fazem com que linhagens com alto teor de THC sejam uma boa opção para pacientes que precisam de alívio físico e ao mesmo tempo manter-se alerta e ativo.

- Relaxante Muscular
- Analgésico
- Efeitos psicológicos: estimulante *(ou relaxante, dependendo da dosagem)*

CBD

CBD significa Canabidiol. Diversos estudos mostram que o canabidiol não altera a atividade mental. Ao contrário, reduz os efeitos psicológicos da cannabis medicinal. Para a maioria dos pacientes, altos índices de THC e CBD irão gerar menos efeitos mentais e mais efeitos físicos. Altos índices de canabidiol são especialmente indicados para doenças com sintomas físicos.

Cannabis Medicinal é usada no tratamento de:

- Esclerose Múltipla *(alivia a dor neuropática e espasticidade)*
- Doença de Alzheimer *(CBD é eficaz em reverter o acúmulo de proteínas que formam placas senis no cérebro)*
- Doença de Huntington
- Doença de Parkinson
- Transtornos de Ansiedade, incluindo TEPT *(transtorno de estresse pós-traumático)*
- Câncer
- Dores crônicas/ Dores neuropáticas
- Doença de Crohn
- Depressão
- Diabetes Mellitus
- Enxaqueca
- Nausea e Vômito
- Esquizofrenia
- Antitumoral
- Antioxidante
- Antiespasmódico *(alivia/previne espasmos gastrointestinais e musculares)*
- Sedação/ Ansiolítico / Indução do Sono
- Propriedades Neuroprotetoras *(usados para doenças como Alzheimer, Huntington e Parkinson)*

INDICA VS SATIVA

Indica

- Efeito predominantemente corporal
- Planta pequena e densa
- Sensação de "corpo pesado"

Efeitos

- Analgésico
- Antiinflamatório
- Promove o sono
- Relaxante muscular
- Diminiu náusea e vômito
- Combate à depressão
- Alivia dores de cabeça

Indicação de uso

- Dor crônica
- Espasmos musculares
- Doenças específicas: fibromialgia, esclerose múltipla, lupus
- Insônia

Componentes

CANNABIDIOL

Indicas têm uma maior proporção de CBD:THC
CBD não produz efeito intoxicante (sem "high") e é anticonvulsivo and ansiolítico

Melhor horário para uso

NOITE

Sativa

- Efeito predominantemente cerebral
- Planta alta com plantas finas
- Sensação de bem-estar e euforia

Efeitos

- Estimulante cerebral
- Sensação de tranquilidade
- Estimula reflexão de idéias (abstratas e concretas)
- Melhora o estado de ânimo
- Promove criatividade e imaginação
- Melhora da função cognitiva (principalmente a atenção)

Indicação de uso

- Doenças mentais e comportamentais como a depressão e TDAH(déficit de atenção)
- Estimulação do apetite, sendo indicada em pacientes com câncer

Componentes

TETRAHYDROCANNABINOL

Sativas têm uma maior proporção de THC:CBD
- THC tem efeito estimulante

Melhor horário para uso

DIA

Figura 10: Panfleto sobre o uso medicinal da cannabis distribuído na Marcha da Maconha -

Continuei a leitura do panfleto: "O CDB é um componente não tóxico, mesmo em alta dosagem. Não se constatou nenhum caso de overdose durante as décadas de pesquisa e nem um registro de óbito associado". Continuo a leitura: "Do THC, eles falam que o composto é principal constituinte psicoativo gerado a partir da planta e com baixa toxicidade e citam efeitos colaterais, da ansiedade, da síndrome do Pânico, do aumento dos sintomas psicoativos, da falta de atenção e de memória, mas que esses efeitos passam em questão de minutos ou horas". E Zuardi (2016) me respondeu que as informações estavam de acordo com os estudos clínicos.

Enquanto o ativismo e cultivadores tentam se aproximar da ciência, no entanto, Crippa (2016) diz que as demandas são distintas. O efeito observado por quem utiliza a planta, não é o da planta em si, mas são dos canabinoides, diz ele. Crippa conta que, embora algumas pessoas que fumem melhorem de dores, esse efeito é dos compostos e não da maconha em si. Ele conta a história de Sérgio Henrique Ferreira[65], pesquisador que, por meio do veneno da jararaca, chegou ao princípio ativo de um dos principais medicamentos utilizados para a hipertensão, e faz um paralelo com a demanda pelo autocultivo.

> Acho que já comentei na outra vez contigo, do veneno da jararaca. Sérgio Ferreira descobriu que as pessoas que eram picadas pela jararaca, além da dor, tinham uma hipotensão enorme. Então, ele pensou: "bom, deve ter alguma coisa no veneno da jararaca que diminui a pressão". E ele descobriu o fator potencializador da braticinina. Isso levou à descoberta de uma das maiores substâncias farmacológicas do planeta, que é o captopril. Bom, o fato é que jamais vi alguém pedindo o direito de criar jararaca no fundo de casa. O paralelo que eu faço é: uma coisa é a farma e outra coisa é a substância usada. Eu não concordo que adolescente pego com baseado tem que ser preso. Não sou favorável a isso. Só acho que a legalização não é a coisa mais importante (CRIPPA, 2016).

Crippa (2016) se preocupa menos com a legalização e mais com o aumento da percepção de que a maconha pode ser inócua, apesar de estudos, segundo ele, in-

[65] Pesquisador faleceu em 19 de julho de 2016 e deixou um grande legado para a ciência (ESTADO DE S. PAULO, 2016).

dicarem que não é bem assim. Ele conta que, enquanto surgem variedades da planta com aumento de THC; na outra ponta, a percepção de que a maconha não faz mal está diminuindo. A visão de Crippa sobre os possíveis desdobramentos dessa controvérsia do canabidiol é uma dentre as várias descritas aqui. Uma das vantagens de ter feito esse mapeamento do que chamei de rede "invisível" foi perceber que essa visão tem um lugar específico. Enquanto Crippa considera a legalização um fator menos importante; para ativistas e famílias cultivadoras, ela é essencial para o acesso a algum benefício terapêutico. Crippa tem o papel de ponderar que o avanço desse acesso não pode ser feito indiscriminadamente, mas percebo que o cientista produz um discurso em que dificuldade de acesso ao canabidiol não é levada em consideração.

Essa "rede invisível" foi essencial para esse trabalho e, com ela, consigo ter uma visão mais ampla do posicionamento dos actantes e dos diálogos que ainda podem ser produzidos para a formação de redes futuras. Além dela, bastidores políticos que possibilitaram a reclassificação do CBD e a chegada no Brasil de empresas que o produzem completam o quadro dos diversos contextos que orbitaram a regulamentação do composto. São essas outras redes, "as ocultas", que serão detalhadas no próximo capítulo. Elas são mais facilmente rastreáveis que as "invisíveis", mas é preciso um pouco mais de questionamento para se chegar até elas.

Capítulo 5 — A rede antes da rede

Nas próximas páginas, descrevo os bastidores da reclassificação do canabidiol. Conversas entre parlamentares e a chegada de empresas são descritas aqui. Essas redes se conectaram por diálogos e concessões. Mostro o que foi possível ceder e o que não foi. Há uma dinâmica interessante aqui: alguns actantes acreditam que pontos em comum podem sempre ser encontrados e, com isso, basta que cada um ceda um pouco para que haja progresso; mas também há aqueles que não veem qualquer possibilidade de conversa e, aí, só lhes resta o caminho da resistência.

A POLÍTICA

Não era só o canabidiol, nem só a maconha, nem só os estudos clínicos, nem só a USP, nem só as famílias, nem só o ativismo, nem só a Anvisa, nem só o Brasil. A controvérsia aqui descrita tem dimensões para além dos atores. E elas foram ficando mais visíveis no desdobramento da rede. Uma delas são os tratados internacionais. Durante o debate de reclassificação do canabidiol no Brasil, órgãos internacionais de controle de drogas estavam atentos ao que estava acontecendo. Por exemplo, relatório da International Narcotics Control Board comentou a controvérsia e citou que o Brasil deveria se preocupar em disponibilizar substâncias controladas de forma racional. O documento elogia a atuação do Ministério da Saúde, no controle e prevenção das drogas, mas orienta para que materiais adicionais sejam produzidos sobre os perigos de substâncias psicoativas serem vendidas na internet e nas redes sociais (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2015).

> O Conselho também reitera seu pedido ao Governo Brasileiro para que tome medidas para garantir a disponibilidade adequada de substâncias controladas para finalidades médicas e científicas, à luz da demanda real da população. Com esse fim, o Conselho recomenda que o Governo Brasileiro tome medidas para garantir o uso racional de drogas narcóticas e substâncias psicotrópicas para finalidades médicas, incluindo o uso de opiáceos no tratamento de dor (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2015).[66]

Além do contexto internacional, a reclassificação do canabidiol foi discutida em ano de eleição. E isso teve implicações. Duas reportagens publicadas na Revista ISTOÉ mostram parte desse debate. A primeira, publicada no dia 23 de maio de 2014, seis dias antes da primeira reunião da diretoria colegiada da Anvisa sobre o

[66] "The Board also reiterates its request to the Government of Brazil to take steps to ensure the adequate availability of controlled substances for medical and scientific purposes in the light of the actual demand of the population. For that purpose, the Board recommends that the Government of Brazil take measures to ensure the rational use of narcotic drugs and psychotropic substances for medical purposes, including the use of opioids for treatment of pain."

CBD, mostra que não havia qualquer empecilho para a reclassificação. Todos os diretores estavam de acordo, disse Dirceu Barbano, diretor-presidente da agência, à revista. Um dia após a reunião, em que a reclassificação do canabidiol foi negada, a revista publica outra reportagem. O texto acusa Barbano de ceder à pressão política para atender interesses do planalto. A reportagem aponta que o diretor, antes líder da defesa do uso da substância, passou a considerá-la inócua "como se tivesse feito uma descoberta recente". Barbano, enfatiza o texto, mudou de opinião repentinamente e dizia agora que a importação de produtos a base de canabidiol seria vetada por conter porcentagem de THC. Dois trechos retirados das reportagens exemplificam esse momento:

> ISTOÉ apurou que não há nenhuma resistência por parte dos cinco membros da diretoria técnica da Anvisa em votar pela mudança que autorizará a importação do medicamento. "Há uma tendência bastante grande em se aprovar, caso haja segurança nas informações", afirmou à ISTOÉ o presidente da entidade, Dirceu Barbano. Ele e outros quatro diretores se encontram para discutir a alteração em reunião aberta ao público. "Aparentemente, são todos favoráveis", disse o presidente. Com a reformulação, a substância passará a integrar a lista de classificação C1, que permitirá a prescrição e a importação do composto em forma de medicamento (BRANDALISE; PEREZ, 2014).

Depois de negada a reclassificação do canabidiol, uma outra reportagem da revista aponta para uma "cambalhota" política do diretor.

> A equipe técnica da Anvisa teria feito um trabalho ginasiano a ponto de desinformar Dirceu Barbano sobre o TCH da maconha? Não é o que ocorreu. ISTOÉ apurou que a cambalhota retórica de Barbano tem menos a ver com laudos científicos que seriam de sua responsabilidade e mais com questões políticas. A pressão para o recuo veio do topo. O Palácio Planalto, preocupado com a repercussão da decisão em ano eleitoral e de olho nos votos de eleitores conservadores, como os evangélicos, deu ordem direta para que nada fosse alterado agora. Barbano, diretor de uma agência reguladora com a missão legal de zelar pela "independência administrativa", foi enquadrado a atender interesses eleitorais (BRANDALISE, 2014).

A reportagem aponta que Dirceu Barbano se afastou das funções da agência, que é técnico-científica, e tomou uma decisão política. Jaime Oliveira (2016), diretor que substituiu Barbano, reitera que a Anvisa deveria tomar uma posição científica, independente da política. A influência do planalto não é uma regra na agência, diz ele, e depende da permeabilidade de cada diretor a ela.

> A Anvisa não podia deixar de tomar uma decisão que não fosse técnica. Ela [a política] pode ter influência nas decisões, mas não é bom que tenha em pareceres técnicos. Agora, essa influência fica muito no âmbito pessoal de quem está tomando a decisão. Tem pessoas que podem ser mais ou menos sensíveis a esse tipo de influencia (OLIVEIRA, 2016).

Mesmo os repórteres que não cobriram diretamente os bastidores políticos da atuação da Anvisa, percebem esse aspecto. Na sua cobertura sobre a agência, *Mariana Coimbra* (2016), repórter *da Folha de S.Paulo*, diz que percebe componentes políticos na atuação da instituição. Grande parte da oposição feita à instituição, diz ela, vem de setores mais conservadores e que, de fato, a reclassificação aconteceu após as eleições, em um momento mais tranquilo. No entanto, ela vê que algumas mudanças no direcionamentos de decisões ocorrem quando há mudanças de gestão.

> Eu lembro que o momento em que a Anvisa regulou o CBD foi em janeiro de 2015, que geralmente é um período tranquilo na área da saúde. Acho que outro exemplo de atuação mais política é o recuo da Anvisa (quando a liberação passou a depender da recomendação do CFM), que aconteceu justamente num momento de troca de diretoria. A gente está num contexto em que a maior parte das pessoas que tem questionado a atuação da Anvisa está ligada a uma bancada bem conservadora, então com certeza há um componente político no meio (COIMBRA, 2016).

Quem acompanhou de perto a controvérsia, (CHIORO, 2016; FISCHER, NORBERTO, 2016; OLIVEIRA, 2016) conta que o debate sobre a reclassificação não ocorreu somente no âmbito da Anvisa: chegou ao Ministério da Saúde, à presidente Dilma Rousseff e ao Congresso Nacional. Ainda, parlamentares, em especial os de

oposição à Dilma, teriam se aproveitado do clamor e do debate gerado para marcarem posicionamento. Chioro (2016) cita que alguns parlamentares distorciam a discussão que estava sendo feita na Anvisa, como se a reclassificação do canabidiol estivesse indo na direção da legalização da maconha. Ele menciona que um dos trabalhos do Ministério da Saúde foi o de arquitetar uma rede de comunicação para que a discussão deixasse de ser politizada.

> Houve naquele momento uma exploração de alguns setores da sociedade… você que é uma pessoa que acompanha muito bem isso você vai conseguir mapear na imprensa… você tem depoimento do Eduardo Cunha, que era do PMDB — fortíssimo representante da bancada evangélica — você tinha o Magno Malta, no Senado… não eram os únicos…. qual o nome daquele pastor aqui de São Paulo? Feliciano! Você tinha expressões de bancadas que se manifestavam fortemente contra o canabidiol inclusive médicos evangélicos, que não estavam tratando, que não estavam lidando com isso. Foi importante não embarcar nessa agenda. Porque era exatamente o que se queria. Como o que aconteceu em 2010, com o crack: prende ou não prende? Exclui ou não exclui? Trata ou não trata? Tratar um problema de dependência química, totalmente complexo que não cabe, que não existe bala de prata.... Isso só cabe no discurso demagógico do debate eleitoral mais raso, né? Mas, de qualquer forma, tínhamos um apelo da sociedade. E nós tratamos de não permitir a politização do tema. A bancada evangélica se posicionava como se a agência fosse liberar as drogas no Brasil, uma posição extremamente oportunista com a realidade, com o movimento dos pais... Creio que, nos debates, era religiosa essa exploração. Porque o sistema de liberação das drogas é um tema que não tem nada a ver com a regulamentação do canabidiol pra tratamento terapêutico, mas é facilmente confundível. Até porque muitos setores da imprensa fizeram essa confusão e lideranças políticas trataram de aproveitar. O que no sociedade democrática é legítimo, né? Faz parte do jogo (CHIORO, 2016).

O cuidado que o Ministério queria ter com o debate sobre o canabidiol remontava ao contexto das eleição de 2010, com o crack. Chioro (2016) afirma que esse tipo de debate fica "agudizado" no processo eleitoral. E, por isso, ele é legítimo, mas exigiu um "jogo de cintura" do Ministério da Saúde. O ministro corrobora a informação de que houve uma espera para o processo de reclassificação do canabidiol, mas que ela foi importante para o amadurecimento da decisão. A questão também foi comunicada à presidente Dilma Rousseff e os

relatos é que, com o envolvimento do Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça e da presidente, todos foram ficando mais à vontade para caminhar no sentido da reclassificação. Foram feitas audiências públicas e o envolvimento das famílias contribuiu para que a questão fosse despolitizada e não manchasse a imagem do governo, nem da Anvisa (CHIORO, 2016; MAXIMIANO, 2016; OLIVEIRA, 2016). Chioro (2016) conta que foi preciso fazer um convencimento, desmontar uma tese, que tinha sido explorada na política eleitoral, de que o governo iria liberar as drogas, que iria liberar a maconha. O ministro diz que não se trata de ser a favor ou contra o debate da legalização ou regulamentação da maconha, mas que, naquele momento, a questão era medicinal. O diálogo foi consistente, centrado nas melhores evidências científicas, conta Chioro. Ele cita que recebeu famílias no Ministério da Saúde e que foram ouvidos vários setores da sociedade, entre pesquisadores, associações, neurologistas e pediatras...

Figura 11: Página do Facebook do Ministério da Justiça e Cidadania interage com internautas sobre o canabidiol. Nos comentários, algumas das controvérsias citadas e pedidos de ajuda são exemplos do alcance da polêmica. Reprodução

> Nós conversávamos muito sobre isso e o que achávamos era que não poderíamos nos precipitar. Havia uma parte da Agência que achou que a gente atrasou muito pra tomar a decisão; que a gente já poderia ter tomado. Eu acho assim: ela amadureceu. A gente tinha a decisão tomada já…. com forte convicção… já estava pronta a evidência pra tomada da resolução lá por volta de setembro ou outubro. Passou a eleição e nós continuamos fazendo mais alguns debates. Eu cheguei a comentar com a presidente Dilma, ela achou muito natural, achou tranquilo a regularização. Como era um tema polêmico, eu tratei de colocá-la a par, né? Falei que a Anvisa publicaria e tal. Ela nunca me pediu nada pra segurar ou fazer qualquer coisa com a Anvisa. A Dilma sempre foi muito ponta firma comigo. Eu lembro de ter comunicado à ela e depois falei com o Jaime: "olha, acabei de falar com a presidente e super tranquilo da parte dela…", quer dizer, ela deixou o ambiente mais seguro e a gente conduziu bem. Eu não conversei mais com o Jaime depois que ele saiu da Anvisa, mas eu acredito que ele deve ter tirado um peso das costas dele (CHIORO, 2016).

Quem colocou o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça no debate, em parte foi o Senad, por meio do Vitore, que também articulou muitas das reuniões dos pais na Anvisa (FISCHER, NORBERTO, 2016; MAXIMIANO, 2016). Vitore diz, no entanto, que seguiu apenas uma atribuição do seu cargo, de reportar sobre decisões e informar seus chefes sobre o que estava acontecendo.

> As conversas com os ministros foram para dar uma garantia de que estávamos no caminho certo. Eu, como secretário, tinha que reportar ao meu chefe para tomar algumas decisões. Óbvio, como qualquer outra instituição com hierarquia. Tive total apoio para seguir com as medidas, inclusive com a busca da reclassificação do canabidiol. O assunto não dizia respeito à nossa pasta à época, mas especificamente à Anvisa, mas ainda assim tivemos o respaldo dos ministros para que o assunto fosse tratado como de fato foi (MAXIMIANO, 2016).

O relato que Norberto Fischer (2016) faz de Vitore Maximiano é de um salvador. O contato foi feito depois de um evento e Norberto procurou Vitore porque, no início da demanda da família, ele estava à procura de um documento para levar à Anvisa. Ele queria que o Senad dissesse, por escrito, que a importação do ca-

nabidiol não infringia as regras internacionais. Mas Vitore, conta Norberto, foi muito além e fez toda uma costura política de relacionamento. Ele chegou a pagar passagem para que pais fossem à Brasília e foi por meio dele que a família Fischer conseguiu uma reunião na Receita Federal para que o canabidiol chegasse livre de impostos no Brasil.

Depois de um tempo, Norberto Fischer (2016) percebeu que precisava se articular politicamente. Ele conta que, na conversa com o ministro da Saúde, ouviu que era preciso que o Senado Federal se posicionasse e dissesse que não tinha nada contra, politicamente falando, à reclassificação do canabidiol. Se esse posicionamento do Senado fosse feito, teria dito o ministro da Saúde a Norberto, ficaria fácil para a Anvisa reclassificar o composto. Norberto, então, foi ao Senado. E falou com os senadores Aécio Neves (PSDB/MG), Cristovam Buarque (PPS/DF), Magno Malta (PR/ES), Romário de Souza (PSB/RJ). "Falamos com vários, vários, vários", diz Fischer (2016). A família Fischer pegava o telefone e tentava marcar uma reunião por meio da assessoria. Falaram com lideranças do partidos, com lideranças, por exemplo, do PSC (Partido Social Cristão), que tem uma tendência mais conservadora e faz forte oposição ao governo (FISCHER, 2016). Com isso, conseguiram até com que aqueles que se posicionaram contra o canabidiol mudassem de lado. Magno Malta foi um deles. O parlamentar passou a ser favorável à reclassificação, mas montou um discurso diferente, em que não abria mão de continuar na oposição ao governo. Assim, ao invés de falar que Dilma iria legalizar a maconha, ele passou a separar o canabidiol da cannabis sativa e a questionar o porquê do governo até agora não ter sido favorável à reclassificação. Malta também passou a dizer que eram os ativistas da maconha que estavam atrapalhando a importação.

> É uma coisa meio complicada de falar porque o Magno Malta é uma pessoa não quista no mundo do ativismo, mas, por exemplo, no último dia de 2014 — digo no último dia que tinha evento lá no Senado — ele parou o Renan Calheiros e fez um discurso de 15 a 20 minutos criticando o governo. Ele questionou o porquê do canabidiol ainda não ter sido liberado pela Anvisa e fez um discurso inflamado lá (FISCHER, 2016).

Figura 12: Mídia independente satiriza o senador Magno Malta. Reprodução Hempadão

Magno Malta continuou fazendo a sua oposição, dentro do seu espectro político, mas havia mudado de alvo. Ele chegou a criar uma comissão para debater com a Anvisa a liberação do canabidiol (BRESCIANINI, 2014). Mas à revista Época, no dia da reclassificação, disse que eram os ativistas que estavam atrapalhando o processo ao sugerirem que o CBD seria um passo para liberar o THC. Eles teriam misturado as coisas. A Anvisa, disse Malta, atendeu a uma demanda justa, que estava se alongando desnecessariamente. O senador também formou uma frente parlamentar contra a legalização das drogas e denunciou na Comissão de Direitos Humanos pessoas que estavam se aproveitando da reclassificação do canabidiol para fazer apologia às (PEROSA, 2015). No ativismo, memes foram criados contra Malta com a sugestão de que ele seria um lobista (HEMPADÃO, 2014). Depois de acalmados os ânimos e feito um longo processo de articulação, a eleição passou e o canabidiol foi reclassificado em reunião da diretoria colegiada, por unanimidade, em 14 de janeiro

de 2015. A publicação no Diário Oficial, com a atualização da inclusão do canabidiol na lista C1 de substâncias controladas foi publicada no dia 28 de janeiro (ANVISA, 2015). Com tudo isso, as instituições e setores políticos conseguiram dialogar, mas ainda ficariam algumas questões.

Novos diálogos

A reclassificação do canabidiol mandava um recado para a sociedade e fomentava o desenvolvimento de pesquisas (OLIVEIRA, 2016), mas atores apontam que ainda há conflitos com algumas que escapam ao âmbito da Anvisa. O potencial terapêutico do THC, o grau de pureza do canabidiol e o alto custo são algumas. Também há a demanda pelo autocultivo, uma produção nacional de cannabis para fins medicinais e de pesquisa e também o financiamento do CBD pelo Sistema Único de Saúde. Na maior parte do País, as demandas pelo CBD ocorrem via Justiça, mas há relatos de muitas liminares não cumpridas (BRITO, 2016; FIGUEIREDO, 2016). Em São Paulo, houve até um episódio em que o Ministério Público Federal pediu a prisão do Marcelo Castro, ministro da Saúde, e David Uip, secretário de Saúde do Estado de São Paulo, por descumprimento de ação judicial que obrigava o SUS a fornecer o canabidiol. O pedido de prisão foi justificado pela gravidade da ausência de fornecimento, que poderia levar pacientes à morte (SAÚDE!BRASILEIROS, 2016).

Em Brasília, onde mora a família Fischer, o fornecimento do canabidiol pelo Sistema Único de Saúde virou lei. A articulação se deu com Norberto Fischer e o deputado estadual Rodrigo Delmasso (PTN). Delmasso tem uma filha com epilepsia e o Projeto de Lei 41/2015 versa sobre toda à assistência a portadores da condição. A lei garante o atendimento em Unidade de Terapia Intensiva e acesso à especialistas em um período máximo de 24 horas. Em casos graves, a medida também assegura o acesso à neuromodulação e à estimulação do nervo vagal-VNI[67] e, por fim, ao canabidiol. Para justificar a inclusão do canabidiol entre as demandas, inclusive, o texto da lei cita a reclassificação da Anvisa.

[67] A neuromodulação é um conjunto de tratamentos que utilizam impulsos elétricos regulares para equilibrar descargas que estão na origem das crises epilépticas. Na estimulação do nervo vago, que faz parte do controle autônomo do corpo, uma espécie de marca-passo é colocado no lado esquerdo do peito. A partir dele, dois eletrodos chegam até o nervo vago, localizado na parte inferior do pescoço (SCHACHTER; SIRVEN, [S.d.]).

> Ainda, com relação aos fármacos inseridos no rol de medicamentos a serem oferecidos pela rede pública ressaltamos a inclusão da substância canabidiol, cujo nome científico é cannabis sativa, que conforme decisão da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA, foi reclassificada para substância de controle especial, ficando permitida a sua comercialização e uso para fins terapêuticos. Assim, com base na retirada da substância do rol de substâncias proibidas, é que se justifica a sua inclusão no rol de medicamentos fornecidos pela Rede Pública de Saúde (DELMASSO, 2016).

Delmasso representa a bancada evangélica, em que muitos se posicionaram contra a reclassificação do canabidiol no início. Ele é pastor da igreja Sara Nossa Terra (MOURA, [S.d.]). Para essa dissertação, senti uma forte resistência do deputado para os meus contatos. Quando fui à Brasília, para algumas das entrevistas, tentei várias vezes encontrá-lo. Reuniões foram marcadas, mas não confirmadas. Já em São Paulo, liguei pelo menos duas vezes por semana por quatro meses (era a minha estratégia para membros da rede "menos disponíveis"). Ele chegou a atender educadamente, me passar um outro telefone logo em seguida, e não atender esse outro telefone. Em outras ocasiões, quando conseguia o contato, marcou entrevistas às 22h, às 8h, às 23h — e, em nenhuma dessas ocasiões, atendeu o telefone.

Por meio da Roberta Machado (2016), do Correio Braziliense, que cobriu o caso em Brasília, fiquei sabendo que a aprovação da lei não foi fácil. Ela mesma não entendia o motivo de tanto atraso e o porquê do governador não ter inicialmente sancionado a lei, ou alegar falta de verbas, uma vez que a Secretária de Saúde de Brasília já fornecia o canabidiol para 6 crianças portadoras de epilepsia. Ela avalia que houve uma resistência do governador do Distrito Federal em aprovar a lei e que os argumentos dados por ele para sustentar esse posicionamento não faziam sentido.

> Esse deputado [Rodrigo Delmasso (PTN)], ano passado, fez um novo projeto de lei para reviver esse projeto de 2008, incluindo nessa lei, entre outra coisas, o canabidiol para ser oferecido pelo SUS, pelo sistema de saúde do DF. Por aqui, umas 6 crianças já conseguem pela defensoria pública o canabidiol de graça pela Secretaria de Saúde. Então, ele fez esse projeto de lei e foi aprovado na Câmara e tudo, mas precisava ser regulamentado pelo governador, o que não foi em 2008, porque em 2008 o projeto foi aprovado e nunca foi regulamentado pelo governador. E foi

> assim, impressionante, estava tudo certo pro governador assinar e sancionar tudo e simplesmente o governador não sancionou. Eu senti ali uma questão política, porque não tinha motivo. Ele falava em falta de verba, em crise e a própria Secretaria de Saúde já fornece para algumas crianças que entram pela Justiça e é um processo caríssimo para o governo. Então assim, é uma justificativa, mas são argumentos que não fazem sentido. E aí também ele volta pra argumentos lá da Anvisa "ah, mas a Anvisa ainda não regulamentou, mas a Anvisa ainda tem dúvida"... Mas como, a Anvisa reclassificou, por que que não vai regulamentar, por que que não vai sancionar essa lei? E aí vem toda a pressão das famílias, as famílias fazem manifestação, as famílias vão pra dentro do Palácio, vão pra dentro da Câmara e aí o negócio sai, entendeu? E aí eu também senti uma jogada política, são dois momentos: no Senado, no filme, que eu senti uma tentativa de proveito e aqui no DF, sabe? (MACHADO, 2016).

Passada a resistência com a lei no DF, a história de Katiele foi até aproveitada como marketing. Em uma doas conversas que tive com a Katiele, por telefone, já em São Paulo, ela pede para "mudar de assunto" para falar que tinha acabado de ver um outdoor dela enorme na avenida com Anny. Diz que não sabia que ia sair, mas cita a possibilidade de haver uma propaganda de TV. Katiele elogia a posição da Câmara e a lei.

> Mudando de assunto, eu tomei um susto agora, voltando pra casa, eu me deparo com minha cara num outdoor e pensei "o que é isso?". A Câmara Legislativa aprovou aqui em Brasília a lei para fornecer o canabidiol importado pela Secretaria de Saúde. Eles ainda estão fazendo todos os trâmites pra ver como é que vai funcionar, não entrou em vigor ainda 100%, mas já é uma conquista da Câmara, né? E a instituição está fazendo 25 anos. Então, eles pegaram as principais leis que foram aprovadas nos últimos anos e fizeram matérias sobre isso. Também está pra sair, provavelmente na semana que vem, a propaganda na TV. Eu não sabia que ia sair o outdoor, nem imaginava que eu sair nele. O pior que a foto ficou bonitinha, somos eu e a Anny deitadas na cama. É uma coisa bem bacana porque a aprovação disso aqui em Brasília é um caminho para quem não tem condição de comprar o CBD, né? (FISCHER, KATIELE BORTOLI, 2016).

Para quem defende o autocultivo, a lei de Brasília é vista com desconfiança: pelo alto custo do canabidiol importado (até R$ 10 mil mensais), pelos relatos de ações judiciais não cumpridas e pelo uso do canabidiol importado que, segundo alguns actantes, não gera divisas para o País e onera o sistema público (BRITO, 2016; CARVALHO, 2016; FIGUEIREDO, 2016; MARTINS, 2016). Ricardo Nemer (2016) diz que vê a lei como uma faca de dois gumes, uma chama que não se aquece. Ele conta que o sistema de saúde brasileiro é muito complicado, que é possível acionar o SUS em várias esferas e que cada órgão tem uma forma de cumprimento, um organograma e não há uma unidade no procedimento.

Para a família Fischer, tudo é uma questão de tempo, de diálogo e de oportunidade. Não se pode conseguir tudo de uma vez e é preciso dialogar, saber ouvir. Norberto Fischer (2016) conta que sua estratégia política teve o diálogo como base, e que a inserção da família no Congresso dependeu de conseguir encontrar os pontos em comum de diálogo. Ele enfatiza ser preciso ouvir opiniões contrárias e "baixar a guarda" para negociar.

> Eu preciso respeitar o espaço do outro e dar a oportunidade para que o outro defenda a opinião dele, que é diferente da minha. Ele precisa entender que eu fui sincero, que tentei escutá-lo e, aí, ele vai me escutar. Isso foi um comportamento que a gente adotou desde o início. O que a gente fez em praticamente todas as reuniões, todos os congressos e o que a gente aplica até hoje, quando alguém vem nos atacar, vem nos dizer alguma coisa... a primeira coisa que a gente faz é tentar entender o ponto de vista da pessoa: "Por que você está falando isso? Por que você acha que é assim?" E aí ela baixa a guarda e te escuta (FISCHER, 2016).

Foi com esses pontos de diálogo que a reclassificação do canabidiol foi vista de uma maneira bem específica: em face de uma doença de crianças, com pais, de classe média, que apenas estavam em busca de uma esperança. Norberto Fischer (2016) avalia que a demanda para o uso medicinal era urgente. Para outros atores, no entanto, as demais questões relacionadas à maconha também são urgentes porque custam a vida, mesmo que dependam de outros fatores culturais, mais profundos e correlacionados à raça (FIGUEIREDO, 2016; MARTINS, 2016). A estratégia de diálo-

go usada por Norberto não tinha espaço para o uso recreativo, mas, segundo ele, uma luta pode beneficiar a outra.

> A pessoa que tem preconceito não quer nem ouvir falar de maconha, mas quando cai a ficha "opa, mas existe um medicinal", ela fala: "não, o medicinal tudo bem, é para saúde e ok". A partir disso, a pessoa começa a ter espaço para ouvir que o uso recreativo tem uma série de outros aspectos que também podem ser benéficos para a sociedade. Inclusive também que descriminalização pode ter efeitos positivos. Tenho colegas que trabalham comigo lá na Caixa Econômica que não tinham sequer espaço para conversar sobre a maconha e hoje a gente já começa a falar sobre a descriminalização de drogas, depois que muitos aceitaram a ideia de que o uso medicinal pode ser positivo (FISCHER, 2016).

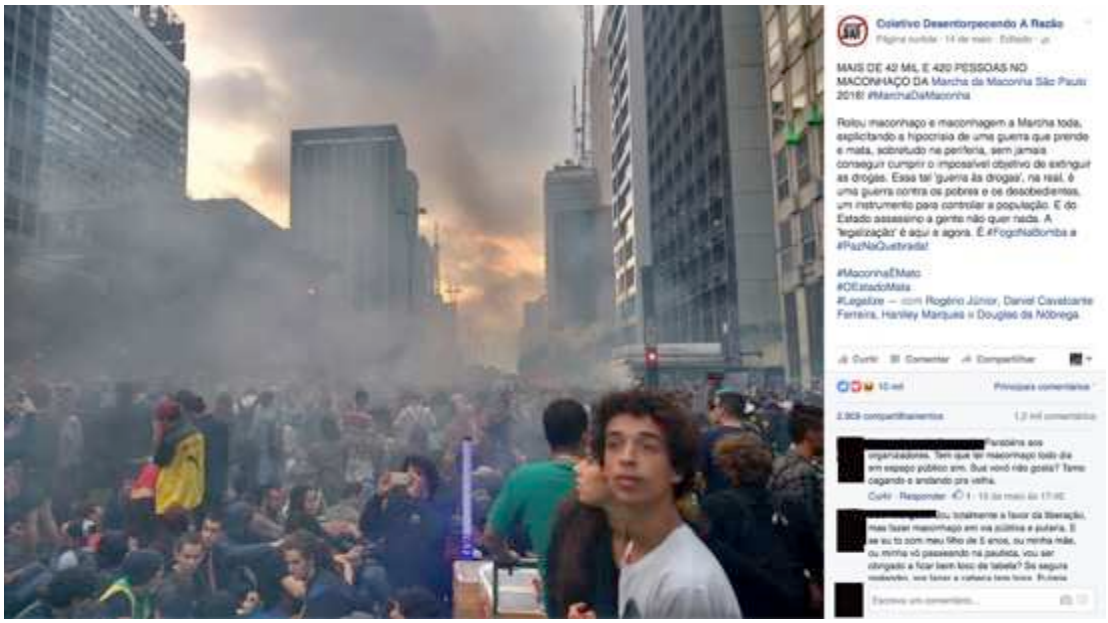


Figura 13: "Maconhaço" feito na Marcha da Maconha, na avenida Paulista. Reprodução Facebook — 14/05/2016

Para outros, no entanto, há um ganho cultural em dizer "eu fumo e daí?". Ao chegar na marcha da maconha em São Paulo, em 14 de maio de 2016, vi-me em um mundo à parte. Lá, a estratégia de diálogo é o "maconhaço": o máximo possível de usuários fumam juntos para que não haja possibilidade de prisão. Essa maneira de dialogar, por meio da visibilidade direta das demandas, para Fernando Silva (2016), é um instrumento de pressão necessário.

> A Marcha da Maconha esse ano vem com esse lema de "Fogo na Bomba, Paz na Quebrada". A gente quer que acabe a violência porque, embora a gente fume em todo canto, quem tá sofrendo, sendo preso, sendo morto é a galera pobre, a galera negra. Nosso foco principal é atingir os maconheiros, a galera que está envolvida com o tema e convencê-los de que, enquanto a gente não se unir e formar associações pra cultivar a própria erva, os caras não vão fazer nada (SILVA, 2016).

Para Crippa (2016), o diálogo e a maneira de se colocar no mundo está em conseguir passar a informação correta. O diálogo que deverá ser feita pela ciência é a de conseguir fazer com que a informação sobre os riscos da maconha chegue de forma atrativa para jovens, principalmente adolescentes.

> O discurso sempre é "por que que não legalizou ainda…" e tudo mais. A minha pergunta é outra: porque que não estão informando corretamente, porque legalizar ou não legalizar não vai mudar muita coisa, porque qualquer um tem acesso à maconha e ninguém vai ser preso fumando maconha. A marcha da maconha, se você esteve lá, todo mundo estava fumando (CRIPPA, 2016).

Figura 14: Panfleto com chamada para a Marcha da Maconha em São Paulo

Figura 15: "Maconha ajuda no tratamento de câncer, aids, epilepsia, fibromialgia e outras doenças", diz panfleto.

Para outros atores, a estratégia do diálogo cai por terra quando as concessões que são pedidas para essa conversa fazem parte da demanda, como é o caso de Margarete Brito (2016), Cidinha Carvalho (2016) e Emílio Figueiredo (2016), que defendem o autocultivo. Também não há possibilidade de dialogar quando as instituições sequer os recebe. Margarete Brito, por exemplo diz que o CFM nunca conversou com as famílias. Também as posições, muitas vezes, ficam tão distantes que não dá nem para o dialogar — como é o caso da USP de Ribeirão Preto e do CFM, que possuem esse argumento de pureza em relação ao canabidiol (BRITO, 2016). Cidinha Carvalho (2016) conta que tentou falar do autocultivo em uma das reuniões que teve na Anvisa, "mas que eles não quiseram nem saber."

Cidinha Carvalho (2016) e Emílio Figueiredo (2016) também lamentam o cenário político, que deve tornar ainda mais distante a possibilidade de diálogo. Cidinha afirma que, em 2015, as perspectivas estavam melhores. Ela se refere especificamente a Osmar Terra, médico e ministro do Desenvolvimento Agrário no governo interino de Michel Temer, que disse, por exemplo, que maconha medicinal não existe. [68] A política, diz ela, caminha para um total retrocesso. "A luta vai ser muito maior que antes. Vai ficar difícil dialogar com uma perspectiva econômica que não leva em consideração que muita gente vai morrer pela maconha, seja pela proibição ou pela falta dela", diz Cidinha Carvalho (2016). Já Figueiredo (2016), fala da dificuldade de se estar em momento conturbado politicamente e da esperança que tinha em um governo de esquerda. Ele cita que não vê muito espaço para diálogo no novo cenário e que tem até medo de ter defendido efusivamente a legalização e o autocultivo. Ele cita que, com o "avanço da direita", a possibilidade de um diálogo fica cada vez mais distante e que cultivadores vão ter que esperar a "poeira baixar".

> A gente vive um momento conturbado politicamente. Eu sempre tive esperanças de estar num governo de esquerda, por mais que este governo que vinha de esquerda não fosse tão à esquerda quanto eu gostaria. Mas, agora, com esta realidade

[68] "'Mas ninguém receita injeção de heroína para tratar dor, nem picada de jararaca para pressão alta'– acrescenta o deputado — 'Uma coisa é usar determinada molécula de uma planta para fins medicinais, outra é ter isso como desculpa para se drogar.' Em "Osmar Terra adverte: Maconha não é remédio" (UNIAD, 2015). Ver: http://bit.ly/2a6Gz2p

> pós-mudança de presidente, eu não sei mais o que vai acontecer. Já me peguei até pensando se eu corro risco ou não de ter defendido tão efusivamente a mudança na lei. Então, eu acho que tem de esperar um pouquinho, assentar esta poeira, porque o Temer já está vacilando pra caramba, então é muito possível que a Dilma volte, hoje em dia se for para fazer uma aposta, eu aposto que ela volte. Mas mesmo assim, a situação política do Brasil é muito instável. A direita se manifestou de uma forma muito forte nos últimos tempos e eles não têm o menor interesse numa regulamentação da cannabis. O interesse deles é em criar importadores de medicamentos para trazer medicamento de fora. Falar que alguém tem interesse em fazer uma grande operação de cannabis aqui no Brasil com uma finalidade, a um custo baixo e com uma alta qualidade, com a participação dos pais e dos pacientes ninguém tem. É um projeto utópico (FIGUEIREDO, 2016).

UMA COISA CHAMADA MERCADO

A reclassificação do canabidiol no Brasil fez com que a *Medical Marijuana Inc.* ganhasse um grande mercado. A organização está por trás da *Hemp Meds*, empresa foi procurada por Katiele Fischer no seu primeiro contato com o CBD. Foi com essa controvérsia que o Brasil se tornou o maior cliente único da organização em San Diego, nos Estados Unidos (MEDICAL MARIJUANA INC., 2015). Não à toa. O caso teve grande repercussão e os custos com o composto podem chegar a até R$ 10 mil, ou mais, a depender do uso e do peso da criança. Uma seringa pode custar cerca de US$ 500 (BRITO, 2016; MARTINS, 2016; RAMIRES, 2016).

Já no começo do debate sobre o CBD no Brasil, a *Hemp Meds* tentou se expandir no País. Contratou uma assessoria de imprensa na época: a *Inpress Porter Noveli*. No início de 2015, uma nota enviada ao meu e-mail coorporativo da *Folha de S.Paulo* dizia que a empresa estava atuando junto às instituições brasileiras para diminuir o tempo de entrega e os custos com a importação. Em contatos por e-mail e telefone, perguntei se havia interesse em um registro no canabidiol do Brasil. Recebi a resposta de que a *Hemp Meds* estava terminando os ensaios clínicos e pré-clínicos para dar entrada no processo sanitário. "A empresa não medirá esforços para atender as exigências que permitam o registro do medicamento", informava trecho da nota. Pedi mais informações, inclusive uma entrevista, e a empresa foi aos poucos sumindo da mídia. Os contatos cessaram. Para essa dissertação, mandei e-mail pedindo um contato para entrevista. Escrevi para o Charles Vest, médico que teria enviado amostras grátis de CBD para o Brasil, segundo membros da rede, mas não recebi retorno.

Roberta Machado (2016) também tentou obter informações da *Hemp Meds* e diz ter encontrado representantes da empresa na casa de Norberto Fischer (2016) quando foi fazer uma reportagem. Ela conta que as informações estavam todas em segredo, que era difícil saber o que estava acontecendo. Tarso Araújo, em conversas prévias para esse trabalho, informou que Katiele Fischer chegou a assinar um contrato com a Hemp Meds para atuar como propaganda do composto. No fim de 2014, ao entrar no site da *Hemp Meds* no Brasil, a foto de Katiele e de Anny Fischer estampava o site. Katiele, segundo Araújo, teria desistido do contrato.

A *Hemp Meds* voltou a contatar a imprensa em 2016 com uma nova assessoria: a Ketchum. Em e-mail enviado por uma colega jornalista, a empresa já se apresenta como Medical Marijuana InC.[69] O release pontua que o canabidiol é autorizado em mais de 40 países. O texto fala de "significativos estudos científicos e clínicos" e enfatizou que o Brasil subsidia o medicamento por meio do SUS. No fim do release, há um adendo com o título "divulgação legal". Nele, a empresa diz que não vende ou distribui quaisquer produtos que violem a lei de substâncias controladas nos Estados Unidos.

A penetração que a Hemp Meds teve, a meu ver, atende a uma necessidade específica das instituições de conseguir controle sobre a produção de medicamentos e, com isso, garantir a padronização de práticas de vigilância sanitária. As empresas também são uma maneira de conseguir continuar fazendo dois debates diferenciados sobre a maconha: um estritamente medicinal e outro que deve ser discutido em outras esferas, como a criminal, ou no âmbito de regulações internacionais. Assim, as empresas ajudam a dar continuidade para a construção de uma ontologia do canabidiol que é dissociada das identidades da cannabis sativa. Novamente, independente dessa separação entre CBD e maconha atender a uma verdade "científica", "fora do social"; para alguns atores, ela perpetua o preconceito e o estigma sobre a droga e, ao mesmo tempo, tira dos pacientes a autonomia sobre a sua própria saúde e o direito de procurar alternativas mais baratas para o consumo ou até mesmo ter controle sobre as práticas que garantem sua qualidade. Já no âmbito das instituições, a qualidade só é garantida com o controle científico e institucional.

Para Figueiredo (2016), por mais que o desenvolvimento tecnológico e a inovação ajudem a aproveitar as virtudes da planta, a indústria quer vender como novidade uma prática que é milenar e foi descoberta pelos próprios pacientes. Ele acredita que as empresas estão se aproveitando do contexto politico da proibição para faturar. Também *José Martins* (2016) afirma que o discurso que dissocia maconha e canabidiol atende a interesses econômicos por que o "fato da maconha ser barata e poder ser feita em casa a baixo custo incomoda".

Já Chioro (2016), não vê a cannabis como concorrente de outros derivados da indústria. "Até porque quando a indústria farmacêutica percebe que vai ter con-

[69] Comunicação pessoal. E-mail enviado em 14 de julho de 2016.

corrência, ele trata de comprar e comercializar o produto", diz. De fato, é o que a indústria está fazendo. Quando saiu do ministério, Chioro conta ter sido abordado por um escritório de advocacia, que procurava informações sobre como importar o canabidiol. "Quando advogados começam a se preocupar com um negócio desses é que já estão começando a crescer o olho em cima e eu não acho que essa circunstância é diferente de outras drogas" (CHIORO, 2016). O ministro vê a cannabis no contexto de uma atuação de um mercado que com regras previsíveis e esperadas.

> Os medicamentos entram com o preço lá em cima, como em várias condições. E aí essa coisa chamada mercado fala: "agora tá custando 500 dólares essa dose e tem 12 mil usuários no Brasil". Eles veem que o produto custa US$ 12 e pode ser vendido a US$ 500... e aí eles aproveitam (CHIORO, 2016).

Ao perceber o alcance dessa demanda do canabidiol e os debates que se colocaram em curso, percebo que a concorrência não vai se dar no âmbito de cannabis versus outros compostos já comercializados. O debate sobre a maconha já está em vários âmbitos e, por isso, acredito que a concorrência será da cannabis contra ela mesma. A concorrência será entre o reconhecimento da autonomia do paciente sobre a própria saúde versus a ideia de que essa autonomia deve se subordinar ao controle e à vigilância sanitária. A concorrência será entre a regulação da cannabis como um fitoterápico ou sobre o uso restrito a medicamentos registrados. Na observação dessas traços de rede em disputa, no entanto, há a possibilidade de pontos de diálogo. O desafio está em saber até onde ele é possível ou se essas diversas ontologias poderão conviver em harmonia.

O PODER DA FAMÍLIA

Após a votação do impeachment da presidente Dilma Rousseff, na Câmara Federal, no dia 17 de abril de 2016, um levantamento feito pelo site G1 analisou o discurso proferido por deputados e contabilizou 58 menções a "Deus", 110 menções à palavra "família", e 72 votos a "filhos". O termo "golpe" foi citado 58 vezes. A palavra "democracia" teve a mesmo número de menções que família: 110 vezes (REIS, 2016). As altas citações à família e aos filhos chamaram a atenção de muitos — e foram criticadas por alguns setores — já que o que estava sendo discutido era o fato da presidente ter cometido ou não crime de responsabilidade fiscal.

Citações de famílias, filhos e netos foram usados para dar legitimidade ao voto, para justificá-lo. A família tem uma força. Ela indica o cuidado e o zelo pela vida. Bourdieu (1998) aponta que a família faz parte de um conjunto de termos que pressupõem consensos éticos. A utilização desses termos integra uma estratégia linguística para a obtenção da universalização no discurso. A família também é historicamente concebida como necessária à ordem social, como a célula da sociedade, a partir dos quais os seus valores desenvolvem e formam indivíduos aptos para o convívio. Na sociedade, assim, a concepção da família é estimulada (DIAS, 1994).

De fato, a força das famílias conseguiu o que 30 anos de ativismo canábico não conseguiu: um debate nacional sobre a maconha medicinal. Nas instituições, não houve sequer uma menção de que alguma mãe pudesse ser presa, ou qualquer indicativo disso (MAXIMIANO, 2016). Sequer médicos que receitaram foram submetidos ao conselho de ética e, inclusive, dialogaram com conselhos regionais (ARANHA, 2016). Também Tarso Araújo (2016) disse ter encontrado na família Fischer, "a família de comercial de margarina" que o ajudaria a construir a legitimidade necessária para a maconha.

Em uma das últimas perguntas da entrevista com os atores, perguntei: "afinal, o que tinha possibilitado a reclassificação do canabidiol?". A resposta de todos foram variantes de: "a força da família", "o sofrimento das mães", "as crianças".

> Foi a posição das famílias e o sofrimento das crianças, a exposição do problema que elas enfrentavam, o filme. Tudo isso junto gerou um debate na sociedade que levou a uma maior conscientização. Esse movimento nasceu e teve o desfecho que teve... se eu tenho que destacar um ponto principal, foi a mobilização das famílias. Todo mundo trabalha, tem que cuidar da casa, etc. Mesmo assim, eles tiveram uma mobilização quase nacional. Em termos de viagem, de se preparar, de fazer contato com autoridades. Isso é um passo enorme de tempo, de dinheiro, de energia, de frustrações. Eles foram heróis (OLIVEIRA, 2016).

> Fomos atrás de literatura, fizemos debates, houve a busca de conhecimento. Mas, fundamentalmente, nós tivemos o relato das famílias. De que seus filhos estavam com melhoras na qualidade de vida. Então, evidentemente que isso foi muito determinante. Na medida em que as famílias relatam que seus filhos tinham melhorado, e que essa melhora se devia ao canabidiol, era obrigação dos órgãos competentes regulamentar isso (MAXIMIANO, 2016).

Nesse ponto do mapeamento, percebo que, se o sofrimento das famílias não fosse levado em conta, não haveria decisão política ou científica que sustentasse a decisão. A maconha é proibida, a vontade política de conversar sobre a maconha especificamente, em todas as esferas, era pouca. Ainda, não haviam estudos controlados e duplos-cegos que conseguissem sustentar a aprovação do canabidiol ou um pedido de registro para a epilepsia refratária. Não há nem mesmo o canabidiol puro. "O sofrimento das famílias me moveu", foi uma frase que, em algum momento das entrevistas, foi dita de uma forma ou de outra. Emílio Fortes (2016) disse que o CFM regulamentou o canabidiol com vista a um uso "caridoso".

Talvez as mães não concordassem que, para que seus filhos pudessem ter acesso ao tratamento, elas dependam da caridade do Conselho Federal de Medicina — tanto é que muitas fizeram ciência e medicina com as próprias mãos. E o CFM, muito provavelmente, considere a ciência leiga perigosa, insegura. Mas o fato é que houve um ponto em comum de diálogo. E ele é o sofrimento das famílias.

> O desespero das mães com essas crianças que não estavam respondendo a nenhuma droga. Eu acho que isso me moveu. Eu acho que isso também move a sociedade em questionar o saber médico quando este saber é impermeável ao sofrimento huma-

> no. Por isso que eu te digo, em nenhum momento eu deixei de lado a racionalidade científica, mas o que me moveu foi o sofrimento destas mães e das crianças. Eu fiz a verificação científica e vi que era oportuno, do ponto de vista científico, usar a droga para aquelas crianças. Quando as duas coisas confluíram, eu não tive dúvida. Aí, eu me senti forte para fazer isso (ARANHA, 2016).

Foi também pelas famílias que o canabidiol foi possível, mas, fora, dela, a ponte para os diálogos nem sempre é fácil de se obter. Enquanto alguns valores são quase consensuais, como a família; outros, nem tanto. O que está por trás dessa diferença? É o que tentarei delinear no próximo capítulo.

Capítulo 6 — A rede oculta

As instituições norteiam o nosso olhar sobre a vida, sobre nós mesmos e sobre aquilo que concebemos como realidade. Elas nos deixam mais seguros. É até difícil pensar em alguma autonomia quando referências históricas que nos precedem dizem que precisamos seguir alguns protocolos para ficar bem. Quem somos nós diante de tudo isso? Para as instituições, a autonomia é um terreno igualmente movediço porque as regras são necessárias para padronizar e garantir o bom andamento das relações. O que eu chamo aqui de rede oculta é o que encontrei para nomear a complexidade entre demandas institucionais e demandas individuais. Mostro aqui as diferentes ontologias de medicamento, de medicina, de ciência, e de Justiça e as expectativas de membros da rede sobre essas categorias. Em todas elas, perspassa aquela dificuldade de nos conectarmos com os nossos valores mais fundamentais. Cada um trilha o seu caminho sob a justificativa de proteção à vida. Há muitos desencontros, contudo. Poderia ser também a rede angústia.

O MEDICAMENTO

Um medicamento é comercializado em um país quando pede registro em uma agência reguladora e esse registro é aprovado. No Brasil, esta competência está no âmbito da Anvisa; nos Estados Unidos, no Food and Drug Administration (FDA); no Canadá, no Food and Drug Regulation (FDR) e na Europa, no European Medicines Agency (EMA). Esse registro é obtido quando são concluídos todos os estudos clínicos que atestam a eficácia e a segurança do produto. Há exceções a essa exigência, que foram construídas historicamente a partir da demanda de pacientes. Uma delas foi o uso compassivo, que permitiu o uso o canabidiol antes da conclusão de todos os estudos (ANVISA; CFM, 2012).

O uso compassivo é permitido quando o paciente está sob alto risco e não há alternativas disponíveis. Há, entretanto, uma exigência mínima de segurança e de algum potencial terapêutico demonstrado. Grande parte do esforço da Anvisa e do Ministério da Saúde foi no sentido de mostrar que essa possibilidade terapêutica era possível (OLIVEIRA, 2016). Um dos méritos dessa controvérsia foi o de construir diálogos sobre a planta — era como se antes a interdição sobre o uso impedisse estudos e conversas sobre o terapêutico. Anvisa e Ministério da Saúde mostraram que haviam estudos em relação ao canabidiol e o colocaram como um medicamento em potencial. Esse medicamento, segundo as instituições, deve passar por todos os estudos clínicos e controlados para ser registrado. E, fora disso, o seu uso só é permitido compassivamente, ou de forma caridosa, como disse Emmanuel Fortes (2016).

Os estudos também devem determinar de que forma o canabidiol interage com outras drogas. E é isso o que a USP está tentando estudar. A dúvida também foi enfrentada por muitas mães, já que muitas crianças chegavam a tomar 25 comprimidos por dia. Zuardi (2016) explica que o canabidiol bloqueia uma série de enzimas que metabolizam drogas e substâncias no fígado, no sistema P-450. Drogas metabolizadas por esse sistema podem ficar em níveis maiores no organismo, já que o canabidiol inibe a atividade das enzimas que as metabolizam. Se qualquer droga for me-

tabolizada por esse sistema e estiver sendo utilizada junto com o canabidiol, elas precisam ser monitoradas (ZUARDI, 2016).

Na controvérsia, o canabidiol fica nessa zona cinza entre ser medicamento e não ser. Está sendo utilizado e estudado, há o potencial terapêutico, mas não há o registro, nem um produto puro disponível. Há uma situação de medicamento, mas não um atestado oficial, um registro. Interessante observar que muitos atores negam o status de medicamento do composto por diferentes razões. Enquanto para uns, o canabidiol não pode ser chamado de medicamento porque o seu potencial terapêutico ainda não está totalmente determinado; para outros, ele não pode ser assim designado porque ele sequer existe como as instituições o conceberam, embora haja o potencial terapêutico.

> Eu tentava tratar como uma substância química, um composto da maconha. Na época, tinha muita gente usando a palavra medicamento. Eu vejo um paralelo disso com a pílula do câncer, em que você vê o pessoal chamando a fosfoetanolamina de medicamento, quando na verdade é uma substância química. Não passou ainda para o status de medicamento (COIMBRA, 2016).

> O canabidiol é um azeite extra virgem. É isso, nada demais. É um suplemento alimentar que precisa de uma recomendação, não uma receita. E aí, cria essa situação de remédio. Tem gente nos EUA que compra 1kg de CBD por 10 mil dólares e cola um rótulo. A Hemp Meds vende um balde. Sujeito compra, bota num potinho, cola um rótulo e manda para o Brasil. O nível é esse (RAMIRES, 2016).

No desenvolvimento da controvérsia, muitos dos efeitos terapêuticos (como o anticonvulsivante) foram atribuídos exclusivamente ao canabidiol, mas há dúvidas sobre isso. Além de ninguém utilizar o canabidiol puro, há relatos e estudos sobre o efeito comitiva da maconha, que é a interação entre seus componentes. O efeito comitiva atesta que a ação de um composto vai depender da presença de outro. Um estudo de revisão mostrou a quantidade de fitocanabinoides presentes na planta que precisam ser melhor estudados para o entendimento do efeito comitiva: tetrahydrocannabivarin, cannabigerol e canabicromeno. E também dos terpenoides de

cannabis: limoneno, mirceno, α-pineno, linalol, β-cariofileno, óxido de cariofileno, nerolidol e fitol (RUSSO, 2011). Sanjay Gupta, o médico que, por meio do seu documentário na CNN, apresentou ao mundo o caso de Charlote Fiji, fez uma animação para a TV muito divulgada no ativismo. Ela mostra o efeito comitiva e diz que os "500 compostos químicos da maconha trabalham juntos, em um processo conhecido como efeito comitiva. Isso é importante porque você não pode pegar um único componente da cannabis e fazer um medicamento, você precisa da planta inteira" ("Your brain on weed - CNN Video", 2014).

A troca de informações entre a USP e instituições, como a Anvisa, e também a demanda pela importação tiveram consequências, que é a ideia de que só o canabidiol, em forma de um medicamento, vai trazer benefícios terapêuticos. Durante a controvérsia, não se falava sobre o efeito comitiva da planta e, na USP, há uma defesa sobre o canabidiol puro. A discussão se fez em torno de uma narrativa em que o canabidiol é o responsável pelos benefícios — e de fato, há evidências disso. Mas outros lados ficaram ocultos e não foram inteiramente discutidos, como o efeito comitiva. Também, na esteira disso, me parece que houve uma suposição de que o autocultivo é perigoso, de que o consumo da planta é perigoso.

O canabidiol assume esse status de medicamento para pais porque traz benefícios, mas também eles perceberam que o CBD deve ser tratado de outra maneira, diferente de outros compostos. Penny Howard (2016) diz que foi preciso aprender que o CBD não era a mesma coisa que os anticonvulsivantes e que ela não precisava ter medo de overdose, por exemplo. O CBD, conta, dava-lhe a possibilidade dela ficar no comando.

> Como estávamos dando drogas com a possibilidade de superdosagem, eu acho que tínhamos medo de partir para o suplemento alimentar e assumir o comando por nós mesmos. Com o produto, não havia isso. A única coisa que ele podia fazer é deixar quem usa cansado. Quando as pessoas entenderam isso e ficaram contentes com os resultados, começaram a se sentir confortáveis. Pais podiam assumir o comando, alguns deles descobriram que não funcionava, mas isso não os desencorajou. Eles

> sempre podiam tentar outra alternativa, outro produtor, ou um produto com mais THC (HOWARD, 2016).[70]

Quando perguntei a Penny Howard se ela já tinha atendido a pais que estavam com problemas financeiros para custear o canabidiol, ela me respondeu negativamente. Perguntei também se ela e a família enfrentaram esse dilema. Penny me disse que, depois de ver os resultados, ela e a família viram que não tinha outra alternativa a não ser comprar o canabidiol. Para algumas famílias brasileiras, no entanto, comprar o CBD não é uma opção (BRITO, 2016; CARVALHO, 2016; FIGUEIREDO, 2016; NEMER, 2016; RAMIRES, 2016).

Por isso, a sensação que tive na controvérsia foi que um dos lados foi discutido com a seriedade necessária, como os efeitos do canabidiol puro — e outros, apesar de igualmente importantes (como o alto custo da importação), ficaram em segundo plano. Também, o fato da questão ter sido tratada somente no âmbito da Anvisa deixou de lado questões como a produção nacional, a possibilidade do autocultivo, e gerou uma situação de medicamento importado ou conseguido via ação judicial. Leandro Ramires (2016) pontua que o sistema público não deve ficar no papel de fornecer o canabidiol porque há limitações de fornecimento. As empresas dependem de uma safra e, por isso, o fornecimento é sazonal. Ele diz que, em dois momentos que tentou comprar o canabidiol, não houve produto disponível.

> A Secretaria de Saúde não pode se responsabilizar por uma coisa que depende de abastecimento igual a mexerica. Não tem óleo que garanta todos os epilépticos refratários de Belo Horizonte. Claro que eu quero que esteja no SUS, mas isso é inviável. Acho que nem 1% dos refratários do Brasil hoje usam. Se 20% usar, a maconha tem que ser liberada. Não vai dar (RAMIRES, 2016).

---

[70] "And because we were giving pharmaceuticals with overdose possibilities, I think we were fearful to come along with the dietary supplement and be in charge ourselves. And the thing about the product is that there was no overdose. The only thing it could do is to make you tired. And, when people understood that, they were happy with the results and felt confortable about it. Parents could be in charge and some of them found it didn't work, but I didn't discourage them. They always could try something else, another maker, or a product with more THC"

Com tantas questões, a expectativa de alguns atores (BRITO, 2016; MARTINS, 2016; CARVALHO, 2016) é que a discussão avance para outras instituições, para além da Anvisa. Há expectativas de que a Fiocruz realize pesquisas com a cannabis e a Embrapa plante e também conduza estudos. Também há uma expectativa da USP de uma produção nacional para abastecer o sistema público. A diferença da USP para cultivadores, e outros especialistas como Ramires (2016) é que a USP quer estudar, isolar o canabidiol e distribuir o canabidiol puro nas farmácias para o uso medicinal. Já outros, com base no efeito comitiva, falam de autocultivo e da seleção genética para o uso completo da planta e dos seus componentes. O ponto de diálogo entre os dois é que o País deve pensar em uma maneira de subsidiar a produção nacional para baixar o preço e expandir o acesso.

> Eu acho que se você tiver uma produção, um laboratório que produza isso aqui, que possa vender por um preço mais acessível... Enfim, em outras palavras, eu acho que o SUS deveria investir muito mais na produção de um CDB seguro e sintético aqui. Ficaria mais barato para eles se for distribuído do que o SUS importar esse material, que ficaria caríssimo, e você ainda não tem a segurança do que está importando. Então, em termos de investimento, seria muito mais produtivo se o SUS investisse na produção desse medicamento aqui do que importar por um preço muito alto um material que você não sabe o que vem (ZUARDI, 2016).

> Existe um efeito fundamental que é o efeito comitiva. Só o THC e o CBD puro, não resolve não. Tem que ser tudo. É a planta inteira, a gente tem tido um retorno de muitas pessoas que estão se dando muito bem com o nosso remédio artesanal, e que não conseguiu com os remédios importados. O grande lance da maconha é o efeito comitiva, e de uma planta que você consegue dosar, por meio da genética, o quanto você quer de cada um (MARTINS, 2016).

Um exercício ontológico

John Law, em *After Method* (2004), ao relatar sua pesquisa com hepatite alcóolica, primeiro detalha em um texto a etiologia da hepatite, como ela está relacionada ao álcool; depois, descreve as dificuldades e reclamações de um médico sênior

sobre os mau diagnósticos de médicos menos experientes. Law descreve ainda o estresse das enfermeiras com pacientes agressivos, devido à privação do álcool no tratamento. Um outro ponto levantado é as dificuldades financeiras enfrentadas pelos doentes. Todas essas camadas formam a hepatite, diz Law. Os argumentos podem ser diferentes no conteúdo, mas não necessariamente se contrapõem, complementam-se. Nos livros e nos estudos clínicos, no entanto, diz ele, camadas comumente atreladas unicamente ao aspecto social, acabam por ficar na invisibilidade. É a divisão artificial entre ciência e social que colocam alguns aspectos e alguns atores na invisibilidade e algumas ontologias se silenciam. A hepatite é fluida e as diversas associações citadas pelo autor vão dando conta dessa fluidez de modo a resgatar ontologias silenciadas.

Também Annemarie Mol (2002), na sua etnografia sobre aterosclerose em "The Body Multiple", faz um exercício similar, mas o seu propósito é mostrar como a medicina legitima o tratamento. Ela não o faz ao mostrar diferentes perspectivas do corpo ou da doença, mas mostra como os processos são feitos. Nessas práticas, entidades são acionadas, conversadas, mensuradas. E, embora essas entidades chamem a atenção para mais de uma noção de corpo e de doença, isso não significa que elas estejam fragmentadas em muitas. O que está em jogo não é o problema da verdade, ela diz, mas dos processos e das interferências.

Para Mol, o foco sai da interrogação epistemológica sobre o modo conhecemos o mundo e vai para os modos distintos do ser, do corpo, e da doença que encontramos no mundo. E, para isso, ela fala que seu trabalho é de "filosofia empírica" e o situa dentro de uma "virada praxiológica". É na prática do anônimo Hospital Z, que ela conta as múltiplas realidades da aterosclerose. A do paciente, a do clínico, a do assistente de laboratório, a do cirurgião. São múltiplas realidades de mundos habitados por outras pessoas, com outras ações e preocupações. A realidade é múltipla e o argumento se volta para as práticas situadas dentro de uma ação, de um tempo e de um espaço. Mol não supõe que chegará a uma realidade ou verdade por meio dessa análise (MOL, 2002).

Assim como Mol (2002) e Law, não persigo nesse trabalho uma ideia de verdade. Ao não tentar encontrar uma verdade, pude mostrar elementos e conceitos em suas múltiplas realidades. São essas realidades que permitem a possibilidade de

conseguir formular novas perguntas e tirar atores da invisibilidade. Se considerasse que um medicamento é apenas aquele está registrado na Anvisa ou o encontrado na farmácia, não conseguiria chegar a questões como o efeito comitiva ou a demanda pelo autocultivo. Por meio dessas ontologias também cheguei à ideia de que, antes do medicamento, está o benefício. Se alguém não consegue ter acesso a esse benefício, a existência de um medicamento pouco importa: o indivíduo vai atrás de maneiras de conseguir esse benefício. Vai criar o benefício, vai modificar o que é medicamento ou reinventá-lo.

> Ninguém quer ficar importando, se sujeitando e ninguém quer depender do Estado para o remédio. Todo mundo que já compreendeu que a cannabis medicinal pode ser em feita em casa, no quintal de casa, eles querem a autorização para fazer o remédio dos seus filhos ou os próprios remédios (FIGUEIREDO, 2016).

AS VERDADES DA CIÊNCIA

"Essa maldição sobre a maconha tem reflexos negativos em outra área" (CARLINI, 2006). Em artigo, Carlini, que é psiquiatra da Universidade Federal de São Paulo, mostra como a proibição da maconha impediu o desenvolvimento de pesquisas e a aceitabilidade de alguns efeitos benefícios da erva à saúde. Também os estudos com a erva foram poucos. O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), em artigo publicado em 2010, divulgou ter catalogado um total de 470 artigos de brasileiros sobre maconha publicados nos séculos XX e XXI. A maioria comenta sobre efeitos da maconha em usuários sem rigor metodológico (CARLINI, 2010).

> Está sobejamente provado que o D9-tetraidrocanabinol (D9-THC), o princípio ativo da maconha, tem efeito antiemético em casos de vômitos induzidos pela quimioterapia anticâncer e é um orexígeno útil para os casos de caquexia aidética e a produzida pelo câncer. O D9-THC está registrado como medicamento em vários países, inclusive nos EUA (Marinol®). Mas, apesar de esses fatos estarem relatados em revistas científicas internacionais sérias, por respeitados grupos de pesquisadores, houve e há resistências, inclusive no Brasil, em aceitar essa substância como medicamento (CARLINI, 2006).

As dificuldades ainda persistem e Leandro Ramires (2016) conta que é difícil conseguir aprovação para estudos com a cannabis em comitês de ética. Ele está tentando aprovar para um estudo observacional com canabidiol em autistas. Ramires diz ainda que, para além dessas dificuldades, a construção dessas evidências também dependem de outras questões, atreladas ao próprio investimento do País em pesquisas.

> Então, como é que vou caminhar os caminhos certos da evidência? Que começa com os casos controle, com as evidências observacionais, pra depois ir pro estudo randomizado, pra depois ir pra outra análise, pra depois virar uma evidência…. Entendeu? Mas a sociedade caminha no interesse dela própria, né?

> No interesse do dinheiro. Tem muita pesquisa interessante no Brasil, mas é um cenário ruim, crise de financiamento, de pesquisas como a sua e de tantos outros colegas no país inteiro, diante desse cenário ruim de pós-graduação nacional (RAMIRES, 2016).

O desenvolvimento de mais pesquisas também está dificultado pelo protecionismo, com o desenvolvimento do CBD sintético e também de drogas patenteadas. O dronabinol, por exemplo, é uma droga desenvolvida para o tratamento da quimioterapia, o próprio CBD possui esse efeito (RAMIRES, 2016).

Muitos entrevistados salientam a importância da evidência científica e dizem que estarão do lado do benefício humano se as pesquisas assim apontarem esses benefícios, independente do que pode estar corrente no senso comum (ARANHA, 2016; CHIORO, 2016; FORTES, 2016). A necessidade de evidências foi também o que motivou Tarso Araújo (2016). Ele conta que tinha uma missão: a de provocar um debate racional sobre a maconha, seus males ou benefícios. Ele conseguiu cumprir sua missão de maneira curiosa. Procurou uma personagem que tinha tido benefícios com a droga e construiu uma narrativa em que uma pessoa passou a ser a evidência. Alguns estudos e evidências balizaram a decisão, criou-se uma demanda social, o entendimento das instituições foi o de se sentirem pressionadas, mas evidências, com estudos controlados e duplos-cegos não haviam e não há. O que Tarso Araújo (2016) e toda essa controvérsia fez foi criar a demanda para estudos e impedir que a ciência ou a medicina fiquem alheias à realidade, esperando que as evidências brotem por si mesmas. Com isso, a rede mostrou que construção de evidências depende de outros fatores, que não somente o rigor científico. Além disso, a ciência pode incorrer no risco de reproduzir a si mesma: como, por exemplo, dizer para todo o sempre que a maconha e todos os seus derivados não têm potencial terapêutico e causam dependência — como a lista F2 da Anvisa, de substâncias proscritas, preconizava.

Mas, se em um primeiro momento, instituições foram incitadas a olhar para novas evidências e adentrar em um campo desconhecido — o da maconha; em um segundo, outras questões foram deixadas de fora porque o que importava eram as evidências. A reclassificação do canabidiol e as circunstâncias da importação ficaram atreladas somente às evidências científicas, independente de uma discussão do por-

quê elas eram inconclusas e do porquê não existirem. As evidências são tratadas como uma instância superior, que tendem a aparecer por si só, a depender somente do potencial do objeto de estudo, e não de outras condições — como a proibição sobre a maconha ou a maneira como ela define os investimentos em pesquisa ou a aprovação dentro dos comitês de ética.

À ciência é atribuída uma ideia de verdade. Quando ela não problematiza o porquê de algumas evidências não terem sido construídas e diz que não há evidências, ela constrói uma verdade sobre a substância, como se não houvesse potencial para o benefício. Ficam-se séculos aguardando evidências que não vão ser produzidas porque passa-se uma ideia de que a produção dessas evidências depende apenas da ciência, dos cientistas descobrirem uma maneira de descortinar a verdade. No que tange à maconha e à rede aqui descrita, famílias e cultivadores querem mudar esse cenário. Há um banco de genéticas sendo criado por membros da rede e diálogos estão sendo feitos com instituições.

> Estou tentando falar com a Fiocruz para que se pense uma política nacional, sabe? A gente tem que plantar aqui e a Fiocruz tem que assumir isso como pesquisa. A Fiocruz tem condições de fazer isso. Não faz sentido a gente pagar um milhão de reais para 10 pacientes no ano. Olha o que a gente está perdendo... com um R$ 1 milhão, a gente consegue tratar 4 mil pacientes e não dez (BRITO, 2016).
>
> Estamos mantendo um banco de genética para quando a coisa for legalizada, porque aí já temos um conhecimento brasileiro, para a gente não ficar dependendo de fora. Estamos tentando contatos com universidades e centros de pesquisa. O tema é muito apaixonante e causa muita revolta. As pessoas esclarecidas ficam sensibilizadas. A gente tem muito respaldo do corpo acadêmico. Mas ainda é tudo muito burocrático hoje em dia. Você não pode chegar na universidade e falar: estou fazendo um projeto de maconha medicinal. Ainda há muito preconceito e há perseguição do Conselho Federal de Medicina e da Associação Brasileira de Psiquiatria, que diz que quem fuma maconha vai virar esquizofrênico (MARTINS, 2016).

Com todas essas questões, a ciência tenta se aproximar do senso comum — pelo menos, no que tange ao conhecimento que já se tem sobre a maconha. Se há algumas indicações históricas de benefícios da maconha, essas suposições não po-

dem, ao menos, fazer parte de uma hipótese? Se a maconha é utilizada para relaxar, porque não se estuda como potencial ansiolítico? Ramires (2016) é um dos especialistas que está tentando explorar o potencial da erva. Ele conta como o próprio ansiolítico veio de uma observação simples, de uma cobaia, uma ração e um estímulo.

> O CBD tem potencial terapêutico nos transtornos de ansiedade. Você acha que o ansiolítico começou a existir como? Pela observação simples. Você pode condicionar uma cobaia a comer uma ração, mas para comer a ração ela tem que dar um tapinha lá no portãozinho, ela tem que apertar um pedalzinho. Você condiciona o rato a fazer isso. De repente, no experimento, você adiciona um choque no pezinho do rato. E aí vai chegar uma hora que mesmo com fome, ele não vai querer comer para não levar choque. Se você pega esse mesmo ratinho e dá pra ele um ansiolítico, o que vai acontecer? Ele vai precisar de um choque maior para tirar a patinha e deixar de comer, entendeu? Esse estudo, quando você faz ele com CDB, funciona melhor do que o ansiolítico. E o mais incrível é que não tem o efeito colateral do ansiolítico. Todo o mecanismo de ação do CBD pode ser explicado bioquimicamente, enquanto outros medicamentos sequer sabemos como funciona (RAMIRES, 2016).

A revolução científica

Em a "Ciência como Vocação", Max Weber concebe que toda a ciência trabalha com pressupostos que orientam a nossa visão de mundo. "Todo trabalho científico pressupõe sempre a validade das regras da lógica e da metodologia, que constituem os fundamentos gerais de nossa orientação no mundo" (WEBER, 1996, p. 36). Outro pressuposto da ciência é que ela mobiliza um valor em si, segundo Weber. A ciência é importante em si, segundo os cientistas. E o problema é que esse valor em si não pode ser demonstrada pelas regras da lógica e da metodologia.

Essa importância em si, diz Weber, também varia de acordo com a estrutura das diversas ciências. Ele toma como exemplo as ciências da natureza, como a medicina moderna. O pressuposto da medicina está em conservar a vida e diminuir o sofrimento. E, para Weber, isso é problemático. O médico pode manter vivo o moribundo mesmo que ele lhe implore pelo seu fim. Com isso, ele conclui que as ciências da natureza têm por pressuposto o que devemos fazer para ser tecnicamente senhores da vida. (WEBER, 1996). Mas, quando perguntamos se queremos ser senhores

da vida ou, se no fundo, ser senhor da vida tem algum sentido, as ciências da natureza nos deixam em suspenso e aceitam pressupostos com base no fim que perseguem. Nenhuma ciência é inteiramente isenta de pressupostos e nenhuma ciência tem a condição de provar o seu valor para quem rejeita o que ela pressupõe.

O caso de Anny e o canabidiol dialoga com a visão de ser tecnicamente senhor da vida. Também a doença de Anny, a CDKL5, por não ter nenhum tratamento disponível mobilizou que outros recursos fossem procurados a despeito de estudos conclusivos, o que estremeceu os pressupostos da ciência. Nessa rede de atores, alguns pressupostos se conectam com posições já consolidadas (o valor da vida) e mobiliza e estremece outras (o rigor técnico).

Antes de Latour e das controvérsias, talvez estejamos concebendo um momento de revolução da ciência, como mostrou Thomas Kuhn. Ele fala de uma insuficiência das diretrizes metodológicas para ditarem, por si só, uma única conclusão substantiva para muitas das questões científicas, mesmo que essa seja *a priori* a nossa expectativa. Podemos não saber exatamente o que esperar nem partimos de um objeto totalmente definido, mas imaginamos saber quais passos devem ser seguidos para que a verdade seja constituída.

O exercício da ciência, diz Kuhn, tem por base o pressuposto de que os cientistas sabem como funcionam o mundo. A ciência pode suprimir questionamentos revolucionários se esses subvertem o entendimento do mundo e seus compromissos básicos. No entanto, se esses compromissos, apesar de resguardados pelo tempo e pela tradição, guardam em si algum elemento de arbitrariedade, eles tendem a serem suprimidos pelos novos entendimentos e questionamentos com o tempo. Ele chama esse momento de revolução científica. "As revoluções científicas são os complementos desintegradores da tradição à qual a atividade da ciência normal está ligada" (KUHN, 2007).

Em artigo, o neurocientista Sidarta Ribeiro, do Instituto Internacional de Neurociência de Natal, acredita que um dos papeis da ciência para a humanidade é discernir as proibições realmente necessárias, daquelas motivadas pelo preconceito, pela fé ou pela ignorância. "Trata-se de tarefa capciosa, porque exige grande atenção às sutilezas dos argumentos, aos detalhes empíricos, e ao surgimento de dados novos", pontua. Para exemplificar a dificuldade desse papel, o cientista mostra uma

controvérsia científica sobre a maconha: primeiro, estudos que mostraram que a anandamida (um canabinoide endógeno) inibe o desenvolvimento de neurônios em ratos; depois, outras pesquisas mostraram que o THC sintético pode aumentar o número de neurônios no hipocampo. Com essa controvérsia, ele conclui:

> Há muito trabalho a fazer, até porque a ciência é propensa a reviravoltas. Por enquanto temos apenas uma constatação provisória: a maconha promove o surgimento de novos neurônios (RIBEIRO, 2005).

A SAÚDE E A MEDICINA

Em meio a demandas dos pais, o exercício da medicina se viu numa posição de incerteza, de não evidências. Ela não conseguia dar respostas que para a sua missão mais central — a de salvar vidas e a de aliviar o sofrimento. Com esse cenário, de ter a sua própria legitimidade questionada, ela foi questionar os seus métodos: a Medicina Baseada em Evidências, que estabelece que provas científicas rigorosas devem nortear tratamentos (ATALLAH; CASTRO, 1998). Com a história de Anny, foi precioso questionar se o método é válido para todas as situações ou se garante, por si só, a boa prática e atuação da medicina.

Ramires (2016) tem muitas críticas à medicina baseada em evidências. Ele faz parte de uma comissão de farmácia terapêutica em Belo Horizonte e cita que as evidências podem até garantir alguma padronização da prática, mas são muitas variáveis: muitas decisões ainda vão depender do médico. O fato de um medicamento ter sido registrado por um laboratório, não significa que ele tenha muitas evidências, estudos controlados. Ele cita um exemplo sobre o susto que levou quando foi levantar as evidências para o metilfenidato, a Ritalina, e também sobre como o medicamento é prescrito. Ele conta que as prescrições não estão relacionadas com critérios claros sobre o diagnóstico, que pode variar de acordo com o profissional e até a escola em que uma criança estuda.

> Vou te dar um exemplo: tinha uma prescrição baixa de metilfenidato, que é a Ritalina, em Belo Horizonte. O remédio representava lá um gasto x. De repente, a prefeitura contrata um novo pediatra pra trabalhar. E o que acontece? O medicamento que se disponibilizava para x usuários, passa a ser disponibilizado para 80x. E, quando você vai levantar evidência, você leva um susto em relação à Ritalina. Mas leva um susto mesmo. Porque não tem um décimo do que foi estudado com o canabidiol. É muito experimental. Se você digita no PubMed[71] você

[71] PubMed é uma plataforma que agrupa estudos científicos mantida pelo National Library of Medicine, nos Estados Unidos. A biblioteca é localizada no Instituto Nacional de Saúde americano (NIH, na sigla em inglês). São cerca de 26 milhões de citações da literatura médi-

> vai ver 4, 5 artigos. E não se sabe até hoje como funciona. E mais absurdo ainda é a sua prescrição. Porque se você pegar escola públicas na cidade você vai ver que tem mais de um milhão de transtornos, déficit de atenção e hiperatividade. E, aí, a depender da escola, você tem mais chance de ter o distúrbio em uma, que se estudar em outra. O diagnóstico é uma vergonha. Mas o que tem de criança tomando isso no município de BH... (RAMIRES, 2016).

Segundo Ramires (2016), muitas vezes a medicina cria doenças e, em decorrência disso, tratamentos são administrados desnecessariamente. Ele dá o exemplo da "Síndrome da Perna Inquieta", definida por ele como "o fato de uma pessoa ficar sentada mexendo um pouquinho a perna". A síndrome passou a ter CID[72] e tratamento, com a administração de 5 mg de topiramato.[73] Ele questiona: "Peraí, essa lógica tá correta? Essa que é a lógica que a humanidade precisa?".

Para Crippa (2016), não há concessões em relação às evidências. O cientista detalha que é preciso esgotar todos os testes para mapear benefícios e efeitos adversos, inclusive com canabinoides. Ele conta a história do rimonabanto, um medicamento utilizado para redução de peso. Como o canabidiol, a percepção sobre ele é que ele não causa dependência, mas o produto acabou sendo retirado do mercado porque foi associado a altos índices de suicídio.

> Qual foi a sacada do laboratório? Era um laboratório francês:[74] "Bom, se o THC é um agonista do receptor canabinoide, e a pessoa tem larica, tem muita fome; e se a gente fizer o contrário, colocar um antagonista desse receptor? Talvez tire o apetite". Esse remédio virou um blockbuster em pouquíssimo tempo. Foi aprovado na Europa. Não tinha sido aprovado no Canadá. Não

---

ca, entre revistas científicas e livros. Ver:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/#pubmedhelp.PubMed_Quick_Start

[72] Classificação Internacional de Doenças. Ver:
http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm

[73] Topiramato é um medicamento indicado para epilepsia e também para a profilaxia da enxaqueca. O Topiramato influencia vários processos químicos no cérebro, reduzindo a hiperexcitabilidade de células nervosas, que pode causar crises epilépticas e crises de enxaqueca. Ver:
http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=9614162015&pIdAnexo=2928322

[74] O laboratório em questão é o Sanofi-Aventis (FOLHA ONLINE, 2008).

> tinha sido aprovado nos Estados Unidos. Era um remédio incrível: não causava dependência, a pessoa perdia o apetite e ainda tinha certo bem-estar. Não era como os anorexígenos mais comuns. Só que começaram a ver que algumas pessoas estavam tendo depressão e vários casos de suicídio aconteceram no mundo inteiro. Imediatamente, a empresa foi obrigada a retirar os medicamentos do mercado. A agência europeia fez um alerta. Saiu em todos os jornais. No Brasil, a droga também foi retirada do mercado. Várias pessoas que faziam uso foram andando de farmácia em farmácia comprando caixas e caixas do que tinha sobrado pra levar para as suas casas, para manter o peso. Esse laboratório pagou milhões e milhões para essas famílias. Já havia algumas indicações [de potencial de suicídio] com o ensaio que eles fizeram com 3 mil pacientes, controlados com placebo. Bom, então você imagine que o canabidiol, a gente não sabe todos os efeitos dele. Precisa passar por todos esses graus de evidência. É fundamental que exista isso (CRIPPA, 2016).

Em uma reportagem sobre o medicamento na *Folha de S.Paulo,* é citato que o medicamento rimonabanto foi considerado seguro pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ele havia passado por todos os testes (FOLHA ONLINE, 2008). O questionamento que faço diante disso é que se a chancela da agência reguladora basta para que o medicamento seja considerado seguro ou se outros questionamentos devem ser feitos em face da produção de evidências. A disputa está somente entre produção de evidências e leigos ou a disputa está também entre o modo como as evidências são produzidas e aceitas pelas agências reguladoras?

Aranha (2016), nessas circunstâncias, vê que o médico deve agir como um jurista. Ele não pode abrir mão das evidências, mas age munido de princípios gerais, aplicados à individualidade do seu paciente, porque cada paciente é único. O médico vai ter que considerar os prós e os contras da decisão dele como médico, como faz um jurista. O especialista vai garantir não só o bem-estar individual, mas pensar também se esse bem-estar individual pode lesionar o outro. Aranha cita que, no caso do canabidiol, mesmo que não houvesse o padrão-ouro das evidências, no equilíbrio entre os custos e benefícios, o último superava o primeiro. Também, nesse caso, é preciso pensar em termos de uma autonomia discriminada, cita. A autonomia não dele levar a uma lesão, seja ela individual ou coletiva, nem deslegitimar a base do exercício da medicina: o de salvar vidas e garantir o bem-estar.

> Qual é a função do jurista? É a de ponderar entre a liberdade e a responsabilidade dos indivíduos na sociedade. Muitas vezes, se eu cedo uma liberdade indiscriminada, eu posso lesar o outro, e vice-versa. Se eu fizer apenas a paz social, os interesses sociais, eu posso coagir a liberdade individual. Então, cada caso é um caso, a gente tem que avaliar conforme o caso. É o que eu estava falando pra você. Foi feita uma resolução autorizando o uso do canabidiol porque, apesar de ser extraído da maconha, apesar de não ter grandes estudos científicos sobre isso, estudos preliminares [mostravam benefícios] e a doença era muito grave, então no custo-benefício, a doença foi maior do que o custo. Então o médico pode decidir livremente neste caso, pela autonomia de prescrever, se você pensar na autonomia de prescrever, ele se sente encorajado a prescrever. Mas ele sempre tem que pensar nos danos que aquela autonomia pode provocar no paciente. A autonomia dele pode provocar danos no paciente dele. Ele não pode ter uma autonomia indiscriminada (ARANHA, 2016).

A rede em torno do canabidiol mostrou que essa função de médico-jurista não é simples. Como definir em quais situações a autonomia vai ser indiscriminada? No caso da maconha, se eu entendo que há um dano social em relação a ela, como liberar para casos individuais? Os entendimentos sobre essas questões são tão diferentes que, mesmo dentro dos conselhos, houve divergências. O CFM fez uma resolução e uma regulamentação mais restritiva, enquanto que o Cremesp fez uma mais solta, sem considerar dosagens, por exemplo.

A medicina também atua no seu próprio tempo. Dentre a demanda de pais e uma regulamentação do conselho, se passou quase um ano — isso para um debate que teve forte comoção nacional. Mesmo em tentando atender a uma demanda individual, a medicina é mais lenta que a demanda, que é imediata, que quer diminuir o número de convulsões para ontem se possível. Tempo era algo que as famílias não dispunham. Mas a medicina, diz Aranha (2016) deve ser gradual. Para além do tempo, no caso do canabidiol, a regulamentação foi feita com base na gravidade das epilepsias e a medicina que definiu essa gravidade. Ainda, para o uso do canabidiol, não deve haver tratamento disponível — e isso não leva em consideração, por exemplo, se alguém pode estar tendo efeitos colaterais com a terapia e quer tentar outra opção.

> A incorporação de uma medicação pela medicina é gradual. Por que o canabidiol veio primeiro para a epilepsia e não para outras doenças neurológicas? Primeiro, porque existem mais evidências científicas de que ele funciona melhor nestas epilepsias. Segundo, que estas epilepsias são muito dramáticas, são crianças que não respondiam a nenhuma droga anterior e que tinham um prognóstico de vida muito fechado, muito ruim, inclusive com retardo mental. Então, veja, a gravidade da doença, mais as evidências iniciais de efetividade da droga, não tem porque a gente questionar. Agora, o canabidiol para outras doenças não está bem estabelecido. E as outras doenças já têm seus tratamentos convencionais que funcionam bem e a gravidade delas não é tão grande assim (ARANHA, 2016).

A perspectiva de uma demora da medicina e da ciência foi um aspecto citado em muitas entrevistas (BRITO, 2016; CARVALHO, 2016; FISCHER, KATIELE BORTOLI, 2016; HOWARD, 2016). Não havia tempo a perder e ninguém iria esperar todas as evidências, nem por uma regulamentação. Katiele Bortoli Fischer (2016) diz que há muita frustração dos pais de não conseguirem ter controle da doença. "Eles tentam os medicamentos, os anticonvulsivantes e não veem o resultado que gostariam. Já os médicos, possuem uma postura de esgotar todas as possibilidades", diz.

Howard (2016) foi uma das mães que se frustrou com esse difícil controle e decidiu administrar o canabidiol sozinha. Sua filha faleceu em janeiro de 2016, após uma severa crise, mas ela diz que, tem certeza que o canabidiol fez com que ela tivesse mais qualidade de vida enquanto viveu. Por meio do CBD, a família teve a oportunidade de saber quem Harper realmente era. Howard disse que encontrou apoio nos médicos, mas que, quando não há esse apoio, deve-se fazer "as coisas por si mesmo."

> Alguns médicos não vão te tratar porque eles têm dúvidas. Eles querem mais pesquisas. Médicos são diferentes de outras pessoas. Então, a partir daí, você tem que fazer as coisas por você mesmo. Depois do falecimento da Harper, eu decidi que foi o produto que deu a ela os melhores anos de sua vida. Não tenho como agradecer o suficiente à empresa pela oportunidade de poder saber quem ela realmente era (HOWARD, 2016). [75]

[75] "There are some doctors that are not going to treat you because they are questionable. They want more research. Doctors are different than others. So, from that, you basically have to do things by yourself. After Harper's passing, I decided it was the product that gave her

No Brasil, durante o debate sobre o canabidiol, enquanto pacientes tentavam resolver as coisas por si mesmos, entidades médicas e conselhos faziam ponderações sobre o composto e sobre a maconha. Uma delas foi a Academia Brasileira de Neurologia. O documento cita as evidências dos canabinoides em algumas doenças, como na epilepsia, na esclerose múltipla, no Parkinson e na dor neuropática. A academia também menciona que a maconha inalada pode provocar déficit cognitivo e, por isso, a conclusão da entidade foi no sentido de não indicar o uso da cannabis de forma recreativa.

> Parecem existir evidências de efeitos benéficos dos canabinoides em alterações do sistema nervoso central e periférico, porém, estudos de longo prazo devem ser realizados, com maior número de pacientes, com eficácia medida por instrumentos objetivos e seu uso a longo prazo ainda não é conhecido. O uso do canabidiol é indicado na falha terapêutica dos tratamentos já consagrados ou quando os mesmos apresentam eficácia insuficiente. O uso da cannabis de forma recreativa é contraindicada pela ABN (BRUCKI *et al.*, 2015).

Também a Liga Brasileira de Epilepsia e o Departamento Científico da Academia Brasileira de Neurologia emitiram um comunicado à imprensa e à sociedade em que afirma, após citar estudo, que o canabidiol não é milagroso. O documento enfatiza que não há um produto seguro fabricado por laboratório e sim um grupo heterogêneo de diferentes formulações de CBD, não havendo qualquer equivalência terapêutica entre os produtos. Com base em um estudo feito com o Epidiolex,[76] fabricado pela GW Pharmaceuticals, o texto diz não haver diferença entre a eficácia do canabidiol e outros fármacos existentes no mercado e salienta que o CBD

---

the best years of her life. And I cannot thank enough the company for the opportunity to know who she was."

[76] Epidiolex é um medicamento da GW Pharmaceuticals em desenvolvimento para o tratamento da epilepsia refratária. Segundo a empresa, o produto é fabricado com canabidiol purificado. O Epidiolex não está aprovado por nenhuma agência reguladora, mas o FDA permitiu o acesso expandido do composto a 420 crianças nos Estados Unidos. A droga também recebeu a designação de "fast track approval", quando medicamentos são priorizados para regulamentação no FDA. Ver: http://www.gwpharm.com/epidiolex.aspx. Para a designação de fast track, ver: http://www.fda.gov/ForPatients/Approvals/Fast/ucm405399.htm

"não tem esse efeito milagroso como evocado pelos leigos."

> Os dados científicos até agora disponíveis permitem concluir que o canabidiol não tem o efeito milagroso para todas as formas de epilepsia como evocado pelos leigos em relação a qualquer outro fármaco disponível no mercado, mas poderá desempenhar um papel importante no tratamento de epilepsias muito difíceis, em casos específicos, ainda não definidos cientificamente.
>
> A ABN e LBE solidariza-se com as famílias das crianças e adultos com epilepsia refratária, resistente aos fármacos antiepilépticos, compartilha e reconhece a realidade de que em muitos casos o médico assistente não possui opção terapêutica a oferecer, mas acredita que a segurança e eficácia do CBD necessitam ser melhor estabelecidas por estudos bem conduzidos, uma vez que os dados disponíveis na literatura atual não preenchem os critérios científicos exigidos para que tal composto seja utilizado como medicamento de **forma indiscriminada.** Ressalta também que o uso recreativo de cannabis para epilepsia é completamente contraindicado [negrito da nota] (LBE-ABN, 2014).

Também, quando publiquei a minha primeira reportagem sobre o caso na *Folha de S.Paulo* — que noticiava que Anny Fischer havia conseguido o direito de importar o canabidiol na Justiça — recebi, por e-mail, um comentário sobre a reportagem, assinado por Livia Cunha Elkis, do Departamento Científico de Neurologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo, e por Mário Roberto Hirscheimer, presidente da mesma entidade. O comentário cita uma revisão sistemática da literatura realizada pelo grupo Cochrane em 2012 com quatro ensaios clínicos randomizados e controlados mostrando que os estudos não permitem tirar conclusões a respeito da eficácia e da segurança do uso do CBD no tratamento da epilepsia em crianças e adolescentes. Essa conclusão do grupo foi feita com base em quatro estudos, que também foram considerados de baixa qualidade pela revisão (GLOSS; VICKREY, 2012). O comentário da Sociedade de Pediatria de SP questiona as famílias e pergunta se "é válido os pais exporem seus filhos a fármacos ainda não aprovados". O texto cita a possibilidade de efeito colateral em crianças pequenas, que podem estar associados ao atraso neuropsicomotor e à possibilidade de influência no desenvolvimento cerebral. Por fim, o comentário diz que médicos precisam saber mais sobre o CBD e enfatiza que a

ação dele se dá via neurotransmissores e que a maconha foi descrita como um gatilho para a psicose.

> Não podemos expor nossas crianças ao empirismo, vamos tentar fazer um esforço global e estudar esse composto de forma mais acelerada. A preocupação da SPSP referente ao caso publicado na matéria da *Folha de S. Paulo* "Justiça autoriza importação de remédio derivado de maconha para criança com epilepsia" é que muitos pais recorram a este tratamento sem orientações específicas e acabe por prejudicar ainda mais a situação de seus filhos (ELKIS, LIVIA CUNHA; HIRSCHHEIMER, 2014).

O texto foi escrito no começo da demanda de Anny Fischer pelo canabidiol, em abril de 2014, quase um ano antes da reclassificação do composto. Nesse momento, me parece haver um desconhecimento da natureza da gravidade das epilepsias nessas crianças, que já sofrem com atraso cognitivo e motor severo. O texto cita que o atraso poderia ser um efeito colateral do canabidiol e mostrou preocupações com o desenvolvimento cerebral de usuários. Essas crianças, no entanto, já sofrem com diversos atrasos no desenvolvimento. Também, nesse e-mail, há de fato uma confusão entre os efeitos do CBD e da maconha, já que estudos haviam demonstrados que o CBD não tem potencial de desencadear psicoses e funciona, inclusive, como um antagonista do THC (ZUARDI, 2016).

No mesmo período, a Associação Brasileira de Psiquiatria e psiquiatras a favor da legalização, como o professor da Unicamp Luís Fernando Tófoli, protagonizaram uma polêmica pública a respeito da legalização da maconha, fomentada pela demanda das famílias em relação ao canabidiol. Tudo começou quando o escritor Ruy Castro perguntou por que só advogados, sociólogos e ex-presidentes manifestavam-se a favor da legalização da maconha e nenhum médico. O questionamento foi feito na coluna de Ancelmo Gois no jornal *O Globo*. Em resposta, Tófoli enviou ao colunista um documento assinado por 86 médicos favoráveis, entre eles o ex-ministro da Saúde José Gomes Temporão (GOIS, 2014). Em resposta ao episódio, o presidente da ABP, Antonio Geraldo, rebateu dizendo que "Passamos anos esclarecendo os malefícios do cigarro, lutamos para reduzir o uso de bebida alcoólica, e a pergunta que

fica é: a quem interessa e por que a legalização da maconha fumada deve ser fomentada?"

A ABP protagonizou ainda uma outra polêmica na época. Depois de uma audiência pública no Senado sobre descriminalização, a ABP publicou uma nota em seu site em que Maria Lucia Karam, presidente da ONG brasileira Leap, foi chamada de bipolar. Na mesma nota, o neurocientista Renato Malcher, da UnB foi chamado de "botânico" e de "fraco". Depois de manifestações, a associação atribuiu as ofensas a uma invasão de hackers e a nota saiu do ar. A ABP foi vista como uma associação que não dialoga (MENEZES, 2014). Procurei Antonio Geraldo, presidente da ABP, algumas vezes para esse trabalho, e não consegui entrevista.

A Associação Brasileira de Psiquiatria, nas reportagens, era acionada pelos jornalistas quando se queria um posicionamento contra a maconha — e isso é comum, no chamado "outro lado".[77] Procurei a associação no mesmo contexto. Roberta Machado (2016) disse ter procurado também em circunstâncias similares. No meu primeiro contato com a associação, feita para o caso de Anny Fischer*, na Folha de S.Paulo*, expliquei o motivo do contato e perguntei se a associação tinha algum posicionamento sobre o canabidiol e o uso da maconha medicinal. A resposta dada foi: "já divulgamos posicionamento sobre a maconha" e um e-mail em que a associação se posiciona contra a legalização da maconha me foi enviado. Nele, a ABP cita dez razões para o seu posicionamento contrário a legalização. Entre eles, diz que a maconha causa sérios prejuízos à saúde entre adolescentes e que o Brasil já encontra dificuldades para fiscalizar a propaganda de cigarros e teria dificuldades para fiscalizar o marketing da maconha. Também, para a ABP, a maconha leva à perda cognitiva ao invés da redução de ansiedade, indiferença, ao invés de relaxamento, desmotivação, ao invés de paz interior, todos mais próximos da psicopatologia que do bem-estar (ABP, 2014). Por e-mail, informei novamente que não se tratava da maconha e não obtive resposta da Associação Brasileira de Psiquiatria. Segue o e-mail enviado:

> As informações às quais estamos tratando se restringe ao uso da maconha medicinal — e não da legalização da maconha. Há medicamentos à base da erva conhecidos por tratar, por exemplo, os efeitos colaterais na quimioterapia. Os Estados Unidos

[77] Ver nota 51.

> possuem 11 estados que aprovam o uso da maconha medicinal. O caso em questão trata de um medicamento à base de CBD (que não provoca alterações de comportamento), que é um dos 60 princípios ativos da maconha. O medicamento seria para síndrome CDKL5, problema genético raro que causa epilepsia grave e sem cura. O caso está sendo fortemente debatido nos Estados Unidos. E, no Brasil, uma brasileira tentou trazê-lo e não conseguiu retirar o medicamento. Segue o vídeo: https://www.youtube.com/watch?v=CtJJ1pzMKxs[78]

O silêncio da Associação Brasileira de Psiquiatra seria rompido meses depois, quando o canabidiol foi reclassificado pela Anvisa. Em janeiro de 2015, a instituição promoveria um debate para discutir especificamente sobre o canabidiol (ABP, 2015). Nas entrevistas para esse trabalho, a associação ou é citada como neutra, sem os atores se alongarem muito sobre o seu papel (CRIPPA, 2016; ZUARDI, 2016) ou é muito criticada (FIGUEIREDO, 2016; MARTINS, 2016; NEMER, 2016). Na família Fischer, o contato com a associação não é citado, e muitos atores só acompanham o seu posicionamento na imprensa. As maiores críticas à associação são feitas por pessoas ligadas ao ativismo da maconha e à demanda pelo autocultivo. Emilio Figueiredo (2016) diz que a instituição tende a se enfraquecer porque "vive em outra realidade" e menciona que conhece muitos psiquiatras que não compartilham a mesma visão da diretoria da associação.

> A ABP é um folclore. Eu tenho pena deles. Eles vivem em outra realidade. É uma instituição que vai enfraquecer, porque ninguém mais vai respeitar os psiquiatras enquanto a ABP tomar uma posição que também não é a dos psiquiatras que compõem ela. Eu já conversei com vários psiquiatras e essa é uma posição da diretoria da ABP, e não uma decisão do conjunto de psiquiatras que compõe a ABP. Então, quem está na diretoria hoje, está correndo o risco de desmoralizar a associação perante a sociedade. Eu vejo que é mais uma instituição que está tendo um papel ridículo, porque daqui a anos vai ficar muito feio pra eles. Vai ficar tão vergonhoso quanto o que jornais antigos divulgavam sobre a erva. A imprensa dizia coisas como "Veneno Africano", "Maldição dos Negros", "Vingança dos Espoliados". O *Globo* tem de se envergonhar por ter colocado isso na capa do

[78] Comunicação enviada por e-mail em 1 de abril de 2014 às 16:23.

> jornal. E eu acho que um dia a ABP vai se envergonhar de ter se posicionado dessa forma com a cannabis (FIGUEIREDO, 2016).

Enquanto conselho e associações se posicionavam sobre aspectos gerais e estudos clínicos na tentativa de influenciar a opinião pública, uma outra medicina passou a ser feita, à margem, com suas próprias leis e evidências. Médicos que prescreviam para condições que não seguiam a regulamentação do Conselho Federal de Medicina, médicos que doavam e mães que faziam medicina com suas próprias mãos.

Também, para o grupo que planta e distribui o óleo, há uma medicina canábica, que não é exata, que precisa de muitos cuidados, que começam ainda no plantio. *José Martins* (2016) conta que tentou três cepas de plantas ricas em canabidiol. Ele trouxe a planta da Califórnia, com 6 partes de CBD para uma de THC. O problema era que a planta era extremamente sensível. Se houvesse uma mudança de temperatura, ela mudava de sexo e o cultivador detalha que a cannabis muda de sexo em situações de estresse. Para *Martins* (2016), a Rede faz uma medicina observacional que começa no controle de qualidade das plantas e acompanha o efeito em usuários. Nemer (2016) diz que se trata de uma medicina milenar, que não pode ser comparada com uma droga sintética. Na USP, há várias críticas sobre o uso artesanal. Para os pesquisadores, é necessário saber exatamente a dose para o efeito terapêutico e isso só vai ser possível com o canabidiol puro (CRIPPA, 2016; ZUARDI, 2016). Para Ricardo Nemer (2016), no entanto, a USP e a Anvisa estão "distantes" e não querem resolver a situação das famílias.

> Eu estou falando de uma planta que tem 5 mil anos, que só não é utilizada medicinalmente na humanidade de 100 anos pra cá. Não se pode comparar com a fosfoetanolamina, que é uma molécula sintetizada. Então, é totalmente diferente. É um fitoterápico e mesmo assim é difícil. A gente está tentando entender esses paradigmas e ver onde questionar o que está sendo exigido. Eu, às vezes, fico deprimido com a impotência que eu tenho de poder ajudar. Parece que a gente embruteceu. É muito fácil pro presidente da Anvisa e pro cara lá da universidade dizer que não presta. Eu quero ver é acompanhar as melhoras das crianças que usam o óleo caseiro, entendeu? A felicidade das mães, dos professores. Eu acho que está faltando pra medicina, pra ci-

> ência, um pouco de humanidade. A partir do momento que eles olharem com um pouco mais de humanidade, eles vão compreender muita coisa (NEMER, 2016).

Além de se diferenciar dessa medicina feita à margem, a medicina praticada por médicos também tem suas peculiaridades e se diferencia da ciência. Aranha (2016) defende que a ciência tem uma ousadia que não deve ser confundida com o exercício da medicina. Ele diz que a ciência trabalha com hipóteses é criativa e propõe soluções. O médico pode até usar a ciência como um pano de fundo mas os pressupostos são outros porque o conhecimento será aplicado em um indivíduo. Só quando esse conhecimento é seguro, ele pode ser adaptado à realidade do seu paciente. Mesmo em defesa de que se tome muito cuidado com uma medicina sem evidências, Aranha (2016) pontua que a medicina sempre produziu remédios a partir de plantas que a princípio podem ser venenosas e que estamos vivendo um momento histórico menos positivista. A vida, diz ele, exige uma maleabilidade maior do que em meados do século 20 porque alguns preconceitos vão se tornando menores e a sociedade vai tendo valores distintos. Em nenhum momento, Aranha disse ter qualquer intenção de legalizar a maconha. Ele pensa, contudo, que a sociedade não deve colocar "a medicina como a última palavra em tudo."

> Nós, médicos, não somos cientistas, nós somos profissionais que cuidam da saúde das pessoas e nos alimentamos de várias disciplinas científicas, inclusive das ciências humanas (ARANHA, 2016).

Novas dimensões para a saúde

No mapeamento da rede, muitos atores levantaram questionamentos sobre como a saúde é tratada por instituições e defenderam que outras variáveis devem ser levadas em consideração — principalmente no que tange à proibição das drogas. Enquanto alguns atores consideram que decisões sobre a saúde devem privilegiar estudos clínicos e os malefícios de substâncias psicoativas ao organismo; outros consideram que aspectos como a criminalização e a proibição também devem ser encarados como problemas de saúde e, portanto, devem ser contabilizados nas decisões. Ramires (2016) vê o uso recreativo de drogas como um mal menor diante do proble-

ma de saúde pública que é o uso de drogas. Para ele, todas devem ser regulamentadas para que novas políticas possam ser pensadas. Já *Martins* (2016), vê que a questão recreativa deve ser encarada com seriedade — não pelos malefícios da maconha, mas pelos mortos que a guerra às drogas gera.

> Tem muita gente que quer cultivar e não pode. E por que eles não podem? Ah, pelo recreativo. Ah, deixa o recreativo pra lá! Não dá nem pra comparar álcool com cannabis. Tem que regulamentar tudo. Eu fiz um trabalho no consultório de rua de BH e você precisa ver lá a quantidade de hepatite B porque nego tá usando a seringa compartilhada. Não pode! Então vamos regulamentar as drogas injetáveis? A cidade de BH não tem 9 distritos? Será que não dá pra arrumar uma sala pra pessoa se drogar? Será que não é mais seguro pra sociedade como um todo? Do que ficar essas pessoas espalhando hepatite B pra todo o mundo? Será que todo usuário de droga injetável é absolutamente dependente? Quantas pessoas que fumam um cigarro de maconha vão continuar fumando e quantas pessoas tomam um copo de cerveja e vão continuar fumando? Entende? A sociedade tem que encarar as drogas de outro jeito (RAMIRES, 2016).

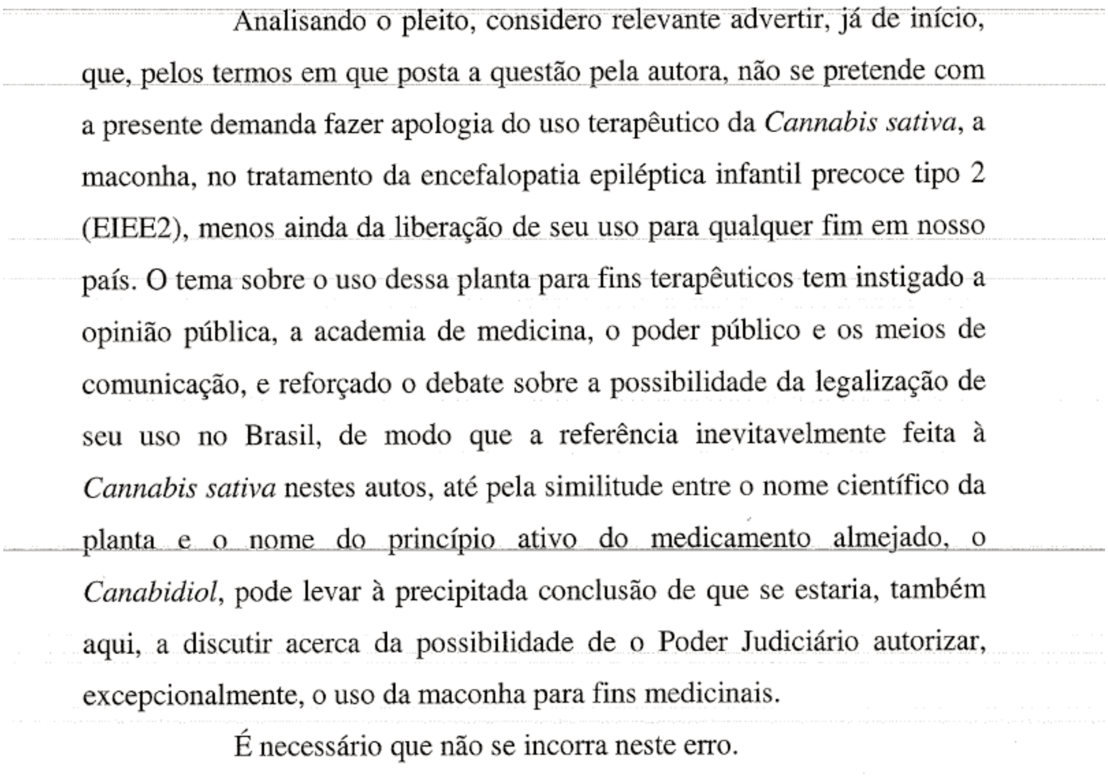
> Você vai ver que o problema de saúde pública é muito maior na questão recreativa. Você tem uma guerra em que pobres são mortos a cada dia. Pobres, pretos, favelados. Eu estava falando pra uma amiga. Eu estou aqui em Copacabana em frente à praia, se eu quiser acender um baseado... eu sou branco, classe média, de uma certa idade. Eu sento no banco e acendo um baseado a hora que eu quero, entendeu? Agora, se fosse pretinho, tivesse de bermuda e chinelo e fizesse isso, provavelmente iam me matar. É a grande realidade do Brasil (MARTINS, 2016).

Para Norberto Fischer (2016), a saúde deve ficar apartada desse debate porque a criminalização sobre a maconha envolve outras questões que a sociedade talvez não esteja preparada para enfrentar — como o preconceito em relação à raça e à pobreza. "É problemático esperar que o País veja isso de forma madura. São questões culturais que podem levar uns 30 anos", diz. Para ele, há uma urgência no uso medicinal que não há no uso no recreativo. Também Zuardi (2016) acredita que questões sobre a maconha dependem de decisões sociais e políticas — que é como a sociedade se posiciona em relação ao uso da planta. Não é uma decisão do âmbito da

medicina, diz ele. A questão médica é outra, tem a ver com uma definição terapêutica e essa discussão não tem que ser da planta, mas das substâncias extraídas dela.

De modo geral, esse mapeamento pontua que a medicina formada pelo corpo médico tem muita dificuldade de dialogar com outras redes e ontologias, mesmo que correlatas, mesmo com impacto direto sobre a saúde. A medicina, de fato, tem preocupações muito específicas, como a dose correta para o efeito desejado. Mas, para garantir à proteção a vida, outros diálogos precisam ser estabelecidos. Talvez a consideração de outras variáveis, como o alto custo ou o acesso a compostos proibidos, não possa ser feito somente pelos médicos e precisa da intervenção de outras instituições. No canabidiol, a Justiça tem um papel central para incentivar o equilíbrio dessas outras variáveis — e não só pela medicina.

JUSTIÇA E O INDIVÍDUO



Analisando o pleito, considero relevante advertir, já de início, que, pelos termos em que posta a questão pela autora, não se pretende com a presente demanda fazer apologia do uso terapêutico da *Cannabis sativa*, a maconha, no tratamento da encefalopatia epiléptica infantil precoce tipo 2 (EIEE2), menos ainda da liberação de seu uso para qualquer fim em nosso país. O tema sobre o uso dessa planta para fins terapêuticos tem instigado a opinião pública, a academia de medicina, o poder público e os meios de comunicação, e reforçado o debate sobre a possibilidade da legalização de seu uso no Brasil, de modo que a referência inevitavelmente feita à *Cannabis sativa* nestes autos, até pela similitude entre o nome científico da planta e o nome do princípio ativo do medicamento almejado, o *Canabidiol*, pode levar à precipitada conclusão de que se estaria, também aqui, a discutir acerca da possibilidade de o Poder Judiciário autorizar, excepcionalmente, o uso da maconha para fins medicinais.

É necessário que não se incorra neste erro.

Figura 16: Trecho de decisão que concedeu à Anny o direito de importação do canabidiol. Processo: 24632-22.2014.4.01.2400

O documento acima refere-se à decisão do juiz Bruno César Bandeira Apolinário, que autorizou a família Fischer a trazer o canabidiol para o Brasil no dia 3 de abril de 2014 (BRASIL. JUSTIÇA FEDERAL - SEÇÃO JUDICIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL - 3A. VARA, 2014).[79] A distinção entre o canabidiol e a maconha já foi feita desde o início: o uso medicinal não deve ser confundido com a demanda pela legalização da cannabis sativa. A decisão relata as informações presentes no processo, como o laudo de Zuardi sobre o canabidiol não induzir à dependência e ter efeito neuroprotetor e antipsicótico. Há também descrições de médicos de Anny mostrando a diminuição de número de convulsões. O juiz ainda faz a ressalva de que, mesmo que o efeito benéfico ainda dependa de mais estudos, as informações de

[79] Ver anexo "Decisão Justiça Anny Fischer — Processo 24632-22.2014.4.01.2400", p. 297.

especialistas altamente gabaritados devem ser tidas como suficientes para o embasamento da decisão.

A Anvisa é ré no documento, mas o juiz salienta que não há razões para criticá-la porque a importação em questão (a do canabidiol) era de composto desconhecido no mercado brasileiro. O juiz também reconhece que a agência tem a prerrogativa de prosseguir com as investigações, mas que, em virtude da razão da complexidade da sua missão, a experiência tem demonstrado que os procedimentos são demorados e, por essa razão, não há como fazer Anny esperar indefinidamente até a conclusão dos estudos sem que isso lhe traga prejuízos irreversíveis. O texto da decisão argumenta que, em face dessas questões, é necessário adotar uma solução intermediária, que contemple o interesse da vida. Por fim, o juiz decide que a agência, ao impedir o acesso ao composto, estaria contribuindo para o declínio do estado de saúde da Anny e, portanto, negando a sua missão enquanto autarquia: que é a garantia da proteção à vida.

> Ao se impedir a importação e o consumo imediatos do medicamento pela autora, está a Anvisa, em verdade, contribuindo para a involução do estado de saúde da paciente e para o incremento exponencial do risco de morte, o que representa, claramente, a negação mesma do fim último daquela autarquia, que, como visto, é o de proteção da saúde e da vida (BRASIL. JUSTIÇA FEDERAL - SEÇÃO JUDICIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL - 3A. VARA, 2014).

No caso de Anny Fischer, a Justiça tem o papel de pensar sobre o seu direito individual — o que o lugar institucional da Anvisa, do CFM e da própria USP não conseguiam fazer. A agência deve pensar sobre a regulação sanitária de todo o País, o conselho sobre o modo como os medicamentos são prescritos e a USP deve se ater à pesquisa e à comunicação de seus resultados à sociedade. A decisão, assim, conseguiu representar o direito da Anny sem imputá-la um dever "exemplar" de representar o papel dessas instituições: Anny não é responsável por todos os compostos produzidos no País, nem pelo modo como os médicos atuam e o canabidiol estava funcionando para ela, independente do que as evidências poderiam indicar.

Essa função da Justiça, a de representar o direito individual, é vista como fundamental por alguns. Emílio Figueiredo (2016) acredita no entendimento da Justiça ao lançar mão da defesa de cultivadores e de pacientes da maconha medicinal. Em suas defesas, ele alega que a saúde está acima de tudo e que a defesa da vida deve se sobrepor à proibição das drogas. Também a permissão de uso em um caso concreto, além de ser benéfico para aquela pessoa individualmente, vai atender à lei antidrogas porque vai incidir sobre aquele caso específico — e não será preciso uma mudança da lei para isso. Usando essa argumentação como base, o advogado diz que até hoje não viu um caso de uso de maconha medicinal ser indeferido. No caso do autocultivo, ele relata, não há autorização para cultivar, nunca se conseguiu, mas quando as pessoas são pegas cultivando e o fizeram para uso medicinal, há chances de não serem presas.

Também Fernando Silva (2016), que faz a defesa de cultivadores e ajuda em pedidos de custeamento do CBD pelo SUS, diz que a maioria dos pedidos dá certo quanto há documentação e laudos médicos. As dificuldades que surgem são mais burocráticas, seja pelo valor da importação, seja pelo SUS, que acaba não fornecendo. Sobre o autocultivo, ele afirma que o entendimento da Justiça varia e vai depender muito das circunstâncias de quem é pego. Metade, a Justiça entende que é para uso próprio — e o restante entende que é traficante, mas não dá uma pena tão alta. No caso de sementes, há um consenso e uma prática de não considerar tráfico, mas um ou "outro juiz sem noção mantém o processo".

De modo geral, as avaliações dos atores em relação à Justiça são positivas. Fernando Silva (2016) diz que ela tem um papel importante de fazer um contrapeso e uma interpretação de um caso mais concreto de quem fez a demanda, e não tem a prerrogativa de pensar na nação inteira (SILVA, 2016). Crippa (2016) analisa a decisão do juiz que atendeu ao caso da Anny como uma aula de "bom senso". A Justiça é uma das poucas instituições que o Emílio Figueiredo (2016) vê como positiva em relação ao uso da maconha medicinal. Ele vê que os juízes são sensíveis à situação das crianças e também acredita que a decisão da Justiça, de autorizar a importação do canabidiol para Anny, contribui para pressionar a Anvisa pela reclassificação.

Na medicina, no entanto, a Justiça nem sempre é vista com bons olhos e alega-se que, em alguns casos, ela não tem competência técnica para a tomada deci-

sões. Aranha (2016) diz que, quando um juiz se alimenta de dados científicos e atua com prudência em um caso individual, está exercendo bem o seu papel social. O problema se dá quando a decisão não é balizada por peritos e a decisão individual da Justiça acaba comprometendo outras instituições, como no caso de recursos públicos do Sistema Único de Saúde. Ainda, ao atender a demanda individual, o juiz pode gerar um precedente para aquele medicamento, gerando uma avalanche de processos judiciais que podem onerar os recursos públicos. Se por um lado, muitos dos novos medicamentos são incluídos por meio dessa demanda; por outro, há um desequilíbrio de recursos que acabam indo para quem tem condições de entrar na Justiça para conseguir o medicamento (ARANHA, 2016).

> O juiz pode responder intempestivamente ao desespero do paciente e das famílias e tomar decisões que, além de não serem baseadas em evidências científicas, comprometem a equidade na distribuição dos recursos públicos. É o que acontece muitas vezes. Isso está acontecendo com a fosfoetanolamina. Mesmo que ela não seja tão cara, quando um juiz decide que um médico tem que ministrar a fosfoetanolamina sem ter parâmetros científicos para isso, é algo que não é racional, que não é pensado de uma forma racional, é muito intempestivo. Há tratamentos caríssimos para câncer que o Estado é obrigado a pagar para o usuário do SUS e aquele remédio ainda não está suficientemente balizado em experiências científicas. Aí, eu acho que a judicialização é arriscada. Não dá para dizer que a intervenção não é nociva, ela é nociva quando ela não é balizada numa racionalidade técnica (ARANHA, 2016).

Diferente de Aranha, o advogado Fernando Silva (2016) acredita que o juiz tem competência dentro do seu entendimento e confia nos documentos apresentados pelos atores interessados. Para ele, a competência técnica do juiz está em fazer valer a prevalência da Constituição Federal, do direito à saúde, a dignidade e não vai se ater a questões burocráticas, que ficam a cargo da Anvisa ou do Senad. Silva enfatiza ser importante a interpretação jurídica dos casos, e que elas dão um entendimento razoável dos conflitos em sociedade, mas que o difícil é fazer a coisa "caminhar no mundo real, fora dos papéis".

Com relação à importação do canabidiol especificamente, embora a Justiça tenha concedido liminares para que o SUS custeie o CBD, a sua atuação pode sofrer

represálias de governos. Em São Paulo, o episódio em que o não fornecimento do canabidiol levou a um pedido de prisão de David Uip, secretário da Saúde do Estado, e Marcelo Castro, ministro da Saúde, provocou uma reação firme da Secretária de Saúde. Após o episódio, a secretaria anunciou que vai criar uma comissão para conter o avanço de ações na Justiça; e, durante o anúncio, nota da assessoria do órgão explicitou ser um absurdo o pedido e prometeu combater o fenômeno da judicialização da saúde. O governo do Estado de São Paulo relatou que gasta cerca de R$ 1 bilhão por ano para atender a essas demandas — valor acima de todo o atendimento do SUS no Estado em assistência farmacêutica, que é da ordem de R$ 600 milhões. Ainda, do total de receitas atendidas via ação judicial, 69% são de médicos da rede privada de saúde (SAÚDE!BRASILEIROS, 2016).

> Nos casos de decisões arbitrárias e abusivas, como aquelas que afrontam prazos de importação estabelecidos pela Anvisa (ou indicam medicamentos experimentais), queixas formais serão realizadas pela pasta junto ao Conselho Nacional de Justiça. Na semana passada o Ministério Público Federal chegou a pedir a prisão do secretário David Uip caso o Estado não entregasse canabidiol para nove pacientes do município de Marília. Uma juíza da região de Bauru chegou a estabelecer prazo de 48 horas, sob ameaça de pedir a prisão do secretário, caso o mesmo medicamento, que leva atualmente mais de três meses para ser importado, conforme as normas da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), não chegasse para paciente do município de Ourinhos, no interior paulista (SECRETÁRIA DE SAÚDE DE SP, 2016).

Mesmo em meio a todas essas controvérsias, a Justiça na rede tem uma atuação singular por tentar equilibrar a demanda individual com questões de interesse público. No caso do canabidiol, se no começo da controvérsia, a questão era sobre garantir que pacientes tivessem acesso ao composto, mesmo sendo ele proibido; hoje, o dilema está em liminares que buscam que o SUS pague pelo canabidiol. Há relatos de muitas liminares que não são cumpridas, mas ainda assim, a Justiça tem uma atuação de encurtar o distanciamento entre instituições e indivíduos. Também é na Justiça que muitos atores depositam suas expectativas em relação à uma regulamentação da cannabis medicinal. Por meio dela, a tensão entre a "rede visível", representada pelas instituições, e a rede "invisível", representada por leigos e cultiva-

dores, tende a ser mais compreensível. Foi a Justiça que nos ajudou a entender, por exemplo, o que estava em jogo no caso de Anny e nos mostrou que a proteção à vida deveria prevalecer. Ela também pode ajudar a estabelecer movimentos e consolidar conceitos e, com isso, contribuir para a formação de novas redes.

Capítulo 7 — As redes futuras

É difícil fazer um capítulo para apontar caminhos. Uma característica marcante da rede é a sua transitoriedade e fazer qualquer projeção futura sobre ela é lhe imputar uma solidez que ela não possui. As redes se formam por necessidades, valores, diálogos e esses são os rastros que deixam. A depender do que é posto em primeiro plano ou silenciado, esses processos podem ressurgir. É a partir deles que faço aqui um exercício de mostrar o que porventura pode ajudar a formar futuras redes. Eu tinha uma dúvida de como o CBD foi regulamentado sem uma discussão mais específica sobre a cannabis sativa. Falei dos diálogos formados e dos que não foram. A partir disso, percebi que noções sobre o prazer e diferenças entre o uso medicinal e recreativo permearam os critérios para a formação ou não de associações. Falo delas nas próximas páginas. E ainda há a maconha. Qual a expectativa dos atores em relação a ela?

O PRAZER É PROIBIDO

Nas reportagens que escrevia para a *Folha de S.Paulo*, eu tinha uma definição para o canabidiol: "um dos 80 princípios ativos da maconha que não possui efeito psicotrópico". Utilizei na primeira reportagem que fiz, com base na liminar que havia sido concedida à Katiele para a importação do CBD, e ela perdurou desde então. A definição fazia uma alusão ao fato do canabidiol não ser tóxico e não causar dependência. O conceito também foi utilizado por outros jornalistas, como na reportagem do *Fantástico.*

> A gente fez uma arte… foi um ponto importante. Nas primeiras conversas sobre a pauta, a gente falou disso: "temos que esclarecer que são coisas diferentes, que agem de maneira diferente no cérebro inclusive". E eu me lembro que a gente fez isso e explicou que não tinha esses efeitos, né? (PERES, 2016).

Como muitos repórteres, eu dizia que o canabidiol não tem efeito psicotrópico, mas eu descobriria mais tarde que talvez não fosse bem assim... A palavra psicotrópico é composta de duas outras: psico e trópico. O Cebrid (Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), ligado à Unifesp, tem uma ótima definição para o termo. "Psico é fácil de se entender, pois é uma palavrinha grega que significa nosso psiquismo — o que sentimos, fazemos e pensamos, enfim o que cada um é — (...) e a palavra trópico relaciona-se com o termo tropismo que significa ter atração por. Então, psicotrópico significa atração pelo psiquismo e drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o nosso cérebro, alterando de alguma maneira o nosso psiquismo". O texto diz ainda que as alterações sobre o nosso psiquismo nem sempre acontecem no mesmo sentido e direção e vão depender do tipo de droga ingerida e de quem as ingere (CEBRID, [S.d.]).

Considero hoje que a definição do CBD ser psicotrópico era superficial e o que mais me intriga era que essa definição bastava, como se encerrasse todos os benefícios que o CBD pudesse possuir. Também dava a entender que o efeito terapêutico passava por aí. Eu não dizia: "substância com potencial efeito antiepilético ou anticonvulsivante". Essa não era a definição. Ao longo do texto, eu até mencionava que

a família Fischer estava utilizando o composto com benefícios. Eu poderia ter questionado o que realmente significa ser psicotrópico, e se isso era relevante para todas as circunstâncias, mas não o fiz. Não há um mau intrínseco em ser psicotrópico. Tudo vai depender dos efeitos a longo prazo, de como a droga se comporta no organismo e se há, por exemplo, um histórico prévio de doença mental e de abuso de substâncias.

> Esse termo psicotrópico é muito usado. Na verdade, ele [o canabidiol] tem efeito psicotrópico, o que ele não tem é efeito psicomimético, que a gente chama de efeito capaz de induzir psicose, como as alterações de percepção que o THC produz em doses altas (ZUARDI, 2016).

> Com relação ao CBD, ele tem uma ação psíquica. Talvez não seja psicoativa e sim psicopassiva, mas a substância vai mexer com o seu corpo. Essa nomenclatura de psicotrópico é só uma palavra que deixa tudo meio superficial. Toda droga tem seus possíveis benefícios e seus malefícios e vai de alguma forma alterar o seu corpo (SILVA, 2016).

Ao olhar esses diferentes diálogos construídos depois da reclassificação do canabidiol, percebo que a descrição dele não ser psicoativo era usado como suficiente para descrever que ele "era do bem". Hoje, contudo, os diálogos começam a ser mais complexos — talvez porque a reclassificação permitiu com que as descrições saíssem de uma pauta específica (ajudar as crianças com a importação). Como a reclassificação ocorreu, as arestas começam a ser melhor entendidas porque os atores têm consciência dos discursos que tiveram que silenciar e das redes que precisam ser formadas para que a discussão vá além da reclassificação. À época, me parece que alguns consideraram que se alongar sobre esse aspecto psicotrópico seria fugir do tema, como muitos consideraram que, para falar de canabidiol, não era preciso falar de maconha. É no mínimo curioso, entretanto, perceber que um dos fatores de distinção do canabidiol era pelo fato dele não causar o "barato" e essa definição, em muitos casos, ser o suficiente. Além de parecer que o psicotrópico tem um efeito "do mal", a definição parecia indicar que compostos psicotrópicos são automaticamente não terapêuticos. O fato de uma substância ser psicotrópica pode lhe conferir um efeito, digamos, indesejável (ou desejável, para outros) mas isso não exclui o seu po-

tencial terapêutico (como é o caso de benzodiazepínicos e tantos outros). O possível malefício ou não vai depender das circunstâncias. Para além disso, o CBD importado tem porcentagem de THC, que é um composto com maior potencial para alterações sobre o psiquismo. Com isso, no caso de enfermidades como a de Anny, pergunto-me se o fato do CBD ser psicoativo ou não, era um fator terapêutico importante a ser considerado. Poderia até o ser para a reclassificação em si, mas não para o caso dessas crianças. A doença é gravíssima e compromete inteiramente o desenvolvimento. Se um médico fosse atuar como jurista nesse caso, como disse Mauro Aranha (2016), e equacionasse o efeito benéfico com o custo, o efeito psicoativo faria muita diferença em face do benefício em uma doença que é a causa da deficiência intelectual e do autismo de muitas dessas crianças? Faz diferença que pacientes terminais tenham alterações de comportamento?

Figura 20: Arte do *Fantástico* mostra que canabidiol não causa alterações de comportamento, nem dependência. Reprodução 30/03/2014

Creio que a definição do CBD não ser psicotrópico era mais relevante para a sua reclassificação e para aceitação social das decisões institucionais que estavam sendo tomadas. Não era um argumento necessário para o seu potencial terapêutico. O uso desse efeito sem maiores discussões, no entanto, contribuiu para que se reforçasse preconceitos com tudo o que é psicoativo. Ninguém comentava, por exemplo,

"olha, o CBD tem até uma porcentagem de THC, e hoje em dia é difícil saber se os produtos que chegam têm um teor ao ponto de não se aferir qualquer efeito alucinógeno, mas em face do que essas crianças passam e dos benefícios descritos, é um custo que pode ser pago". O discurso, teria sido mais próximo da realidade do que o "CBD é uma substância que não tem efeito psicotrópico". Houve uma geral hesitação para a formulação dessa ideia, inclusive minha.

> Jornalistas faziam questão de enfatizar que o CBD não tinha efeito alucinógeno. No começo, em todas as reportagens, eles faziam questão de deixar isso claro. Eu acho que era até uma maneira de acalmar a população, que devia pensar: "como assim, estão dando maconha pras crianças?" (FISCHER, KATIELE BORTOLI, 2016).

Ao não me perguntar sobre o que significava essa ênfase no fato do canabidiol não ter efeito psicotrópico, talvez eu tenha caído numa estratégia. Norberto Fischer (2016) conta que a família foi treinando e amadurecendo o conceito e a definição do CBD. Eles sempre pensavam sobre qual seria a melhor forma de transmitir a informação e na medida em que percebiam uma melhor aceitação do tema, passaram a mudar a forma de falar. Falavam primeiro em canabidiol, depois em CBD, depois que o CBD vem da maconha e depois em uso terapêutico da cannabis.

> Se no primeiro momento a gente falasse que queria usar a maconha como remédio, já daria um impacto e seria uma coisa muito negativa; então, a gente teve esse cuidado de maneira consciente desde o início. Amadurecemos a forma de falar. A gente falou "ninguém fala canabidiol, quando alguém falar canabidiol, a gente diz que é canabidiol da maconha". Então, a gente foi evoluindo o discurso. Passava uns meses, a gente mudava e a palavra maconha ficava no final; e depois pensávamos que poderia colocar no início e depois que não tínhamos mais o que esconder (FISCHER, NORBERTO, 2016).

O argumento do canabidiol não ter efeito psicotrópico, diz Fischer (2016), foi feito na época da reclassificação, como o argumento cabal final para aquele que ainda estava preocupado, porque "relaxa, canabidiol não tem efeito psicoativo", pontuou. Ao selecionar o que dizia, Norberto Fischer (2016) dialogava com a ideia de que

a sociedade talvez não aceitasse muito bem a maconha e, na esteira, o efeito psicotrópico. Por isso, fazia uma seleção prévia para tentar passar a mensagem no tempo certo. A percepção de Fischer é compartilhada por outros. Margarete Brito (2016) afirma perceber um tabu, mesmo dentre as famílias que utilizam o canabidiol para fins terapêuticos. "Muitos pais nem conseguem falar direito a palavra maconha", afirma.

Por trás do tabu da maconha e da hesitação em discutir mais profundamente quais são os malefícios para a saúde de substâncias que provocam alterações de comportamento, sinto a necessidade, a partir desse mapeamento, de pelo menos questionar e apontar que é preciso olhar mais atentamente sobre as ontologias que estão por trás dessa hesitação e desse tabu. Porque há a dificuldade de se falar "maconha"? Qual o problema com o efeito psicotrópico? Por que as pessoas não podem alterar o seu comportamento? Por que há certo descaso com o uso recreativo, como se ele não merecesse ser discutido, ou fosse menos importante?

Para Fernando Silva (2016), o tabu por trás do efeito psicotrópico ocorre porque o Brasil sofre de um "moralismo hipócrita" que "prejudica muita gente" e tem problemas com as diferentes dimensões de prazer. Silva afirma que qualquer postura de quem assume o prazer fora dos padrões é alvo de críticas e de exclusão e com a droga não poderia ser diferente. Fernando gosta de afirmar o seu prazer e salienta que, como ele, muitos são condenados por isso. "Seja a mulher que tem uma vida sexual mais ativa, seja o homem ou a mulher homoafetivos, seja o transexual, seja o maconheiro, seja a pessoa que gosta de comer e não está nem aí com o fato de estar acima do peso", afirmou. Em entrevista no seu escritório de advocacia no centro de São Paulo, Fernando Silva me recebeu de chinelo e bermuda e destrincha também sobre o preconceito com essa escolha.

> Eu sou um cara que gosto de afirmar muito o meu prazer. Gosto de andar de chinelo mesmo, embora eu seja advogado. Se eu puder atender meu cliente de chinelo, eu vou atender, só que eu pago um preço muito alto por isso. A livre expressão dos corpos e o exercício do prazer fora da caixinha é bastante condenado. Mas se você trabalha e gasta seu dinheiro com roupas, compra o carro do ano, vai a restaurantes e compra mil presentes você é admirado. O prazer dentro do padrão é motivo de admiração (SILVA, 2016).

O tabu sobre as drogas e sobre as alterações de comportamento, segundo Fernando Silva, tem sua raiz no problema da sociedade brasileira em aceitar o exercício do prazer fora de um padrão. E, a partir da fala dele, pergunto-me se a questão é sobre o prazer especificamente ou se é sobre a autonomia no exercício desse prazer. Ou se as coisas se misturam, como se uma pessoa não pudesse ter prazer demais porque a livre prática desse prazer implicaria no exercício "exacerbado" de sua liberdade. Pois bem. E qual seria o problema do exercício da liberdade? Sabemos que a vida social é formada por regras de conduta e de convívio que formam a sua base e a soberania individual deve acontecer dentro dessas regras porque, do contrário, não é reconhecida ou é desestimulada. Assim, seria, então, o constrangimento sobre o exercício do prazer uma maneira da sociedade achar que está garantindo a sua sobrevivência?

A droga é essa instância que dilacera as instituições modernas e a vida social. Ela é a negação do trabalho e da família. O seu efeito alucinógeno é a negação da razão. Ela também é a controvérsia em si mesma porque deixa evidente as crises da sociedade moderna: a doença mental, as crises familiares, os problemas com o trabalho. Ela se insere num contexto de metacontrovérsias porque uma crise alimenta a outra: o toxicodependente gera problemas para as famílias, mas as famílias também geram o toxicodependente. O fenômeno droga tem, simultaneamente, esse poder instigador e revelador da crise dos fundamentos da modernidade e do Estado (FERNANDES, 2009). Caberá à sociedade resolver se vale a pena continuar constrangendo autonomias para garantir a sobrevivência daquilo que ela não quer enxergar ou tem medo. No limite, essas controvérsias não só deixam mais visíveis ontologias, métodos e as bases institucionais, elas desafiam as próprias bases da vida social. Mas não é necessário ir tão longe. Uma rede futura, por exemplo, poderia começar a se questionar no que se basearam as convenções da ONU e por qual motivo esses tratados se perpetuam entre os estados-membros.

Recreativo não pode

> Você já viu alguém fumar maconha pra fazer recreação? Eu não conheço ninguém. É a mesma coisa que falar que beber uma cerveja é recreativo. Não existe. Eu conheço o uso social da cannabis, o uso social do álcool, e mesmo assim — no caso da cannabis — esse uso só é social nas primeiras vezes. Aquele cara que fuma todo dia, que tem o hábito, que tem o ritual de fumar cannabis. Ele não está fazendo o uso recreativo. Ele faz o uso medicinal. E esse uso medicinal está de acordo com a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, que a define como o bem-estar psicossocial e não somente a ausência de doença. Então, essa questão de uso recreativo, para mim, é uma invenção da proibição para poder falar: "ah, o pessoal quer jogar ping pong com a cannabis, quer jogar uma sinuca com a cannabis". Não tem recreação (FIGUEIREDO, 2016).

Para além da separação entre canabidiol e maconha, há uma segunda controvérsia mapeada: a distinção ou a aproximação entre o uso recreativo e o uso medicinal da maconha. Alguns entrevistados pontuam que os usos estão separados, pelo menos institucionalmente (CHIORO, 2016; MAXIMIANO, 2016; OLIVEIRA, 2016). Já no ativismo canábico, o uso recreativo é medicinal na medida em que proporciona bem-estar e relaxamento para quem o usa (CARVALHO, 2016; FIGUEIREDO, 2016; MARTINS, 2016). Para Norberto Fischer (2016), ambos os usos (recreativo e medicinal) estão separados e juntos, a depender do ponto de vista de quem está avaliando. Diferente de Figueiredo (2016), ele acredita, no entanto, que confundir o recreativo com o medicinal é complicado porque algumas substâncias podem simplesmente fazer mal para a saúde, como o álcool, e esse uso não pode ser recreativo. Para Cidinha Carvalho (2016), o uso recreativo da maconha não é muito diferente da prescrição de um Rivotril ou de um Lexotan[80] e, nesse sentido, o seu uso é tão medicinal quanto.

[80] Rivotril ou Clonazepam é um medicamento da classe de benzodiazepínicos, que pode levar à dependência física ou psíquica. Indicado como ansiolítico ou anticonvulsivante, há crises de abstinência com sintomas como psicoses, ansiedade extrema e dores musculares. Despersonalização e alucinações são outros sintomas. Já o Lexotan, ou Bromazepam, é um ansiolítico indicado para transtornos de ansiedade. Também é da classe de benzodiazepínicos com sintomas similares ao Rivotril. Ver bulário Anvisa: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp

> Deixa ver se eu consigo te explicar. Por exemplo, a pessoa que quer curtir somente o uso recreativo, ela quer fumar o cigarro e começa a tentar justificar o seu uso dizendo que fumar é terapêutico porque provoca relaxamento. Eu acho que a estratégia não é bacana. Por que eu acho que a estratégia não é bacana? Primeiro, porque a pessoa perde a credibilidade. Eu acho que a pessoa precisa ter clareza daquilo que ela quer. Quando ela tenta pegar uma outra coisa para justificar algo que não é totalmente justificável, isso não é bacana. Por exemplo, é a mesma coisa que alguém falar que tomar um copo de whisky no final do dia é terapêutico. Às vezes não é. O cara é alcoólatra. Todo dia ele toma um litro de whisky e não pode dizer que está tomando isso porque é terapêutico, porque relaxa e vai dormir bem. Então, assim, eu acho complicado. "Ah, vamos liberar o álcool, vamos incentivar inclusive tomar o álcool porque tomar álcool é terapêutico". Não é. Tomar álcool faz mal para a saúde. Não estou dizendo que fumar maconha faz mal para a saúde. Só estou fazendo uma correlação (FISCHER, 2016).

> Você pode fumar para sair da depressão e também pode ir para a farmácia. Existe a situação, por exemplo, que alguém quer relaxar porque está muito cansado. Tem a pessoa que vai lá e fuma e tem a pessoa que vai comprar o remédio na farmácia. Se a pessoa quer esquecer um pouco da vida ou é insone ou outras coisas ou quer ter mais criatividade, ela vai lá na farmácia e compra tudo. E aí quem fuma faz uso recreativo e quem vai à farmácia faz uso medicinal? Há pessoas que falam "eu uso o recreativo, porque eu gosto de me sentir bem".... pô, se sentir bem é o quê? Não é a mesma coisa de um médico passar uma prescrição que você vai usar Rivotril ou Lexotan pra você se sentir melhor. E aí, qual a diferença? É como eu te falei, é muito rotulado. Eu acho que cada um tem o direito de viver como quer, não estou fazendo mal a ninguém, não estou lesando ninguém. Eu estou falando isso mas eu não fumo não, tá? (CARVALHO, 2016).

Um exercício interessante para explorar essa discussão é, antes, fazer uma análise entre a diferença de algo ser terapêutico ou recreativo fora do contexto de substâncias químicas ou psicotrópicas. Dá para pensar sobre o monopólio do hospital no cuidado com a saúde que, no limite, é um consequência do monopólio do Estado sobre a vida dos cidadãos (FERNANDES, 2009). Dá para pensar sobre questões

de autonomia no cuidado com a saúde. Também dá para pensar no contexto de determinantes sociais da saúde, que analisam que noções de que renda e bem-estar são importantes para a saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Assim, se entendemos que os indivíduos têm autonomia para determinar o curso de sua própria terapia, se entendemos que o hospital não está necessariamente no centro do cuidado, e se entendemos que noções de saúde englobam também uma noção de bem-estar e lazer, a fronteira entre o medicinal e o recreativo vai ficando mais turva. No contexto das substâncias psicotrópicas, no entanto, isso ganha um outro contorno. Independente da autonomia do indivíduo sobre o curso de sua própria terapia e, no limite, sobre a sua própria vida, há, em algumas substâncias, o potencial de vício e dependência. E dependência é um problema de saúde.

Talvez a dimensão que una o pensamento de Cidinha Carvalho (2016) e de Norberto Fischer (2016) é menos se o recreativo ou o medicinal podem ser entendidos juntos ou separadamente, mas se o uso de qualquer substância, seja ela qual for, está contribuindo para a promoção da saúde e do bem-estar. Usar o remédio da farmácia para a depressão é medicinal e usar a maconha para relaxar pode ser medicinal... O que vai diferenciar? Quando houver uma dependência. Esse uso vai deixar de ser "medicinal" quando houver um potencial para não ser mais um prazer, ou quando impedir o prazer de outras instâncias da vida. Isso é uma questão da esfera do abuso e da dependência — e não uma questão se um uso é medicinal ou recreativo, se foi comprado na farmácia ou não. Mesmo o potencial de dependência de uma substância, não necessariamente a desqualifica para o uso.

> Tem uma questão que é desmistificar a maconha como uma planta que deve ser banida porque ela é simplesmente uma droga que não tem nenhum potencial benéfico. Se você pensa em termo de outras substâncias que podem ser usadas como drogas, elas também são medicamentos: a papoula é a matéria-prima para se fazer o ópio, mas também para se fazer a morfina e outros derivados. Ou seja, todas as substâncias que são classificadas como controladas, são controladas justamente pela possibilidade de haver abusos em relação a elas e causar dependência e outros danos físicos e psíquicos. Mas não é porque uma substância tem uma característica de causar dependência ou danos à saúde que ela não pode, em determinadas circunstâncias, ser utilizada como medicamento (OLIVEIRA, 2016).

A dependência também não necessariamente é uma questão de saúde em todas as circunstâncias. Por exemplo: é uma questão de saúde impedir o uso do THC por um doente terminal porque ele pode vir a ficar dependente no futuro? Leandro Ramires (2016) fala, inclusive, que o potencial alucinógeno pode ser aproveitado de maneira medicinal. Ele diz que o efeito psicoativo do THC para uma pessoa que está extremamente angustiada e irritada da vida pode fazer com que ela enxergue o mundo com outros olhos. "É um "óculos azul" para pessoas incapacitadas e doentes terminais", enfatiza. Com isso, o prazer pode vir a ter potencial medicinal. Mauro Aranha (2016) e outros disseram que o sofrimento das famílias foi o gatilho para a reclassificação do canabidiol, que não era possível deixar as crianças e as suas famílias naquela situação. Na outra ponta, o recreativo é eliminado de qualquer discurso sobre saúde e é, inclusive, citado para assinalar o caráter desnecessário da utilização da maconha. Ainda, o uso recreativo é utilizado como um argumento para barrar outras formas de uso medicinal como o autocultivo. O meu questionamento nesse sentido, depois de observar esse aspecto na rede, é: por que o sofrimento convence e o prazer é superficial e supérfluo?

> Eu defendo o autocultivo. Por quê? Porque um estudo randomizado com o cigarro de maconha realizado em pacientes com esclerose múltipla tornou a vida infinitamente melhor dos que usaram maconha. Poxa, esclerose múltipla. A esclerose múltipla é uma doença imune que causa a destruição do sistema nervoso. Os canabinoides, além do poder regenerador, tem um poder anti-inflamatório grande. Eu defendo o autocultivo medicinal sim, com toda clareza. Por que que uma pessoa dessa não pode cultivar dentro de casa? Por que que uma pessoa que tem Síndrome de Tourette não pode usar a cannabis na própria casa, por quê? Chá mate pode, café pode… pode tudo! Pode até vibrador, mas cannabis não pode? Onde que está o delito? Onde está o dano? Não tem dano. Não tem (RAMIRES, 2016).

Uma das questões mais citadas em relação ao dano provocado pelo uso de cannabis está no consumo por adolescentes. Crippa (2016) diz que essa população deve ser protegida. Segundo ele, quanto mais cedo a pessoa começar a usar, maiores serão os problemas que terá na vida adulta. O THC, diz ele, evita a neurogênese, que

é fundamental pro desenvolvimento do cérebro normal. Crippa (2016) pondera também que, após os 25 anos, é raro ter algum problema nesse sentido, sejam alterações cerebrais, sejam alterações centrais. A maior preocupação, para ele, não é a legalização ou não, é a informação correta, principalmente para jovens e para pessoas com riscos e históricos de doenças psiquiátricas.

> A gente precisa urgentemente informar de uma maneira muito clara e muito correta os problemas que as pessoas podem ter consumindo maconha. Eu atendo semanalmente a unidade de urgência, no plantão, e tem 8 casos internados. Quase todos têm maconha no meio da história. Quase todos têm histórias ali dramáticas, que não são tão interessantes de aparecer na televisão. Se pegar um carro agora e for lá na unidade de emergência no setor de psiquiatria, eu posso te dizer que quase em todos os casos a maconha tá no meio da história. Então, por exemplo, há um tempo atrás atendi uma pessoa, fazendo faculdade, e ela usava desde os 13 anos de idade. Não sabe o que é ficar uma semana sem usar maconha. Um dia vem os pais junto com ele. Um rapaz de 24 anos no último ano de faculdade com crises de ataque de pânico. E os pais médicos assim: mas vocês não diziam que não fazia mal? E agora, o que faz? Como resolver essa situação? Como chegou nesse ponto? Então, hipocrisia é não passar as informações adequadas (CRIPPA, 2016).

O nó da maconha e do hemp

A contar pelo rastreamento da rede, boa parte da regulamentação que poderá ser feita no Brasil sobre o canabidiol ou sobre a maconha vai depender não só de convenções internacionais, mas também de como os Estados Unidos estão vendo a questão. No governo americano, há uma discussão forte sobre o uso do hemp, que é a variação da cannabis que dá origem ao produto fabricado pela empresa Hemp Meds. É esse o canabidiol importado pela família Fischer.

O hemp é o cânhamo e geralmente é usado industrialmente. Tanto o cânhamo quanto a maconha vêm da mesma planta, a cannabis sativa. A diferença genética entre os dois é pouca. Há, entretanto, uma diferença prática obtida pela maneira como a planta é cultivada. O cânhamo é plantado no sentido de se obter uma planta para consumo como alimento e também para obtenção de fibras para uso industrial. Já a maconha, é cultivada no sentido de se obter maiores concentrações de THC.

A cannabis tem plantas macho e plantas fêmeas. Para se fazer a maconha, a planta macho é removida porque, quando fertilizada, há menos concentrações de THC. A maconha é plantada em ambientes fechados, com luz controlada e as suas flores são estimuladas (é lá que está a alta concentração de THC). No Hemp, a plantação é feita sem tanto controle e toda a planta é usada. Ela também fica mais alta, com um aspecto bem diferente da maconha como conhecemos. (MEDICAL MARIJUANA INC., 2015).

Em tese, no hemp, a concentração de THC é perto de 0.3% e, na maconha, essa concentração pode variar entre 10% e 30%. Essa seria uma diferença "clássica", digamos assim. Mas o fato é que, a depender de estudos e de novas seleções genéticas, essa divisão pode não mais fazer tanto sentido no futuro. A Charlottes' Web é essa mutante. Esse novo híbrido foi feito no estado do Colorado, nos Estados Unidos, pelos irmãos Stanley[81] (onde a maconha e o hemp são legais, sem restrições de uso medicinal ou recreativo). Os irmãos começaram com o plantio legal de maconha em 2008 sem um propósito de venda medicinal, mas logo foram procurados por pacientes de câncer, esclerose múltipla, diabetes e dores crônicas. Eles, então, foram pesquisar sobre o CBD e começaram a estudar maneiras de deixar a concentração de canabidiol dessas plantas mais alta. Misturaram o cânhamo com a maconha e conseguiram uma forma patenteada de hemp. Uma das primeiras a utilizar essa planta foi a família de Charlotte. Depois que a família de Charlotte procurou os irmãos para o tratamento da síndrome de Dravet e obteve benefícios, a planta foi batizada como Charlotte's Web. Na página do produto, ele é apresentado com propriedades inespecíficas, sem ser atrelado a um tratamento para qualquer doença. Há um vídeo[82] de divulgação mostrando propriedades antioxidantes e neuroprotetoras (ALJAZEERA AMERICA, 2014). Charlotte foi a menina retratada no documentário da CNN, citado aqui em outros capítulos. Penny Howard, a mãe que passou o conhecimento para a família Fischer no Brasil, ficou sabendo do CBD por meio desse filme. Junto com ela, outras famílias também tiveram conhecimento do canabidiol pelo vídeo.

---

[81] Joel Stanley, Jared Stanley, Jesse Stanley, Jordan Staley e Austin Stanley

[82] "Be your best, WHY CW". Disponível em: http://www.cwhemp.com/#intro-video. Acesso em: 6 de julho de 2016.

Na época de Penny Howard, o comércio da Charlotes' Web ainda não era legal fora do Colorado. A versão dois do documentário da CNN mostra a história da família Wilson, de Nova Jersey, que não conseguiria usar a Charlottes' Web, a não ser que mudasse para o Colorado. O vídeo mostra outras 100 famílias que tiveram que mudar para o Estado para usar o produto. São os "refugiados da maconha medicinal" (GUPTA, 2014).

O governo americano ainda não encara a questão da maconha medicinal e a resolução sobre drogas é deixada a cargo dos estados da federação. A estratégia é tentar acompanhar qual a posição da sociedade sobre a maconha e a experiência de estados que estão legalizando ou regulamentando o uso. Pode ser que o governo americano, como fez o brasileiro na controvérsia sobre o canabidiol, está atentando fomentar um debate nacional por meio dessas experiências e, quando houver mais ou menos um consenso, tomará uma decisão sem tanto custo político. Uma pesquisa feita pela CNN mostrou que 55% dos americanos apoia a legalização da cannabis. Em entrevista à revista *New Yorker*, Obama disse ter fumado maconha enquanto criança e também que não achava ser a erva mais perigosa que o álcool (CNN, 2014).

Parlamentares também estão tomando para si uma discussão mais profunda sobre a maconha. Um episódio envolvendo o deputado democrata Earl Blumenauer, que luta para a reclassificação da maconha[83], e Michael Botticelli, diretor do National Drug Control Policy, mostrou esse aspecto. Em debate, Botticelli hesitou em responder se a maconha é tão perigosa quanto à metanfetamina e a cocaína, no que Blumenauer provocou:

> Se um profissional como você não pode responder claramente se a metanfetamina é mais perigosa do que a maconha — o que toda criança na rua sabe, o que cada pai sabe — se você não consegue responder, talvez seja por isso que você está deixando de educar as pessoas sobre os riscos de drogas. Eu não quero ver crianças fumando maconha... Mas se o vice-diretor do escritório da política de drogas não pode responder a essa pergunta,

[83] O deputado quer tirar a cannabis sativa da lista de "Schedule 1" nos Estados Unidos. Como pertencente a essa lista, a maconha é considerada uma droga com alto potencial de abuso, sem nenhum valor medicinal e insegura mesmo sob supervisão médica. Ver: http://blumenauer.house.gov/index.php?option=com_content&view=article&id=2168:marijuana-faq&catid=24:legislation

> como você espera que jovens o levem a sério? (ABDULLAH, 2014).

Ao analisar o questionamento do parlamentar americano, é intrigante pensar que o diretor do National Drug Control Policy simplesmente não pode se posicionar. Ele certamente sabe que a maconha não têm os mesmos efeitos sobre a saúde que a metanfetamina e a cocaína. Institucionalmente, entretanto, ele não pode ir contra a lista americana que coloca ambas as drogas no mesmo patamar. Ele não pode ir contra as convenções da ONU. Diante do episódio, é até possível fazer um paralelo com a posição da Anvisa em relação ao canabidiol e à maconha. Assim como o diretor americano, nenhum dirigente da agência estaria na posição institucional de fazer um debate como esse. No entanto, essas instituições estão na linha de frente dessas controvérsias e têm a sua legitimidade questionada quando, por conta de suas posições institucionais, não conseguem dialogar com a sociedade.

Nesse sentido, talvez os próprios governos estejam tendo a percepção que alguma resposta precisa ser formulada. Em meio a tanta polêmica, em 2014, Obama autorizou o plantio de Hemp dentro de um programa de pesquisa universitária ou ligada a departamentos estaduais de agricultura (EUA. HOUSE OF CONGRESS, 2014). Na legislação, ficou definido que o hemp não pode ultrapassar 0.3% de THC quando seco. Em agosto de 2015, o senador Ron Wyden introduziu lei no Senado americano em que propõe que o cânhamo, o hemp, não seja mais definido como maconha (EUA. HOUSE OF CONGRESS, 2015).

Mesmo com isso, alguns estados não autorizam o plantio, como é o caso do Texas, onde Penny Howard mora. Também a maior parte das sementes obtidas pela *Hemp Meds* vêm da China, um dos maiores produtores mundiais. O canabidiol lá está na lista de substâncias controladas e ainda há uma discussão se ele deve sair da lista, pelo seu baixo teor de THC (NATIONAL CONFERENCE OF STATE LEGISLATURES, 2016). Há, no entanto, a comercialização de alguns produtos produzidos a partir do hemp. Eles, no entanto, são supervisionados por instituições vinculadas à agricultura, mas não por órgãos de saúde, como a Anvisa.

> O FDA, que é o órgão regulador dos Estados Unidos, não faz nenhum controle desta substância. O que tem ali dentro nin-

> guém sabe, nem se tem canabidiol. Vi um artigo há pouquíssimo tempo mostrando que em torno de quase 20% desses frascos vendidos nos Estados Unidos... alguns não têm nem canabidiol, uns têm quantidade enorme de THC, alguns têm só THC, outros não têm nada. Então, eu entendo a prudência do Conselho Federal de Medicina e das instituições com tudo isso (CRIPPA, 2016).

No Brasil, a Anvisa passou a substância para a lista de substâncias controladas, como já havia feito os Estados Unidos. A diferença aqui foi a sua penetração nos conselhos e instituições médicas que, diante do caso de Anny Fischer e do impasse legal, tiveram que se manifestar sobre o assunto. A Anvisa, inclusive, tinha um projeto de monitoramento dos produtos usados pelas crianças, mas a ideia não avançou. Esse vazio regulatório nos Estados Unidos e o fato de não haver produtos registrados no FDA, nem na Anvisa, e nem estudos clínicos de fase III ou IV, deixam o canabidiol em uma situação terapêutica muito pouco resolvida.

Por aqui, porém, não há uma discussão sobre o cânhamo, como há nos Estados Unidos. O canabidiol aqui é esse produto importado que ninguém sabe muito bem a origem. Ou melhor, a origem é os Estados Unidos e isso basta. Já nos Estados Unidos, o status do CBD está atrelado às discussões sobre o hemp e sua produção, o que a contar pelas legislações produzidas, avança a passos largos. Essas discussões não estão só na esfera institucional. Após a reclassificação, algumas famílias passaram a perceber que uma regulamentação mais ampla precisa ser feita para garantir o acesso e, inclusive, a família Fischer está tentando fazer discussões mais amplas sobre a maconha, e não somente o canabidiol. Em post para o blog da *Revista Trip*, a família afirma que aprendeu a respeitar a planta nesses três anos que estiveram envolvidos com o assunto e que todas as formas de obtenção do tratamento devem ser respeitadas. Agora, ao invés de dizerem que buscam a importação do medicamento para a filha, eles buscam desconstruir o preconceito com a maconha e afirmam: "Anny é maconheira".

> A maconha ainda é considerada pela sociedade uma droga que prejudica, destrói famílias e faz muito mal. Durante toda a vida fomos ensinados, pela escola, sociedade, igreja, família, literatura, que maconha faz mal, e maconheiro é uma palavra que traz

> uma carga negativa de significados e comportamentos. Mas aprendemos também que TUDO na vida é relativo, os conceitos mudam, os valores se transformam, verdades são derrubadas, mentiras viram verdades, conquistas viram derrotas e derrotas viram vitórias inquestionáveis, ou seja: tudo é relativo e as percepções dependem de nossos paradigmas, nossos valores. Pode soar engraçado ou até agressivo, mas é um fato: a nossa filha é maconheira. A trip da Anny com a maconha é específica, ela precisa do CBD para ter qualidade de vida, para minimizar as crises convulsivas e ter uma oportunidade de se desenvolver. Aprendemos ao longo desses quase três anos a admirar essa maravilhosa planta, conhecemos seu potencial terapêutico, industrial e recreativo. No entanto, o preconceito em relação à maconha é muito forte. Para combater um preconceito, é preciso enfrentá-lo com informação, mas informação de qualidade. Esse assunto é sério e não podemos brincar com a saúde, as pessoas devem ter o direito de escolher como se tratar, todas as opções são válidas e precisam estar disponíveis: importar, produzir nacionalmente ou cultivar. Precisamos avançar nas pesquisas e na regulamentação que socialize o acesso; afinal, saúde é um direito do cidadão e não um favor do Estado. Enquanto essa história está sendo escrita, a trip da Anny e de tantas outras pessoas, com a maconha, não tem um destino certo (FISCHER, KATIELE; FISCHER, 2016).

Também para Margarete Britto (2016) só a regulamentação da cannabis para todo os fins ajudaria a resolver muitas questões como o autocultivo e a possibilidade de utilização da planta para outras enfermidades. Mas, embora isso precise ser feito; para ela, ainda são muitos os desafios. Um deles é que, embora o uso medicinal tenha quebrado o tabu e a sociedade tenha começado a perceber que a maconha pode ser remédio, muitos não querem a planta, elas ainda querem a planta com cara de remédio.

Essa dificuldade em entender a planta na sua completude, e não apenas no remédio finalizado, pode atravancar questões como o autocultivo e até a produção nacional. Mas a reclassificação do canabidiol no Brasil seguiu a sua própria história e, a partir dela, o País pode ter independência institucional e nacional no trato que fizer sobre a maconha daqui em diante. Por um lado, há uma demanda aqui pelo autocultivo, por uma produção e pesquisas nacionais (além do alto preço); do outro, o Brasil deve obedecer a convenções internacionais. Nesse ponto, o ativismo sobre a legalização da maconha para todos os fins e a demanda pelo seu uso medicinal po-

dem encontrar pontos de diálogo, mas o País ainda precisa enfrentar diferentes questões e uma delas é a descriminalização.

Para Emílio Figueiredo (2016), a descriminalização fará com que as questões que orbitam o uso da maconha sejam vistas de outro patamar e pode, inclusive, estimular o avanço de uma regulamentação responsável sobre o uso medicinal. Ele diz que já foi consultado sobre o uso medicinal da ayahuasca, do MDMA, do LSD, mas tem que haver uma regulação adequada para isso. Já há, no entanto, uma demanda e, na esteira da maconha, há cada vez mais espaço para uma discussão sobre o uso medicinal de todas as drogas (FIGUEIREDO, 2016).

Outros acham que o cenário nacional não será suficiente para bancar uma discussão mais ampla sobre formas de obtenção do tratamento — e nem a descriminalização pode ser um passo para uma regulamentação. Embora o uso medicinal tenha apontado para um diálogo, Vitore Maximiano (2016) diz que a questão da regulamentação e legalização da maconha não é brasileira. "O Uruguai sequer admite a legalização e diz que está regulamentando. Do ponto de vista prático, ele foi o único país que legalizou, nem a Holanda o fez", diz. Para Maximiano, o mundo é que deverá resolver a questão.

> A maconha está na lista das convenções internacionais, então, a opção de manter essa substância como produto proscrito no Brasil não é uma opção brasileira, é uma opção que se vê no âmbito da ONU. Então, veja, que nós temos uma questão macro: os países europeus de uma forma geral e da América Latina, muitos descriminalizaram, mas não legalizaram (MAXIMIANO, 2016).

No âmbito da ONU, a discussão sobre a regulamentação da maconha ainda é muito mais profunda que no cenário nacional, ou nos Estados Unidos, com países como Rússia, China e alguns outros países árabes e asiáticos com legislações muito duras em relação ao uso e criminalização. Há internações compulsórias e trabalhos forçados em alguns desses países e denúncias de fortes desrespeitos aos direitos humanos. Em alguns países da Ásia, a internação pode chegar a um ano, com centros administrados pela polícia, sem a presença de um profissional de saúde sequer. Na

Rússia, não é permitida intervenção medicamentosa com opióides como a metadona para o tratamento de dependência química, mesmo que diretrizes internacionais da Organização Mundial da Saúde, por exemplo, considerem a eficácia dessas intervenções como uma transição para a superação da dependência. Para a Rússia, a proibição está no argumento de que seria apenas substituir uma droga por outra (LUNZE *et al.*, 2016).

Com esse difícil contexto internacional, Fernando Silva (2016) acredita que não dá para esperar consenso desse cenário e o país que quer simplesmente pode encontrar brechas para isso. No entanto, no Brasil, a conscientização interna é ainda mais difícil, diz ele. O País precisará resolver um infinito número de controvérsias culturais internas e ainda depender de vontade política para avançar de forma independente nessa discussão. Cenário esse que ele não vislumbra tão cedo.

> A gente está falando de um país muito falso moralista. Um país onde as pessoas gostam muito de se meter na vida alheia e ainda tem toda essa coisa das bancadas religiosas, da indústria das drogas lícitas, que faz com que a coisa fique atravancada. Eu acho que o cenário externo vai mudar mais rápido e influenciar o cenário interno, como já vem acontecendo com as mudanças da opinião pública interna diante das experiências nos EUA, no Uruguai, na Europa, mas ainda tem muita água pra rolar embaixo dessa ponte. É capaz de haver até uma liberação da ONU antes que o Brasil tome uma posição mais firme, ainda mais diante desse ciclo político que estamos passando, de impeachment. Pelo menos em 2016, eu acredito que nada vai acontecer (SILVA, 2016).

Para Ramires (2016), a regulamentação não foi feita porque a proibição é política e econômica. Na entrevista, ele me pergunta se eu sabia a causa da morte da cantora Amy Winehouse. Respondi que de overdose — no que ele me perguntou: Você lembra do quê? Falei que não sabia exatamente. No que ele me respondeu:

> De álcool, de álcool.... pra você ver, né? A palavra overdose é uma palavra pesada, né? Ela morreu de overdose de álcool! Estava 5 vezes acima do aceitável! Ela bebeu até morrer. Ela vomitou. Tinha outra droga? Tinha. Tinha efedrina. A efedrina é capaz de matar alguém? E a combinação de efedrina com álcool é capaz de matar alguém? Não tem nada a ver! Impossível! É

> uma droguinha que muitos adolescentes usam de um envelopinho com nome popular, eu não sei qual é, mas…. o que que aconteceu: tem uma festa lá numa universidade, todo o mundo bebe nessa festa, morre 2 adolescentes nessa festa e aí o que que acontece? Foram investigar e tinha efedrina no bolso deles. E aí sai na imprensa no dia seguinte e a efedrina é proibida. Por que ela foi proibida? Foi proibida teoricamente porque era uma droga tóxica que matou os meninos. Isso é cientificamente possível? É claro que não é! Eles morreram de overdose de álcool.... não tem nada a ver (RAMIRES, 2016).

Um dos diálogos possíveis para um novo entendimento sobre as drogas, para além do cenário externo e interno, é a lei. Fernando Silva (2016) pontua que vê possibilidades de debates porque há condições jurídicas para se fazer essa discussão a luz de princípios constitucionais. Ele destrincha que a lei de drogas no País (BRASIL, 2006) é uma lei infraconstitucional, que está abaixo da Constituição — e a Constituição, por sua vez, tem princípios interpretados conforme o tempo histórico. Para ele, mesmo que a lei tenha adquirido caráter de constitucionalidade na época em que foi criada, o avançar das pesquisas e do entendimento das relações sociais em que a droga está presente faz com que a interpretação dos fatos à luz dos princípios da Constituição vá se adequando a essa realidade mais recente, mais contemporânea.

> É uma questão de tempo porque houve um equívoco proveniente de uma fase negra da história do século XX em que houve a demonização das drogas por interesses secundários, que não eram exatamente os dos indivíduos. Agora, está se revelando uma farsa que foi montada (SILVA, 2016).

Ainda, a depender do cenário interno, se a discussão sobre o autocultivo e a regulamentação da maconha medicinal avançar, o Brasil vai ter que encarar algumas brechas, inclusive uma que estabelece que o País deve regulamentar o uso medicinal da cannabis sativa. A lei de drogas expressa que o país deve regulamentar a cannabis medicinal e a união pode autorizar o plantio, a cultura e a colheita para fins medicinais e de pesquisa.

> Parágrafo único. Pode a União autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais referidos no caput deste artigo, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, respeitadas as ressalvas supramencionadas (BRASIL, 2006).

Sobre essa lei, Jaime Oliveira (2016) pontua que grande parte da discussão que foi feita seria desnecessária se o Brasil já tivesse enfrentado essa questão colocada na lei de drogas. Para ele, não tem que haver discussão sobre o uso medicinal da maconha porque ele já está autorizado legalmente. A regulamentação é que é necessária.

> Já houve um posicionamento do parlamento brasileiro, já houve uma decisão legislativa dizendo que ele pode e essa decisão é inclusive condizente com os tratados internacionais que regulam essa matéria. Então, ah, devemos fazer o uso medicinal da maconha? Essa é uma decisão que o país já tomou, precisa só implementar (OLIVEIRA, 2016).

Em face de todas essas questões e brechas, em muitos momentos, houve pontos de diálogo entre a maconha e o canabidiol, mesmo que a estratégia tenha sido de promover a separação. Seja pela proibição inicial do CBD, seja por uma força social que uniu pais e mães ao ativismo, seja porque o CBD encontrado não é puro.... Se esse diálogo vai continuar sendo feito, se o CBD vai se tornar esse medicamento encontrado nas farmácias ou se haverá o autocultivo, ou ambos, difícil de prever. Mas esse mapeamento nos mostra que a discussão de ambos os usos, independente de continuarem interligadas ou não, vai continuar a ocorrer. Não há voltas para essas ontologias reveladas e muitos atores e instituições estão se mobilizando para novas redes.

Conclusão — As novas ontologias

O mapeamento dos atores e dos rastros de associações entre eles produziram resultados interessantes. Também a observação do porquê uma associação foi formada ou não dá um panorama mais sutil da rede: revela ontologias e mostra o aspecto transitório de conceitos, métodos e posicionamentos institucionais. Por fim, sair de uma pergunta de pesquisa e chegar a esse estágio é sair com algumas respostas; ou melhor, respostas-perguntas. Nessas páginas finais, mostro quais questões essa controvérsia do "medicamento proibido" ajuda a formular. Para mim, a tarefa está cumprida.

A FORÇA DA CONTROVÉRSIA

Como um derivado da maconha foi regulamentado e reclassificado no Brasil? E por que a maconha não foi discutida? Essa foi a pergunta de pesquisa que norteou essa jornada. Por meio do mapeamento da rede, pude chegar a um olhar sobre essa questão; mas, antes disso, proponho um exercício conjunto de questionar por que eu me fiz essa pergunta em primeiro lugar. O motivo é até simples de responder: dizia-se que o CBD era um derivado da maconha, mas não se falava propriamente dela; justo, portanto, alguém questionar o motivo. Sei que muitos dos atores discordariam do questionamento — ora, afinal, para muitos, o canabidiol tem pouco a ver com a maconha a partir do momento em que foi isolado, e até a ideia de uma "separação" de ontologias discutida aqui não faria sentido para muitos deles. O CBD não tem o efeito da "maconha". Não dá "barato". Ponto final. Pois bem, voltemos ao meu convite inicial sobre abandonar uma presunção de se chegar à verdade ou de partir dela e acredito que é possível ver com mais clareza o porquê do questionamento fazer sentido. Foi a partir dele que chegamos aqui com mais conhecimento do que antes, com mais sutilezas e com mais noção das ontologias que orbitavam a questão. Além disso, se para algumas pessoas o CBD deve ser encarado como maconha, a pergunta já se justifica.

Primeiro, partindo da rede "visível", o canabidiol foi reclassificado porque interessados conseguiram estabelecer uma associação e chegar a um ponto comum de diálogo. Então, na aliança entre a família Fischer e Tarso Araújo, havia o benefício terapêutico de um derivado da maconha. Na aliança entre Tarso Araújo e a imprensa, havia a compreensão de que a pauta era interessante e cabia essa discussão. Na aliança entre família Fisher e Alexandre Crippa, havia o canabidiol. Na aliança entre Anvisa e Conselho Federal de Medicina, havia a necessidade de dar uma resposta a essa demanda. Na aliança entre Anvisa e Alexandre Crippa, havia a necessidade de troca de conhecimento.

No desenrolar dessa controvérsia, todos os envolvidos encontraram pontos de diálogo, mesmo que não houvesse um consenso sobre a questão, mesmo que essas alianças fossem transitórias. Quando o canabidiol foi retirado da lista de

substâncias proibidas em janeiro de 2015, parte dessas alianças se desfez. E, com isso, não foi possível colocar com o mesmo fôlego de antes um debate mais intenso e aberto a respeito da maconha medicinal como um todo, nem da maconha em si. O efeito psicotrópico que tanto foi frisado sobre o canabidiol e o fato de ele não ser "fumado" foi o ponto em comum encontrado entre essas associações para poderem prosseguir com o debate; mas foi esse mesmo ponto que afastou a maconha, pelo menos por agora, do centro da agenda de instituições e da imprensa.

A reclassificação também foi possível pelas alianças que não formou. O ativismo foi afastado, a planta foi afastada, a possibilidade de autocultivo foi afastada, qualquer discurso que considerasse o uso recreativo, flertasse com a descriminalização ou questionasse a proibição foi afastado. O mapeamento desses aspectos deixados à margem mostrou ainda mais fissuras e arestas que foram deixadas pelo caminho. Diante da controvérsia, a sociedade é instada a rever os seus princípios e também as vias pelas quais pensa que esses princípios serão realizados. A maneira de entender a defesa da vida não é sempre a mesma, nem as maneiras de aliviar o sofrimento. Também a noção de bem-estar pode ser ampliada para além da ausência do infortúnio, do flagelo e da doença. Nosso entendimento sobre doença, sofrimento, prazer e justiça são movediços e dependem do modo como dialogamos com as instituições e lhes conferimos legitimidade.

Com tudo isso, esse trabalho mostrou como uma controvérsia pode expor, ao mesmo tempo, a fraqueza, a força e o caráter transitório de associações e instituições. Também contribuiu para reforçar debates presentes nos Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia (ESCT), como o ontológico e a importância do olhar sobre o elemento não-humano (aqui, o canabidiol). Ao mostrar as sutilezas da rede, foi possível dialogar com os valores e princípios que legitimam as instituições e mostrar como elas podem se enfraquecer quando se distanciam dos princípios que as validam. Ademais, se entendermos que o interessante para a vida a social é que campos e seus métodos devam ser preservados, a rede mostra que eles devem ser concebidos de modo a serem permeáveis à vontade dos cidadãos para que também não estejam sujeitos a questionamentos sobre sua validade ou existência. As mudanças inevitavelmente vão ocorrer.

E, para que ocorram sem a dissolução de instituições, a manutenção da tensão entre autonomia individual e papel institucional pode ser proveitosa para estimular um diálogo constante. Enquanto são os indivíduos que validam a sociedade para que ela lhes dê condições de segurança diante da vida, esse pacto é rompido quando eles se veem constrangidos por regras da vida social que funcionam como a negação do motivo pelo qual essa validação foi oferecida. E isso é um aspecto que observei tanto entre as famílias que buscaram pelo produto importado, como entre os que optaram pelo autocultivo. Quando a medicina não oferece a segurança para a vida, no sentido de não haver terapia disponível para uma doença de alta mortalidade, pacientes buscam outras alternativas. Quando a Anvisa nega a importação de um produto, ela tem a sua existência questionada e cidadãos passam para a ilegalidade. Quando o Conselho Federal de Medicina impede a prescrição ou a restringe, alguns médicos passam a desrespeitá-lo. Há, com isso, a quebra de um pacto. Percebo essa tensão em muitos momentos da controvérsia, mas também percebo que, no momento em que instituições olham mais atentamente para esse aspecto, o diálogo passa a ser mais proveitoso. Do mesmo modo, quando atores conseguem entender melhor o papel das instituições, o questionamento sobre a legitimidade delas passa a ser contextualizado. Com isso, muitas famílias passaram a relatar, por exemplo, que a cautela da Anvisa é importante, mesmo que nem sempre ela atue no tempo ideal.

Assim, quando instituições (universidades, conselhos, laboratórios, jornalismo...) estão abertas a outros debates além dos seus próprios, internos, elas ganham em relevância e conseguem fortalecer as associações que as fazem existir. Certamente, essa percepção foi útil para mim — como jornalista, como pesquisadora, como pessoa, como actante na rede.

UMA SEPARAÇÃO ESSENCIAL

Por esse trabalho, percebo que a bifurcação entre natureza e cultura não é apenas uma divagação filosófica ou uma necessidade metodológica latouriana. Nessa rede, tal separação esteve no cerne das decisões e dos fatos: se considerarmos que a influência do leigo está num plano e não em outro, a bifurcação tem uma influência

prática e explica a ausência de diálogo. Quando dois campos se constroem com base na bifurcação, não podem se misturar por pressuposto: a mistura significaria invalidar a existência de ambos. Se dois campos não podem se misturar por pressuposto, se essa mistura significar a dissolução de metodologias e de legitimidades, o diálogo é inconcebível, relegado à esfera do absurdo.

Não é o caso de partir para a ingenuidade de dizer que agora devemos romper com o pacto moderno (responsável por essa bifurcação) para que tudo se harmonize, para que alcancemos um estágio em que todos possam dialogar com os mesmos pontos de vista e, com isso, chegarmos a um estágio de uma vida social plena em que instituições têm legitimidade e indivíduos, autonomia. A consciência dessa bifurcação e das suas consequências, no entanto, deixa-nos mais preparados para mudanças, com instituições mais dispostas a estarem próximas da sociedade e indivíduos mais ativos, dispostos a interagirem com instituições. Se as dicotomias entre natureza e ciência, entre ciência e sociedade forem atenuadas — não para fomentar uma anomia em que ninguém é responsável por nada e ninguém sabe de nada, mas para entender múltiplas realidades e ontologias — essas instituições terão mais claro para si onde podem colaborar, e onde de fato são relevantes.

Há entre os atores muitas diferenças de expectativas, de demandas e do tempo em que elas devem ocorrer. As instituições dependem de métodos e burocracias para poderem dar conta de demandas públicas e universais e, com isso, podem deixar indivíduos e práticas à margem da esfera de proteção que oferecem. Ao indivíduo que tem urgência, só resta atuar na sombra e na ilegalidade. E há aqueles ainda alijados de qualquer esfera de proteção institucional, com controvérsias ainda mais profundas e históricas do que essa rede foi capaz de rastrear.

A rede mostra que instituições devem construir uma consciência de que partem de um lugar de fala específico. Elas não são a verdade. Indivíduos, quando entendem essa bifurcação e estão conscientes de que o papel institucional é ir além da experiência individual, não só estão mais preparados para exercer a autonomia como a ouvir as instituições como parte de um processo decisório sobre como essa autonomia deve ser exercida. É por isso que uma das contribuições desse trabalho é a percepção do caráter transitório de instituições, substâncias, autoridades e poder. Nenhuma decisão é para sempre, nenhuma instituição tem todas as respostas e nin-

guém possui autoridade inabalável. Toda mudança, assim, é possível. As revoluções — de um lado, ou de outro, ou de todos — estão sempre à espreita. E microrrevoluções acontecem a todo o momento porque há uma constante tensão entre essas esferas que, a depender dos fatos, acabam por chegar à superfície.

UM OLHAR SOBRE OS ATORES

A história de Anny Fischer foi o gatilho para essas mudanças e para muitos diálogos, mas ela também estava inserida em um contexto que possibilitou a sua influência. Havia um produto, um contexto internacional de discussão sobre a maconha medicinal, uma rede de comunicações que permitiu que uma mãe nos Estados Unidos falasse diretamente com uma família no Brasil, e até um tradutor eletrônico que ajudou-as a se compreenderem: Penny Howard não falava português, Katiele Fischer e Margarete Brito não dominavam o inglês. Não houve intermediação de instituições, nem da mídia. O que havia era o interesse em comum: salvar a vida de seus filhos. Elas não estavam preocupadas em garantir a vigilância sanitária, nem resguardar a ética na medicina, nem na questão de se a maconha seria utilizada por adolescentes. A rede, assim, começa com indivíduos com um propósito em comum. Seria exagero creditar a formação dessa rede às tecnologias e às redes sociais, mas elas desempenharam um papel importante em auxiliar a colocar em contato atores com objetivo em comum e sem preocupações institucionais. A interação com a informação sobre o canabidiol seria diferente, por exemplo, se Katiele Fischer tivesse lido algo sobre um estudo clínico na mídia e fosse conversar com o seu médico. O médico provavelmente diria que ela não conseguiria obter o composto, porque ele não é fabricado no Brasil (mais: é proibido), e os testes clínicos ainda são experimentais. Ao dizer isso, ele não estaria mentindo, nem agindo de má-fé, nem necessariamente estaria alheio ao seu sofrimento: apenas agiria de acordo com o lugar que ocupa.

Quando a família Fischer encontrou alguém que lhe disse que ela poderia usar o CBD por sua própria conta, o seu ponto de partida ao chegar em médicos e instituições foi outro: ela já estava usando, já tinha visto os benefícios não se resignaria, agora, se alguém afirmasse que tudo era demasiado experimental. A interação de

Katiele com a mídia, a partir disso, também foi diferente. Ela não seria um agente "passivo", apenas uma mãe que estava buscando possibilidades: ela própria era aquela possibilidade, ela era a informação. A mídia a utilizou como fonte nesse aspecto e atuou como mediadora entre Katiele e instituições, assim como entre a família Fischer e os demais membros da sociedade.

Sobre a Anvisa, chego ao final desse mapeamento com a percepção de que, depois que se viu imersa na controvérsia, a agência mostrou-se capaz de ouvir pacientes e dialogar com suas necessidades. A agência foi habilidosa nesse sentido. Foi um caminho tortuoso e permeado por conflitos, mas seus membros procuraram mecanismos e conseguiram responder à demanda de acordo com seus métodos e o seu lugar de legitimidade institucional. A Anvisa também foi capaz de criar pontes e diálogos. A agência, contudo, está dentro de uma rede de influências que vai muito além das comissões técnicas. Essa rede de influência não se reduz ao fato de que a agência resguarda os interesses políticos de alguns atores, e age por meio deles — embora isso possa fazer parte da complexidade de sua atuação. A agência tem uma atuação política no sentido de que ela deve lutar pela sua legitimidade, e essa validação não depende apenas dos cidadãos, depende do Congresso e do alinhamento da agência com as diferentes visões de mundo de que alguns parlamentares consideram ser representantes. Essa validação depende da agência ser ouvida e respeitada por atores políticos, depende dela conseguir se posicionar e se equilibrar frente aos ânimos políticos.

O Conselho Federal de Medicina, por sua vez, não ficou apartado do debate. A instituição, no entanto, firmou uma posição: não esteve aberta a pacientes — nem os da "rede visível", nem os da "rede invisível" —, e também não há relatos de diálogos com médicos que estavam prescrevendo o composto. Em contrapartida, esse mapeamento mostra que a USP foi bastante ouvida, e com isso a regulamentação atendeu muito mais as necessidades de protocolos de pesquisa do que as de prescrição. Não à toa a regulamentação gerou conflitos a ponto de impossibilitar a prescrição para alguns, foi considerada restritiva por esse aspecto. A posição do Conselho Federal de Medicina conseguiu, com a reclassificação, mandar um recado à sociedade de que é debater e pesquisar sobre derivados da maconha. Mas o conselho perde, a meu ver, quando não ouve pacientes. O uso compassivo é um exemplo eloquente

da importância de que as instituições estejam permeáveis a relatos de terapias que tenham escapado ao olhar da ciência. Ele é um reconhecimento de que há muitas enfermidades e situações de sofrimento humano para os quais a medicina não é capaz de oferecer respostas e alívio. Não faz sentido, assim, o Conselho recusar-se a ouvir aquele que sofre, e a ajudá-lo a identificar mecanismos que poderiam ser utilizados para alcançar alívio. Novamente, porém, como na atuação da Anvisa, esse diálogo não é simples e está permeado pela complexidade do equilíbrio entre interesses individuais e públicos.

Em muitas situações nessa rede, a ciência foi representada pela USP de Ribeirão Preto, que teve um peso importantíssimo, e deu voz para pacientes perante outras instituições. Zuardi e Crippa foram capazes de ter empatia com o sofrimento de Katiele Fischer e foram visitá-la em Brasília. Também forneceram laudos e embasaram a decisão judicial que permitiu a Anny utilizar o canabidiol. Os cientistas também enviaram documentações, posicionaram-se publicamente e se colocaram inteiramente disponíveis para conversas com a imprensa. Também foram responsáveis pela mudança no posicionamento do Conselho Federal de Medicina. À USP, porém, foi atribuído um lugar de fala da verdade — e em alguns momentos, da totalidade dela. A ciência não é a única realidade possível e também depende, como outras instituições e campos de conhecimento, de que a sociedade propicie as condições para que outras realidades sejam mostradas. A USP não representa a totalidade das verdades, e nem está no seu papel representar essa totalidade. Mas da mesma forma, também não é central no papel da USP a ontologia de salvar vidas, nem a preocupação com as pessoas que não poderiam comprar o composto puro. Para os cientistas, a camada mais importante é a ciência, e por conta disso eles não poderiam dar conta da complexidade desse diálogo. No entanto, a USP foi uma das principais fontes de diálogo, principalmente no Conselho Federal de Medicina, e não raro foi colocada no papel de representar tudo o que era possível saber sobre o canabidiol (e até sobre aspectos da maconha), quando na verdade só poderia representar facetas desses elementos não-humanos.

Muitas vezes, a atuação das instituições não favorece o diálogo com a sociedade, mas foca-se em seguir os seus métodos e perpetuá-los. A controvérsia possibilitou certo grau de abertura das instituições e fez com que seus métodos fossem

mais claros. Era preciso questionar o porquê da USP defender um canabidiol puro. Era preciso questionar o porquê dos médicos não poderem prescrever o composto. Era preciso que a Anvisa explicasse o porquê de negar a importação.

Quando comecei essa dissertação, descrevia o canabidiol como sendo esse objeto indefinido, mas ele tinha algumas possibilidades de definições que foram se afunilando no decorrer da rede. Ele é um dos derivados da cannabis sativa, tem potencial terapêutico, não causa dependência e é seguro. Quando ampliei o mapeamento da rede, percebi que o canabidiol poderia ser mais transitório e controverso do que eu inicialmente imaginava. Tanto que, para alguns, ele sequer existe para consumo. Ele é uma farsa construída. Não consegui juntar essas novas ontologias como gostaria; de certa forma, fiquei presa às primeiras impressões e quando cheguei a outras era tarde demais para reconstruir o trajeto já percorrido. Mas consigo apontar que há o canabidiol dos estudos da USP, o canabidiol que foi divulgado pela Anvisa, o produto que é importado, o extrato de cannabis distribuído, e o extrato obtido por meio do autocultivo. Esses dois últimos, longe do olhar institucional e negados por ela. Há inclusive o questionamento se o efeito terapêutico é de fato o do canabidiol ou se é da maconha como um todo, ou se é do canabidiol junto com o THC, se é mais o THC do que o canabidiol ou se é o canabidiol e o THC com outros canabinoides que sequer foram mapeados.

Os pontos de diálogo da rede "visível" foram conquistados porque atores também compartilhavam visões de mundo e valores. Tratava-se de uma doença refratária pouco compreendida e recentemente descrita. Eram famílias e crianças. Agora, vejo que o único nó realmente problemático era a maconha e o fato da substância ser proscrita. De fato, não era um nó simples de ser desatado, mas uma vez que ele foi, a rede foi andando quase coesa em muitos momentos. Também houve uma tolerância com alguns aspectos. Crippa e Zuardi, apesar de não defenderem o uso da planta e apoiarem o uso do canabidiol puro, não chegaram a entrar em minúcias sobre a qualidade do produto que era importado quando a controvérsia estava sendo montada. Nas entrevistas para a *Folha de S.Paulo,* nunca surgiu a informação de que ninguém sabia exatamente o que era o produto que estava sendo importado: ela só apareceu neste trabalho. Tampouco a Anvisa, nos questionamentos, chegou a entrar publicamente nessa questão — a não ser em um momento bem específico, quando

um dos diretores decidiu mudar o posicionamento da agência sobre a reclassificação do composto.

A SUPERAÇÃO DAS BIFURCAÇÕES

Os diálogos cessam e a rede de certa forma se desfaz quando a demanda de alguns passa a ser o autocultivo ou o uso recreativo. Essa controvérsia precisará desatar muito mais nós do que o uso medicinal da maconha; ela envolve convenções internacionais, a necessidade de uma definição científica sobre os riscos da sua condição de psicoativo, e o entendimento do Estado sobre o uso de drogas: se ele está na esfera do seu controle ou na esfera da decisão individual. Passa ainda por uma decisão de como a saúde deve atuar: se a defesa da saúde dos indivíduos se dá pela proibição do uso, ou se deve partir por reconhecer que indivíduos já fazem o uso e, com base nisso, informar e reduzir danos. Também, se o objetivo for evitar o uso, será preciso avaliar se a melhor estratégia é a liberação ou a proibição. A liberação aumenta o consumo, ou diminui? Há, ainda, que se definir se a proibição em si e a violência atrelada a ela são questões de saúde pública e se devem também entrar no debate sobre os custos de saúde vinculados à dependência química. As duas variáveis não são cruzadas nos discursos, mas é possível questionar se a guerra às drogas é mais custosa em termos de saúde que os custos vinculados à dependência, ou viceversa. Questões raciais, culturais e preconceitos associados à planta completam o quadro de variáveis que muitas vezes ficam à sombra do debate científico e das ontologias mais visíveis sobre saúde. Há ainda a possibilidade do uso fitoterápico, há também questões de soberania nacional, há a possibilidade de produção nacional e a entrada de outras instituições como a Fiocruz e a Embrapa no desenvolvimento de uma expertise sobre a planta. Com tudo isso, a ciência tem o desafio de apontar os nós que impedem a produção de evidências, e não apenas esperar que eles sejam desatados para que só então as evidências comecem a surgir.

A dificuldade de comunicação enfrentada pela Anvisa e pelo Ministério da Saúde para explicar do que se tratava o pedido de reclassificação do canabidiol é uma mostra da complexidade de desatar esses nós. Ele envolve disputas internacionais e também bandeiras políticas acerca de determinados temas.

Na rede, revela-se também uma bifurcação entre indústria e o espaço para de ação independente dos atores não estatais. A indústria traz os ensaios clínicos e a possibilidade de afunilar polêmicas e, em tese, diminuir os riscos. No canabidiol, há os testes com o Epidiolex. Ao mesmo tempo, pais e mães que estão envolvidos com o autocultivo querem a possibilidade de experimentar diferentes variabilidades e possibilidades com os seus filhos. Talvez novas redes e associações possam surgir para equilibrar essas demandas e fazer com que elas possam conviver. De qualquer forma, essa bifurcação aponta mais uma vez para a necessidade de que novas ontologias e realidades sejam incluídas nas narrativas oficiais sobre diferentes objetos. Podemos, por exemplo, discutir se a autonomia sobre os nossos corpos não é também uma questão de saúde.

As narrativas institucionais também podem se debruçar sobre e questionar as diferentes noções de bem-estar e de prazer e o porquê de elas não terem, nas tomadas de decisões, o mesmo peso que o sofrimento. Em sentido similar, surgem na rede questionamentos sobre a condenação moral ao efeito psicoativo, como se ele fosse um em si mesmo. Ele é um mal em todas as circunstâncias e em qualquer estágio de saúde? Ele nunca pode ser um bem? Nenhum benefício pode ser atrelado a ele que justifique o seu uso? Ele não pode ser aproveitado nem por um paciente terminal?

O uso do canabidiol, mesmo esse que pode ser regulamentado e importado, é permeado por desafios. Famílias têm dificuldade em saber qual a melhor dose para o tipo de efeito pretendido. É necessário ainda conhecer exatamente que tipo de composto será utilizado e quais são suas interações com outros medicamentos e compostos utilizados. A produção de conhecimento científico, a purificação industrial do canabidiol e a construção de evidências não necessariamente excluem a experiência individual. Muitas mães querem o apoio da ciência e querem a opinião de seus médicos e dos estudos clínicos sobre o que estão fazendo. Mesmo com muitas tentando utilizar o canabidiol, seja o importado, seja o artesanal, houve muito cuidado na diminuição do uso de farmacêuticos previamente receitados: as famílias reduziram pouquíssimo a dose desses medicamentos, e ouviram seus médicos em muitas das questões que tinham.

Uma das sentenças mais marcantes que li na minha imersão na bibliografia sobre o tema das ontologias e da Teoria Ator-Rede encontra-se num passagem de John Law (2004, p. 2), em que ele fala de maneiras de se conhecer o mundo e faz uma discussão sobre diferentes metodologias. Ele se pergunta: "se já sabemos que boa parte do mundo é vaga, emocional, efêmera, e muda como um caleidoscópio, qual é a melhor maneira de captar essas realidades?". A partir desse questionamento, Law dá alguns possibilidades: podemos conhecer o mundo com nossos gostos, nossos desconfortos, nossa dor ou nossos corpos. Esses são possíveis caminhos metodológicos para nos aproximarmos da natureza emocional e efêmera dos acontecimentos.

Baseio-me nessa proposta para relatar brevemente aqui uma experiência individual que se relaciona com as reflexões deste trabalho. Quando eu observava o relato das mães, pensei na minha busca de informações para lidar com um problema que me afetava: as infecções urinárias de repetição. Sabendo dos riscos de abuso de antibióticos, interessei-me quando li na internet que o suco de cranberry poderia ser útil para prevenção. Fui procurar evidências e eram ainda poucas, mas vi também que o máximo que poderia acontecer era o suco ser inócuo (situação similar à relatada por Penny Howard (2016): ela resolveu tentar o CBD porque leu que ele era seguro, e que o máximo que poderia acontecer seria não produzir o efeito positivo). Levei meus achados a um especialista (meu urologista), que me explicou que tudo era muito incipiente, mas que havia uma possibilidade de algum efeito com o uso de concentrações maiores do composto, obtidas por meio da suplementação: ou seja, com comprimidos, e não com o suco. Testei o comprimido, e funcionou. Eu não tinha nenhuma motivação especial (um ativismo, ou uma razão específica para contrariar o médico) que me levasse a tomar o suco, contrariando essa recomendação; e, ainda que tivesse tal motivação, se houvesse lido que o cranberry era tóxico, pensaria muito antes de apostar no suco. Mas... se o médico tivesse me falado: "você não vai poder usar o cranberry porque ele é *vermelho*, mas tem esse laboratório que está pesquisando e vai ser ótimo", eu ficaria no mínimo curiosa sobre o significado de dizer que o cranberry era *vermelho*, e porque eu não poderia tomá-lo por conta disso.

São, é claro, são situações bem diferentes: o cranberry não chega a 1% do preço do canabidiol importado. Além disso, apesar da beleza do argumento de Law, não dá para achar que a minha experiência individual seja a regra. Ainda assim, a

relação entre esse episódio e a controvérsia do CBD me leva a ponderar que a disputa deve rumar para o acesso à informação (e pela qualidade dela), e não para a supressão da autonomia. Um questionamento possível nesse aspecto é se é possível promover saúde dissociada de liberdade. O tom paternalista e muitas vezes desprovido de uma comunicação efetiva não abriria espaço para que o exercício da autonomia, em casos como esse, seja buscado no confronto com a medicina, quando poderia andar junto com ela? Outro questionamento possível: sabemos exatamente a real porcentagem de pessoas que vão abandonar tratamentos convencionais e optar por algo que potencialmente pode lhes fazer mal? Esse risco era um dos argumentos usados por atores contrários ao autocultivo.

Se as instituições têm seus desafios, leigos como eu e o ativismo também têm os seus. Novamente, o convite é para o abandono de uma busca sobre uma verdade única e absoluta para prosseguirmos com nosso diálogo. A rede nos mostra uma idealização da maconha, como a noção de que o que é natural não pode fazer mal. A questão aqui é menos saber se a maconha faz mal ou não e mais perseguir os argumentos que sustentam essa afirmação. Encontro aqui, de novo, a bifurcação entre natureza e ciência; dessa vez, para colocar a natureza quase no terreno do sagrado. Com isso, a natureza é idealizada em muitos aspectos e ela deve permanecer intocável para continuar sendo essa fonte de ideais. Não deve ser misturada com a indústria. Há que se considerar que, em alguns momentos, junto com a chegada da ciência e da indústria, vem a supressão da autonomia e os conceitos se confundem. Como se fosse necessário negar a ciência e a indústria para se ter um controle sobre o próprio destino. A natureza vira essa esfera da autonomia: o terreno das possibilidades em que o homem não está sujeito à burocracia e às instituições. Ele não precisa entregar um formulário e pedir receita médica, ou achar um médico que receite, ou pagar impostos. Na bifurcação entre ciência e natureza, entre ciência e leigos, essa liberdade se perdeu. Talvez seja na superação dessa distinção inicial que se possa fazer da autonomia uma realidade pertencente a ambos os campos e não atrelada a um ou a outro.

Anexos

NOTA TÉCNICA 19 – CPCON/ANVISA

Agência Nacional
de Vigilância Sanitária

Nota Técnica nº. 019 - CPCON/GFIMP/GGIMP/ANVISA

Brasília, 05 de maio de 2014

Assunto: Inclusão da substância **CANABIDIOL** em lista da Portaria SVS/MS Nº.344 de 12 de maio de 1998 e de suas atualizações.

Solicitante: Coordenação de Produtos Controlados – CPCON.

Ementa: Com o objetivo de adequar o processo de importação do canabidiol (CBD), em virtude da necessidade de emissão de autorizações excepcionais de importação da substância canabidiol para uso medicamentoso, e considerando que o canabidiol não demonstrou potencial de dependência, conforme a literatura consultada, esta CPCON resolveu avaliar a possibilidade de inclusão da substância CANABIDIOL na Lista – C1 (Lista de outras substâncias sujeitas ao controle especial) da Portaria SVS/MS Nº.344 de 12 de maio de 1998 e de suas atualizações.

Posição: A Coordenação de Produtos Controlados (ANVISA) ***é favorável*** à inclusão da substância **CANABIDIOL** na Lista – C1 (Lista de outras substâncias sujeitas ao controle especial) da Portaria SVS/MS Nº.344 de 12 de maio de 1998 e de suas atualizações. Além disso, com intuito de evitar duplicidade de controle, sugerimos também as seguintes modificações:

- Inserção do adendo 1.3 na lista C1 com a seguinte redação: **O disposto nos itens 1.1 e 1.2 não se aplicam a substância canabidiol. Entretanto, ficam também sob os controles dessa lista todos os estereoisômeros da substância canabidiol, sempre que seja possível a sua existência.**
- Inserção do adendo 3 na lista F2 com a seguinte redação: **Excetua-se dos controles referentes a esta lista a substância canabidiol, que está relacionada na lista "C1" deste regulamento.**

Justificativas:

I. A substância canabidiol (nome químico: 2-[(1R,6R)-3-metil-6-(1-metiletenil)-2-ciclohexen-1-il]-5-pentil-1,3-Benzenodiol, número CAS: 13956-29-1 e fórmula molecular: $C_{21}H_{30}O_2$), também conhecida pelo acrônimo CBD, é o principal fitocanabinóide não psicotrópico presente na planta *Cannabis sativa* [3], podendo constituir até 40% do seu extrato.[1,2,3]

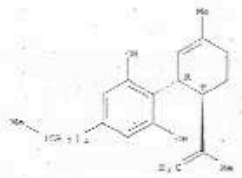


Figura 1 – fórmula estrutural do canabidiol [1]

[3] A planta Cannabis sativa L. está relacionada na lista F2 (lista de plantas proscritas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas) do anexo I da Portaria SVS/MS nº. 344/98.[4]

II. O CBD tem demonstrado uma multiplicidade de ações sobre o sistema canabinóide. Essa multiplicidade de efeitos do CBD pode ser explicada pelos seus múltiplos mecanismos de ação. Nesse contexto, verifica-se que, apesar de sua baixa afinidade pelos receptores canabinóides CB_1 e CB_2, o CBD é capaz de antagonizar os receptores agonistas CB_1 e CB_2 em concentrações razoavelmente baixas. Outras pesquisas demonstraram que o CBD é capaz de antagonizar a ativação do receptor canabinóide GPR55.[b] Além disso, é preciso lembrar que as outras ações biológicas do CBD sobre o sistema canabinóide são: o bloqueio da captação da anandamida e a inibição da hidrólise enzimática da anandamida.[5,6]

III. Uma das primeiras ações farmacológicas do CBD, descritas na literatura, foi sua propriedade antiepiléptica. Em 1973, um grupo brasileiro relatou que o CBD era ativo na redução ou no bloqueio das convulsões produzidas em animais experimentais. Tal fato foi confirmado por outro grupo um ano mais tarde. No final daquela década, o mesmo grupo brasileiro testou o CBD como tratamento para a epilepsia de difícil controle em 16 pacientes. Cada paciente recebeu, em um procedimento de duplo cego, de 200 a 300 mg por dia de CBD ou placebo, durante quatro meses e meio. Durante todo o experimento, os pacientes não pararam de tomar as drogas antiepilépticas prescritas antes do experimento (as quais não tinham eliminado suas convulsões). Apenas 1 (um) dos 8 (oito) pacientes recebendo CBD não demostrou nenhuma melhora, enquanto que entre os pacientes que receberam o placebo, uma melhorou e 7 (sete) permaneceram inalterados.[5]

IV. Atualmente, não há evidências conclusivas de que o canabidiol é eficaz para o tratamento da epilepsia (incluindo formas específicas de epilepsia, tais como a síndrome de Dravet), convulsões, ou as complicações dessas condições.[7,8] Apesar disso, em resposta à urgente necessidade expressa pelos pais de crianças com epilepsia de difícil controle, o FDA (Food and Drug Administration) está permitindo estudos do CBD purificado (canabidiol) como um medicamento anticonvulsivante. A "nova droga" está sendo fornecida aos médicos-pesquisadores pela GW Pharmaceuticals, que nomeou seu produto de "Epidiolex™".[8,9] Destaca-se ainda que não foram encontradas referências sobre a regulação sanitária de um medicamento que possua somente CBD.

Diante do exposto, esta CPCON conclui que:

Em que pese às características químicas e farmacológicas, à avaliação acerca do risco sanitário e os critérios equânimes para classificação das substâncias, esta Coordenação de Produtos Controlados – CPCON ***é favorável*** à inclusão da substância **CANABIDIOL** na Lista – C1 (Lista de outras substâncias sujeitas ao controle especial) da Portaria SVS/MS Nº 344 de 12 de maio de 1998 e de suas atualizações.

[b] Um receptor acoplado a uma proteína (GPR) 55 é sensível a certos canabinóides desencadeando a mobilização de Ca^{2+} intracelular. No entanto, o significado neurobiológico adaptativo de GPR55 permanece desconhecido.

Além disso, com intuito de evitar duplicidade de controle, sugerimos também as seguintes modificações:

- Inserção do adendo 1.3 na lista C1 com a seguinte redação: **O disposto nos itens 1.1 e 1.2 não se aplicam a substância canabidiol. Entretanto, ficam também sob os controles dessa lista todos os estereoisômeros da substância canabidiol, sempre que seja possível a sua existência.**
- Inserção do adendo 3 na lista F2 com a seguinte redação: **Excetua-se dos controles referentes a esta lista a substância canabidiol, que está relacionada na lista "C1" deste regulamento.**

Atenciosamente,

CPCON / GFIMP / GGIMP / ANVISA

Referências

1. Scifinder, **cannabidiol**, disponível em: www.cas.org e acessado em: 28/04/2014.
2. Campos, A. C.; **Multiple mechanisms involved in the large-spectrum therapeutic potential of cannabidiol in psychiatric disorders**, *Phil. Trans. R. Soc. B* (2012) 367, 3364–3378, disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3481531/pdf/rstb20110389.pdf e acessado em: 28/04/2014.
3. NCBI – Pub Chem Compound, **Cannabidiol**, disponível em: http://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/summary/summary.cgi?cid=644019 e acessado em: 28/04/2014.
4. Anvisa, **Resolução - RDC nº. 6, de 18 de fevereiro de 2014**, disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/[illegible]/RESOLU%C3%87%C3%83O+RDC++6_+2014.pdf?MOD=AJPERES e acessado em: 28/04/2014.
5. Zuardi, A.W., **Cannabidiol: from an inactive cannabinoid to a drug with wide spectrum of action**, *Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(3):271-80*, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000300015&lng=en&nrm=iso&tlng=en e acessado em: 30/04/2014
6. Sylantyev, S.,et. Al.; **Cannabinoid- and lysophosphatidylinositol-sensitive receptor GPR55 boosts neurotransmitter release at central synapses.** Proc Natl Acad Sci U S A. Mar 26, 2013, 110(13): 5193–5198 disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3612675/pdf/pnas.201211204.pdf e acessado em: 30/04/2014
7. MCBI – Miami Chidren's Brain Institute, **Cannabidiol for epilepsy**, disponível: https://www.hemp.org/wiki/Cannabidiol_for_epilepsy e acessado: 05/05/2014.
8. O'Shaughnessy's – on line, **Comes Now Epidiolex™ (FDA approves IND studies of CBD)**, disponível: http://www.beyondthc.com/comes-now-epidiolex-fda-approves-ind-studies-of-cbd/ e acessado: 05/05/2014.
9. GW Pharmaceuticals, **Epidiolex**, disponível em: http://www.gwpharm.com/Epidiolex.aspx e acessado em: 05/05/2014.
10. GW Pharmaceuticals, **Sativex**, disponível em: http://www.gwpharm.com/Sativex.aspx e acessado em: 05/05/2014.

CARTA ABERTA DA USP/RP À ANVISA

ENTRADA
18 JUL 2014
POSTAL

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

UNIAP
GADIP – GABINETE DO DIRETOR – PRESIDENTE
18/07/2014 21/7/2014
DATA ENTRADA DATA EXPEDIENTE

"580500147"

Ribeirão Preto, 16 de Julho de 2014

COADI/GADI/ANVISA
22 JUL 2014
13 h 00 min
Apoio Administrativo

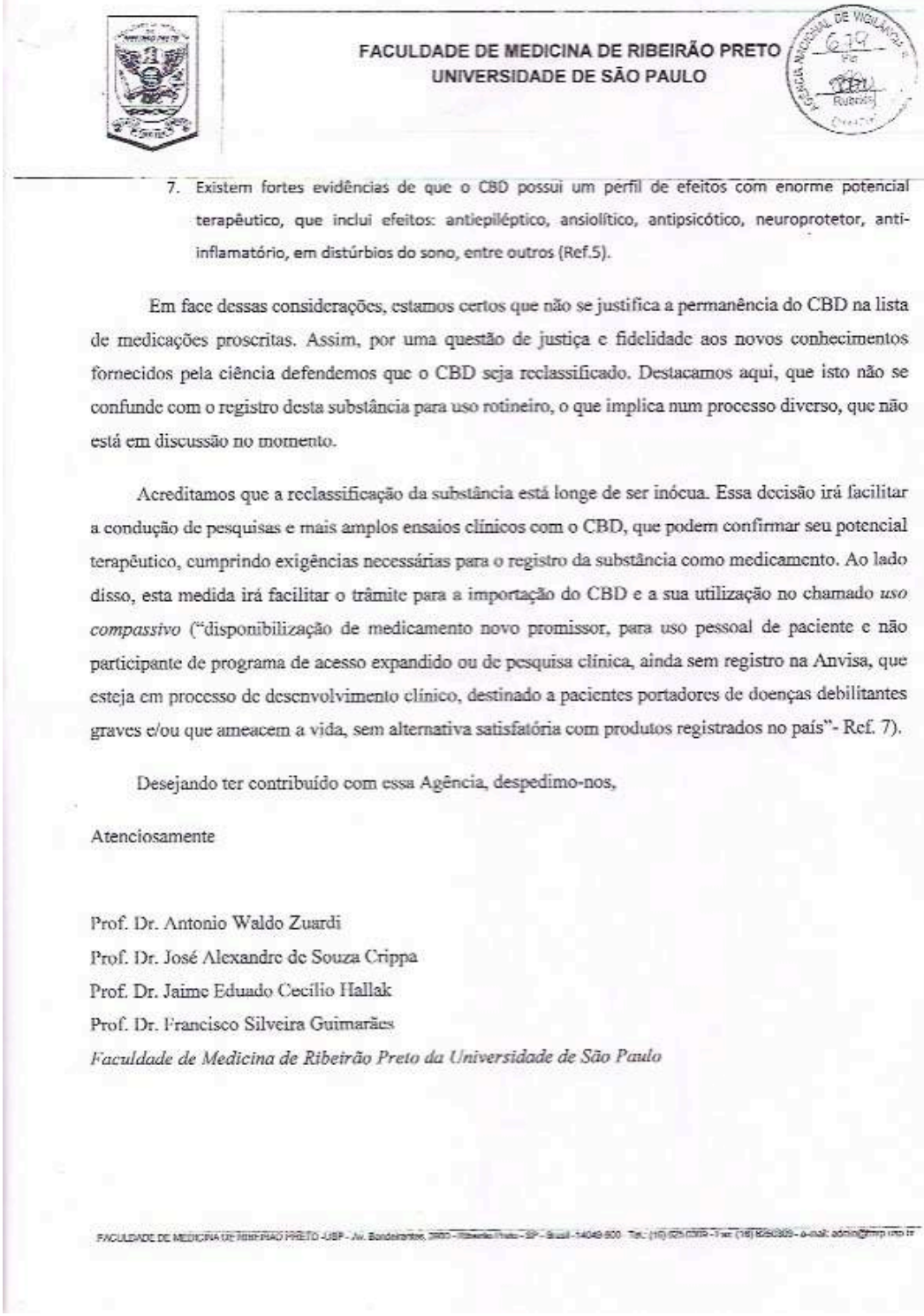
CARTA ABERTA À DIRETORIA DA ANVISA

Nosso grupo de pesquisa estuda o Canabidiol (CBD) há mais de 35 anos e durante esse período tem contribuído significativamente nos avanços observados com este composto e acompanhado atentamente a literatura científica disponível sobre o tema. Dessa forma, achamos ser nossa obrigação colaborarmos com alguns subsídios, no momento em que essa Agência discute a reclassificação do CBD, atualmente na lista de substâncias proscritas. Listamos abaixo algumas considerações:

1. O canabidiol (CBD) é um produto natural, que pode ser extraído da planta *Cannabis sativa*.
2. Algumas companhias farmacêuticas produzem extratos de cepas da planta ricas em CBD. Estas podem atingir altos níveis de pureza. Entretanto, como para todo extrato, não é possível alcançar 100% de pureza.
3. O Prof. Raphael Mechoulam, que identificou pela primeira vez a estrutura química do CBD descreveu um método de obtenção deste canabinóide na forma cristalina (Ref. 1). Como informado pelo Prof. Mechoulam, especificamente para esse documento, nessa forma cristalina seu laboratório tem obtido o CBD com um grau de pureza de 98,9 a 99,9 e desprovido de Delta-9 tetrahidrocanabinol (THC- Anexo 1).
4. Na forma cristalina o CBD pode ser obtido também por síntese e existe pelo menos um laboratório Europeu que fornece este composto para pesquisa em animais e humanos, com seu método de síntese aprovado pela Agência Americana *Food and Drug Administration* (FDA). Este CBD sintético não deriva da *Cannabis*, não contem outros canabinóides, incluindo o THC ou qualquer outro constituinte psicoativo (Anexo 2).
5. Desde os primeiros estudos com o CBD, em humanos, sabe-se que ele não produz os efeitos psicoativos típicos da planta *Cannabis sativa* (Ref. 2, 3), o que tem sido exaustivamente confirmado nesses 40 anos de estudo com o composto (Ref.4). Além disso, está bem estabelecido que o CBD antagoniza os principais efeitos psicoativos da planta Cannabis sativa (Ref. 5).
6. Inúmeros estudos em animais e humanos têm mostrado que o uso agudo ou crônico do CBD é desprovido de efeitos tóxicos e de efeitos adversos significativos (Ref. 6).

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP - Av. Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - SP

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Fls.
Rubrica



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

7. Existem fortes evidências de que o CBD possui um perfil de efeitos com enorme potencial terapêutico, que inclui efeitos: antiepiléptico, ansiolítico, antipsicótico, neuroprotetor, anti-inflamatório, em distúrbios do sono, entre outros (Ref.5).

Em face dessas considerações, estamos certos que não se justifica a permanência do CBD na lista de medicações proscritas. Assim, por uma questão de justiça e fidelidade aos novos conhecimentos fornecidos pela ciência defendemos que o CBD seja reclassificado. Destacamos aqui, que isto não se confunde com o registro desta substância para uso rotineiro, o que implica num processo diverso, que não está em discussão no momento.

Acreditamos que a reclassificação da substância está longe de ser inócua. Essa decisão irá facilitar a condução de pesquisas e mais amplos ensaios clínicos com o CBD, que podem confirmar seu potencial terapêutico, cumprindo exigências necessárias para o registro da substância como medicamento. Ao lado disso, esta medida irá facilitar o trâmite para a importação do CBD e a sua utilização no chamado *uso compassivo* ("disponibilização de medicamento novo promissor, para uso pessoal de paciente e não participante de programa de acesso expandido ou de pesquisa clínica, ainda sem registro na Anvisa, que esteja em processo de desenvolvimento clínico, destinado a pacientes portadores de doenças debilitantes graves e/ou que ameacem a vida, sem alternativa satisfatória com produtos registrados no país"- Ref. 7).

Desejando ter contribuído com essa Agência, despedimo-nos,

Atenciosamente

Prof. Dr. Antonio Waldo Zuardi
Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa
Prof. Dr. Jaime Eduado Cecílio Hallak
Prof. Dr. Francisco Silveira Guimarães
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP - Av. Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - SP - Brasil - 14049-900 Tel.: (16) 6250309 - Fax: (16) 6250309 - e-mail: admin@fmrp.usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Referências:

1. R. Mechoulam and Y. Shvo. Tetrahedron, The structure of cannabidiol. 19, 2073-2078 (1963).
2. Perez-Reyes M, Timmons MC, Dauls KH, Wall ME. A comparison of the pharmacological activity in man of the intravenously administered delta9 – tetrahydrocannabinol, cannabinol and cannabidiol.*Experientia*. 1973;29(11):1368-9.
3. Hollister LE. Cannabidiol and cannabinol in man. *Experientia*. 1973;29(7):825-6.
4. Martin-Santos R, Crippa JA, Batalla A, Bhattacharyya S, Atakan Z, Borgwardt S, Allen P, Seal M, Langohr K, Farré M, Zuardi AW, McGuire PK. Acute effects of a single, oral dose of d9-tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol (CBD) administration in healthy volunteers. Curr Pharm Des. 2012;18(32):4966-79.
5. Zuardi AW. Cannabidiol: from an inactive cannabinoid to a drug with wide spectrum of action. Rev Bras Psiquiatr. 2008 Sep;30(3):271-80.
6. Bergamaschi MM, Queiroz RH, Zuardi AW, Crippa JA. Safety and side effects of cannabidiol, a Cannabis sativa constituent. Curr Drug Saf. 2011 Sep 1;6(4):237-49.
7. Conselho Federal de Medicina, Brasil. Minuta da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC), de 2011 – que aprova o regulamento para programa de acesso expandido, uso compassivo e doação pós-estudo de medicamentos.

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO -USP - Av. Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - SP - Brasil -14049-900 - Tel.: (16) 626 0300 - Fax. (16) 6230809 - e-mail: admin@fmrp.usp.br

DECISÃO JUSTIÇA ANNY FISCHER - PROCESSO 24632-22.2014.4.01.2400

Justiça Federal/DF
FL.

JUSTIÇA FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL
3ª VARA

PROCESSO : 24632-22.2014.4.01.3400
AUTOR : ANNY DE BORTOLI FISCHER
RÉU : AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA

DECISÃO

Os autos relatam o caso de Anny de Bortoli Fischer, uma criança de apenas cinco anos de idade, acometida de uma doença rara e muito grave, decorrente de mutações no gene CDLK5 (Cyclin-dependent kinase-like 5), denominada encefalopatia epiléptica infantil precoce tipo 2 (EIEE2).

Em resumo, pelo que consta do relatório encartado na fl. 106, de autoria do Dr. Wilson Marques Júnior, Professor Titular de Neurologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, a doença se caracteriza pela instalação de crises convulsivas nos primeiros meses de vida, associada a um atraso intenso e global do desenvolvimento, evoluindo com retardo mental e pobre controle motor. Acarreta, ainda, falha no desenvolvimento da fala, dismorfias faciais sutis, distúrbio do sono, anormalidades gastrointestinais e movimentos estereotipados das mãos.

O médico citado confirmou o diagnóstico da autora como portadora da doença em questão, ante a compatibilidade de seu quadro clínico com as características descritas.

Juiz Federal Bruno Apolinário

Por sua vez, o relatório da fl. 108, de autoria do Dr. Wagner Afonso Teixeira, médico neurologista da Universidade de São Paulo, assenta que as manifestações da doença se iniciaram quando a autora tinha apenas 45 dias de vida, tendo evoluído significativamente, sem que o tratamento convencional com o uso de anticonvulsivantes produzisse qualquer efeito. Narra, também, que a autora foi submetida a cirurgia para implante de marca-passo no nervo vago, objetivando a estabilização das crises, sem sucesso, porém.

Exauridas as terapias convencionais para a debelação das reiteradas crises convulsivas sofridas pela criança, que chegaram ao impressionante número de oitenta por semana, decidiram os pais recorrer a um tratamento alternativo com o uso do *Canabidiol*, substância extraída da planta *Cannabis sativa*, popularmente conhecida como maconha, em face das notícias veiculadas na literatura especializada sobre a eficácia dessa substância no controle dos sintomas da doença.

Diz o médico Wagner Teixeira, no relatório da fl. 108, que a paciente apresentou melhora expressiva após a administração do medicamento feito à base do canabidiol, chegando a se ver praticamente livre das crises convulsivas, que passaram a ocorrer esporadicamente.

Com o sucesso da experiência, considerada pela genitora da paciente um milagre, o médico Wagner Teixeira recomendou a manutenção do medicamento, advertindo que sua retirada pode implicar o retorno das crises motoras e, consequentemente, a exposição da autora ao risco de morte.

O gráfico anexado à fl. 35 ilustra a evolução da autora no combate às crises convulsivas com o uso do canabidiol (CBD). De acordo com o relatório da fl. 32, antes da administração da substância, as crises convulsivas ocorriam numa freqüência de 30 a 80 vezes por semana, ao

passo que, após a utilização do medicamento, houve contínua redução das crises até a completa cessação. O uso do CBD foi interrompido, certamente com vistas à comprovação de sua eficácia, e as crises retornaram, alcançando 42 episódios por semana. Por fim, retomado o tratamento, a paciente voltou a se ver livre das convulsões, o que, de acordo com o parecer do Dr. José Alexandre S. Crippa, autor do relatório, sugere fortemente o efeito anticonvulsivante do CBD na paciente.

O ponto controvertido está em que o medicamento em tela não pode ser comercializado ou utilizado no Brasil, pois não está registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que detém a atribuição de realizar o controle dos medicamentos em uso no território nacional, com vistas à avaliação da eficácia para os fins a que se propõem e da segurança dos pacientes aos quais se destinam.

Até aqui, a autora vem se utilizando da substância de forma clandestina, ainda que com o devido acompanhamento médico, graças à iniciativa dos seus pais de importar o medicamento dos Estados Unidos e de internalizá-lo no território brasileiro sem o conhecimento das autoridades sanitárias. Porém, na última tentativa de importação da substância, a encomenda foi retida pela ANVISA para análise técnica, tendo aquela autarquia instado a importadora, no caso a tia da autora, Cristiane B. Andrade, a apresentar documentação comprobatória do nome do produto importado e do respectivo fabricante e declaração de uso e finalidade do produto e da importação, com a advertência de que, no silêncio da interessada, a remessa postal seria devolvida ao correio de origem (fls. 97/98).

Em razão desse fato, vem a autora, devidamente representada por sua mãe, requerer a proteção do Poder Judiciário a fim de que seja autorizada a importar a substância CBD, sempre que houver requisição

Juiz Federal Bruno Apolinário

3

médica, independentemente de autorização da ANVISA, ao argumento de que, dada a gravidade de seu estado de saúde, não pode aguardar a longa tramitação do processo de registro do produto perante aquela autarquia para só então utilizá-lo, sem que disso resulte grave dano pela interrupção do tratamento, inclusive com o risco de morte.

Analisando o pleito, considero relevante advertir, já de início, que, pelos termos em que posta a questão pela autora, não se pretende com a presente demanda fazer apologia do uso terapêutico da *Cannabis sativa*, a maconha, no tratamento da encefalopatia epiléptica infantil precoce tipo 2 (EIEE2), menos ainda da liberação de seu uso para qualquer fim em nosso país. O tema sobre o uso dessa planta para fins terapêuticos tem instigado a opinião pública, a academia de medicina, o poder público e os meios de comunicação, e reforçado o debate sobre a possibilidade da legalização de seu uso no Brasil, de modo que a referência inevitavelmente feita à *Cannabis sativa* nestes autos, até pela similitude entre o nome científico da planta e o nome do princípio ativo do medicamento almejado, o *Canabidiol*, pode levar à precipitada conclusão de que se estaria, também aqui, a discutir acerca da possibilidade de o Poder Judiciário autorizar, excepcionalmente, o uso da maconha para fins medicinais.

É necessário que não se incorra neste erro.

Como aclarado, devidamente, no parecer acostado na fl. 104, elaborado pelo Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, de autoria do Dr. Antonio Waldo Zuardi, Professor Titular de Psiquiatria, o *Canabidiol* (CBD), cuja importação se pretende, é apenas um dos 80 (oitenta) canabinóides presentes na *Cannabis sativa* (maconha), precisamente aquele que não produz os efeitos típicos da planta (euforia, despersonalização, distorção sensorial, alucinações,

delírios), que são resultantes, em verdade, de outro canabinóide, o Delta-9-Tetrahidrocanabinol, ou, simplesmente, Tetrahidrocanabinol (THC). Tanto é assim que, na listagem de substâncias de uso proscrito no Brasil anexa à Portaria n. 344/98, da ANVISA, atualizada pela Resolução da Diretoria Colegiada n. 37/2012, da mesma autarquia, consta apenas o Tetrahidrocannabinol (THC), e não o Canabidiol.

É bem verdade que faz parte da lista de plantas proscritas a *Cannabis sativa L.*, a maconha, donde também se extrai o Canabidiol. Todavia, sua vedação se justifica enquanto capaz de originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas, no caso, o Tetrahidrocannabinol (THC), que foi expressamente incluído no rol das substâncias psicotrópicas de uso proscrito no Brasil.

O Canabidiol, segundo as informações técnicas reunidas nos autos (fls. 104/105), produz, em verdade, o efeito inverso ao do THC, atenuando-lhe as conseqüências, como a ansiedade e os sintomas psicóticos. Diz o parecer que, dos estudos sobre os efeitos do Canabidiol em animais e humanos, nos últimos 30 anos, resultaram fortes evidências de que ele pode ser eficaz como ansiolítico, antipsicótico, neuroprotetor, anti-inflamatório e em distúrbios do sono.

No que diz respeito à epilepsia, propriamente, a substância revelou-se eficaz na atenuação ou bloqueio das convulsões, e, no caso particular da autora, fundamental na debelação das crises recorrentes produzidas pela doença de que está acometida, dando-lhe uma qualidade de vida jamais experimentada e reduzindo, sensivelmente, o risco de morte como resultado dos ataques epilépticos.

É evidente que essas conclusões lançadas nos pareceres e relatórios que acompanham a petição inicial poderão ser objeto de avaliação crítica no curso da instrução probatória, por meio, quiçá, da

Juiz Federal Bruno Apolinário

realização de perícia por profissionais da confiança deste Juízo. Todavia, para efeito de exame do pedido de concessão da tutela urgente, as informações reunidas são bastante expressivas e, dado que emanadas de especialistas altamente gabaritados e que vêm acompanhando a autora de forma muito próxima, devem ser tidas como suficientes, por ora, no embasamento desta decisão.

Portanto, fica bastante claro que não se cuida aqui de analisar a possibilidade da utilização em nosso país da *Cannabis sativa L*, a maconha, como via terapêutica, mas de apenas um de seus oitenta canabinóides, o *Canabidiol*, que não produz os efeitos típicos da planta, no tratamento da grave doença identificada pela sigla EIEE2, de que é portadora a autora.

Feita a ressalva, considero que há razões suficientes para o acolhimento do pedido posto à apreciação.

Como relatado, a autora sofre de encefalopatia epiléptica infantil precoce tipo 2 (EIEE2) desde que tinha apenas 45 dias de vida, o que lhe acarreta reiteradas crises de epilepsia, que alcançaram o impressionante número de 80 por semana, além de prejuízos ao desenvolvimento mental, motor, da fala, entre outras conseqüências próprias da doença, estando, por isso, em permanente risco de morte.

Segundo o relatório médico da fl. 108, a autora foi submetida a todos os tratamentos convencionais disponíveis para o controle das crises epilépticas, sem qualquer sucesso. Chegou, inclusive, a receber um implante de marca-passo no nervo vago, também sem resposta satisfatória.

Somente veio a encontrar o alívio para o seu sofrimento no uso do *Canabidiol*, substância comercializada nos Estados Unidos, com eficácia comprovada no tratamento da EIEE2, porém ainda sem registro no Brasil. De acordo com o relatório da fl. 108, a autora se viu livre das crises convulsivas após a administração da substância em tela.

Juiz Federal ***Bruno Apolinário***

É compreensível, de um lado, o procedimento adotado pela ANVISA consistente na retenção do medicamento importado para a obtenção de esclarecimentos sobre a finalidade a que se destina, considerando que se trata de produto novo no mercado nacional e tendo em vista a missão de que foi incumbida a autarquia pela Lei n. 9.782/99 de controlar e fiscalizar os medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias, assim como a importação, o registro e a fabricação desses produtos, sempre tendo em vista a proteção da saúde da população.

Neste sentido, não há razões para criticar a atuação da ANVISA, pois, diante da circunstância de se tratar de importação de medicamento desconhecido no mercado brasileiro, não se poderia exigir da agência responsável pela vigilância sanitária conduta diversa da que adotou, num primeiro momento, com a retenção do produto, cautelarmente, para a colheita de informações que permitissem a conclusão sobre a possibilidade de liberação do medicamento para uso interno sem risco ao destinatário.

Todavia, uma vez esclarecido o grave estado de saúde da paciente a quem o medicamento se destina e demonstrada a premência da autora na sua obtenção com vistas à preservação dos ganhos obtidos até aqui com sua administração, inclusive com a drástica redução do risco de morte, entendo que não há justificativa para a permanência da retenção do produto pela ANVISA.

As informações técnicas iniciais sobre o produto dão-nos a segurança necessária de que se trata de medicamento extremamente eficaz no tratamento da EIEE2, capaz de anular por completo as reiteradas crises convulsivas que assolam os portadores dessa grave doença, e também

seguro, diante da constatação científica da ausência de toxicidade com as doses habituais do composto e de sua excelente tolerabilidade (fl. 105).

Nestas circunstâncias, ainda que se reconheça à ANVISA a prerrogativa de prosseguir com as investigações com vistas à confirmação da eficácia e da segurança do medicamento em pauta, visando ao registro futuro e à liberação da comercialização e uso no Brasil, não se pode cerrar os olhos às evidências já colhidas acerca relevância do CBD no trato da EIEE2 e da imprescindibilidade dessa substância para a preservação da vida da autora.

A experiência tem demonstrado que os procedimentos no seio da ANVISA são demorados, muito em razão da complexidade de sua missão e das averiguações que realiza sobre os produtos postos ao seu crivo para fins de registro e liberação de uso. No caso do canabidiol não será diferente. Decerto que a ANVISA iniciará longo processo para estudo da substância para fins de certificação de sua segurança e da eficácia, para que, só então, eventualmente autorize sua inserção no mercado para o amplo consumo.

Entretanto, não há como fazer a autora esperar indefinidamente até a conclusão desses estudos sem que isso lhe traga prejuízos irreversíveis. É necessário adotar uma solução intermediária, que contemple os interesses de todas as partes envolvidas. De um lado, a ANVISA deve, em razão das atribuições legais que lhe foram confiadas, dar seguimento às pesquisas para a possível liberação do uso do Canabidiol em larga escala no Brasil, fazendo uso do tempo estritamente necessário à conclusão das análises sobre a segurança e a eficácia da substância. De outro lado, no entanto, deve-se tutelar a vida e a saúde da autora, permitindo-lhe que continue a importar e consumir a substância em nosso país até que haja um pronunciamento definitivo da ANVISA sobre o tema.

Juiz Federal ***Bruno Apolinário***

Em favor da autora estão as evidências quanto à eficácia e a segurança do medicamento no combate à encefalopatia epiléptica infantil precoce tipo 2 (EIEE2), tanto pelo sucesso por ela mesma obtido com o uso do CBD, quanto pelas experiências e estudos feitos no Brasil e no exterior, a acenar com a grande probabilidade de que a substância em debate venha também a ser aprovada pela vigilância sanitária do nosso país como alternativa de tratamento dessa grave doença, na esteira do que já ocorre nos Estados Unidos, por exemplo.

Essa solução decorre, ademais, de imposição da Constituição Federal de 1988, que, no artigo 196, estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Portanto, assim como a ANVISA tem o poder-dever de controlar os medicamentos de uso humano que ingressam e circulam no território nacional, compete-lhe, também, a obrigação de proteger a saúde da população brasileira, o que, no caso particular da autora, demonstrou-se ser possível apenas através da liberação da importação e do uso do *Canabidiol* a fim de que ela dê sequência ao tratamento já iniciado com resultados espetaculares no combate à EIEE2.

De resto, trata-se da única solução compatível com o princípio da proporcionalidade, à vista das circunstâncias reveladas nos autos. Ainda que se vislumbre a adequação e a necessidade da retenção do medicamento por parte da ANVISA no exercício de sua atividade de fiscalização, como meio de efetivação plena do controle sanitário, a restrição administrativa não resiste ao último filtro que conforma o princípio da proporcionalidade, que é o da proporcionalidade em sentido estrito. Colho do *Curso de Direito Constitucional* de Gilmar Ferreira Mendes, Inocêncio Mártires Coelho e Paulo Gustavo Gonet Branco[1]:

1 MENDES, Gilmar Ferreira. Curso de Direito Constitucional / Gilmar Ferreira Mendes, Inocêncio Mártires Coelho, Paulo Gustavo Gonet Branco. – São Paulo : Saraiva, 2007, p. 322-3

> *"De qualquer forma, um juízo definitivo sobre a proporcionalidade da medida há de resultar da rigorosa ponderação e do possível equilíbrio entre o significado da intervenção para o atingido e os objetivos perseguidos pelo legislador (proporcionalidade em sentido estrito)."*
>
> *"A proporcionalidade em sentido estrito assumiria, assim, o papel de um controle de sintonia fina (Stimmigkeitskontrolle), indicando a justeza da solução encontrada ou a necessidade de sua revisão."*

Postos em confronto a prerrogativa da administração pública de reter o medicamento visado pela autora para fins de controle e averiguação de sua segurança e eficácia, e, noutro polo, os direitos fundamentais da autora à vida e à saúde, bens estes somente tuteláveis no momento pelo uso contínuo do *Canabidiol*, há que se dar prevalência ao interesse jurídico da demandante, uma vez que o significado da intervenção estatal sobre ela, pelos danos irreversíveis que pode provocar, suplanta e contraria o fim visado pela vigilância sanitária, que é o de proteger a saúde pública. Ao se impedir a importação e o consumo imediatos do medicamento pela autora, está a ANVISA, em verdade, contribuindo para a involução do estado de saúde da paciente e para o incremento exponencial do risco de morte, o que representa, claramente, a negação mesma do fim último daquela autarquia, que, como visto, é o de proteção da saúde e da vida. De mais a mais, a pretensão manifestada pela postulante não expõe a população a nenhum risco, uma vez que o pedido se restringe à importação para uso próprio, tendo em vista as peculiaridades do caso.

Juiz Federal ***Bruno Apolinário***

JUSTIÇA FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL
3ª VARA

Justiça Federal/DF
FL.

Autos nº 24632-22.2014.4.01.3400

Com essas razões, sem pretender cercear a prerrogativa da ANVISA de prosseguir com os estudos necessários à constatação da segurança e da eficácia do *Canabidiol* com vistas ao futuro registro para inserção no mercado nacional, entendo que, no caso da autora, a liberação da importação e uso da substância deve ser imediata, considerando a imprescindibilidade do medicamento na proteção da saúde e da vida da criança e as demonstrações preliminares da eficácia e da segurança do produto ao menos no que diz respeito ao tratamento da EIEE2.

É evidente que, caso a ANVISA, findos os estudos, chegue a conclusões que infirmem fundamentadamente os estudos científicos que atestam os benefícios do *Canabidiol* no tratamento da doença em questão, a autorização para importação e uso no Brasil poderá ser revista. Todavia, neste momento, pelos progressos que a autora tem apresentado com o uso da substância, com uma sensível melhora da qualidade de vida, seria absolutamente desumano negar-lhe a proteção requerida.

Ante o exposto, antecipo os efeitos da tutela para determinar à ANVISA que se abstenha de impedir a importação, pela autora, da substância *Canabidiol* (CBD), sempre que houver requisição médica.

Intime-se e cite-se a ré para que tenha ciência desta decisão e para que responda à ação no prazo legal.

Publique-se.

Brasília, 03 de abril de 2014.

BRUNO CÉSAR BANDEIRA APOLINÁRIO
Juiz Federal

Referências bibliográficas

ENTREVISTAS

ARANHA, Mauro. *Presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo até 2017*, 11 maio 2016.

ARAÚJO, Tarso. *Jornalista, escritor e documentarista. É autor do livro "Almanaque das Drogas" e dirigiu o documentário "Ilegal", que conta a história de Anny Fischer*, 27 maio 2016.

BARBOSA, Jarbas. *Diretor-presidente da Anvisa (2015-) e médico sanitarista*, 4 jan 2016.

BRITO, Margarete. *Ativista e mãe de Sofia, portadora da síndrome CDKL5. Uma das fundadoras da APEPI (Apoio à Pesquisa e Pacientes de Cannabis Medicinal) e da Ama+me (Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal)*, 25 maio 2016.

CARVALHO, Cidinha. *Ativista e mãe de Clarian, portadora da Síndrome de Dravet*, 5 maio 2016.

CHIORO, Arthur. *Ministro da Saúde do Brasil entre 2014 e 2015*, 10 jun. 2016.

COIMBRA, Mariana (pseudônimo). *Repórter especializada em saúde da Folha de S.Paulo*, 25 maio 2016.

CRIPPA, José Alexandre. *Professor associado do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo*, 24 maio 2016.

FIGUEIREDO, Emílio. *Consultor jurídico e coordenador do site Growroom e advogado de cultivadores e usuários*, 31 maio 2016.

FISCHER, Katiele Bortoli. *Mãe de Anny Fischer, portadora da síndrome CDKL5*, 1 abr. 2016.

FISCHER, Norberto. *Pai de Anny Fischer, portadora da síndrome CDKL5*, 10 maio 2016.

FORTES, Emmanuel. *Vice-presidente do Conselho Federal de Medicina*, 5 maio 2016.

HOWARD, Penny. *Mãe de Harper, portadora da síndrome CDKL5*, 6 jun. 2016.

IGREJA, Felipe. *Repórter da rádio CBN (Central Brasileira de Notícias), pertencente ao Sistema Globo de Rádio*, 23 maio 2016.

MACHADO, Roberta. *Repórter do Correio Braziliense*, 23 maio 2016.

MARTINS, José (pseudônimo). *Ativista da cannabis, engenheiro, cultivador e um dos fundadores da rede*, 6 jun. 2016.

MAXIMIANO, Vitore. *Defensor público e secretário Nacional de Política Sobre Drogas de 4/2013 a 10/2015*, 4 maio 2016.

MECHOULAM, Raphael. *Químico e professor da Universidade de Hebraica de Jerusalém, em Israel*, 4 nov. 2014.

NEMER, Ricardo. *Advogado e consultor jurídico da ABRACannabis (Associação Brasileira para a Cannabis)*, 2 jun. 2016.

OLIVEIRA, Jaime. *Diretor-presidente da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) entre 05/2014 e 03/2015*, 13 maio 2016.

PERES, Beatriz. *Jornalista e editora de texto da sucursal do Fantástico, programa da Rede Globo em 2014*, 21 jul. 2016.

RAMIRES, Leandro. *Oncologista do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e pai de Benício, portador da Síndrome de Dravet. Um dos fundadores da Ama+me (Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal)*, 10 jun. 2016.

SILVA, Fernando. *Advogado de cultivadores, ativista, e um dos organizadores da Marcha da Maconha*, 10 maio 2016.

ZUARDI, Antonio Waldo. *Professor do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo*, 20 maio 2016.

REFERÊNCIAS GERAIS

ABDULLAH, Halimah. *The Obama administration's pot politics problem - CNNPolitics.com*. Disponível em: <http://www.cnn.com/2014/02/04/politics/pot-politics/index.html>. Acesso em: 7 jul. 2016.

ABP. *ABPTV debate o Canabidiol | Associação Brasileira de Psiquiatria*. [S.l: s.n.], 16 jan. 2015. Disponível em: <http://www.abp.org.br/portal/abptv-debate-o-canabidiol/>. Acesso em: 19 jul. 2016.

ABP. *ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA SE MANIFESTA CONTRA A LEGALIZAÇÃO DA MACONHA*. [S.l: s.n.], 2014. Disponível em: <http://www.abp.org.br/manifesto/manifesto.pdf>.

ALJAZEERA AMERICA. *The chemical brothers: Colorado family makes good in medical pot business*. Disponível em: <http://america.aljazeera.com/watch/shows/techknow/blog/2014/3/4/the-chemical-brotherscoloradofamilymakesgoodinmedicalpotbusiness.html>. Acesso em: 7 jul. 2016.

ALVÁREZ, Rosario. *Cámara aprueba en general proyecto que despenaliza el autocultivo de marihuana | Política | LA TERCERA*. Disponível em: <http://www.latercera.com/noticia/politica/2015/07/674-637709-9-camara-de-diputados-votara-hoy-proyecto-que-despenaliza-el-autocultivo-de.shtml>. Acesso em: 16 jul. 2016.

ANVISA. Diretoria Colegiada Resolução-RDC número 3. *Diário Oficial da União*, 28 jan. 2015. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=53&data=28/01/2015>. Acesso em: 13 jul. 2016.

ANVISA. *RESOLUÇÃO - RDC Nº 38*. 8 dez. 2013.

ANVISA; CFM. *Processo-consulta CFM nº 10.090/11 – PARECER CFM nº 31/12*. 8 out. 2012.

ARAÚJO, Tarso; REPENSE. *Ilegal*, 27 mar. 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=CtJJ1pzMKxs>. Acesso em: 15 out. 2014.

ATALLAH, Álvaro Nagib; CASTRO, Aldemar Araujo. "Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica". *Imagem*, v. 20, n. 1, p. V-IX, 1998.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRANDALISE, Camila. *Anvisa cede à pressão política*. *ISTOÉ Independente*, 30 maio 2014. Disponível em: <http://istoe.com.br/365937_ANVISA+CEDE+A+PRESSAO+POLITICA/>. Acesso em: 16 jul. 2016.

BRANDALISE, Camila; PEREZ, Fabíola. *Maconha medicinal no Brasil*. *ISTOÉ Independente*. [S.l: s.n.], 23 maio 2014. Disponível em: <http://istoe.com.br/364676_MACONHA+MEDICINAL+NO+BRASIL/>. Acesso em: 16 jul. 2016.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. 26 jan. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm>. Acesso em: 11 jul. 2016.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. 23 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 19 jul. 2016.

BRASIL. JUSTIÇA FEDERAL - 16A. VARA FEDERAL. *Processo N° 0090670-16.2014.4.01.3400 - 16ª VARA FEDERAL - Decisão*, 3 mar. 2016.

BRASIL. JUSTIÇA FEDERAL - SEÇÃO JUDICIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL - 3A. VARA. *Processo 24632-22.2914.1.01.3400 - Decisão Justiça Federal - Seção Judiciária do Distrito Federal - 3 Vara*, mar. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 344. PORTARIA Nº 344, DE 12 DE MAIO DE 1998. 5 dez. 1998. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html>. Acesso em: 12 jul. 2016.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL. *Pesquisa brasileira de mídia 2015: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira*. Brasília: Secom, 2014. Disponível em: <http://www.secom.gov.br/atuacao/pesquisa/lista-de-pesquisas-quantitativas-e-qualitativas-de-contratos-atuais/pesquisa-brasileira-de-midia-pbm-2015.pdf>.

BRESCIANINI, Carlos Penna. *Senado cria comissão para debater com Anvisa liberação do canabidiol*. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/senado-cria-comissao-para-debater-com-anvisa-liberacao-do-canabidiol>. Acesso em: 17 jul. 2016.

BRUCKI, Sonia M. D. *et al.* "Cannabinoids in neurology; Brazilian Academy of Neurology". *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 73, n. 4, p. 371–374, abr. 2015.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. "A saúde e seus determinantes sociais". *Physis*, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CALLON, Michel. "Some Elements of a Sociology of Translation: the Case of the Scallops and Fishermen of St. Brieuc Bay". *Power, Action and Belief: a New Sociology of Knowledge? Sociological Review Monograph 32*. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1986.

CARLINI, Elisaldo Araújo. "A história da maconha no Brasil". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 55, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000400008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 jul. 2016.

CARVALHO, Patrícia Borges de; ARAÚJO, Wilma Maria Coelho. "Rotulagem de suplementos vitamínicos e minerais: uma revisão das normas federais". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. Sup, p. 779–791, 2008.

CEBRID. *O que são drogas psicotrópicas?- Cebrid-Unifesp/EPM*. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/drogas_.htm>. Acesso em: 7 jul. 2016.

CFM. Resolução CFM no. 2.113. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 out. 2014a. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/12/2014&jornal=1&pagina=183&totalArquivos=192>. Acesso em: 6 jul. 2016.

CFM. Resolução CFM nº 2.113/2014. 2014 b. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/download/702/686>. Acesso em: 13 jul. 2016.

COLLINS, H.M.; YEARLEY, S. "Epistemological Chicken". *Science as Practice and Culture*. Chicago: University of Chicago, 1992, pp. 301–326.

CPCON/ANVISA. *Nota técnica 019*. Brasília: [s.n.], 5 maio 2014.

CPCON/GFIMP/GGIMP. *Nota técnica 25/1014*. Brasília: [s.n.], 28 maio 2014.

CREMESP. *Resolução Cremesp nº 268*. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Legislacao&id=777>. Acesso em: 14 jul. 2016.

CRIPPA, José Alexandre de Souza. *A erva e o equilibrista - Geral - Estadão*. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,a-erva-e-o-equilibrista,1158996>. Acesso em: 13 jul. 2016.

CUNHA, J. M. *et al.* "Chronic administration of cannabidiol to healthy volunteers and epileptic patients". *Pharmacology*, PMID: 7413719, v. 21, n. 3, p. 175–185, 1980.

DELMASSO, Rodrigo. 41/2015. PROJETO DE LEI Nº 41/2015, mar. 2016. Disponível em: <http://rodrigodelmasso.com.br/wp-content/uploads/2015/04/PROJETO-DE-LEI-N%C2%BA-41-2015.pdf>.

DIAS, Isabel. "Família e discurso político: algumas pistas de análise". *Sociologia*, v. 4, p. 97–171, 1994.

DIMON/ANVISA. *Canabidiol Relatório Interno*. Brasília: [s.n.], 11 maio 2014.

DURKHEIM, Émile. *As Regras do Método Sociológico*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ELKIS, Helio; MELTZER, Herbert Y. "Refractory schizophrenia". *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 29, p. S41–S47, out. 2007.

ELKIS, Livia Cunha; HIRSCHHEIMER, Mario Roberto. *Sociedade de Pediatra de São Paulo, comentário sobre a matéria: "Justiça autoriza importação de remédio derivado de maconha para criança com epilepsia"*, 24 abr. 2014.

EPSTEIN, S. "The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials". *Science, Technology & Human Values*, v. 20, n. 4, p. 408–437, 1 out. 1995.

ESTADO DE S. PAULO. Morre cientista Sergio Henrique Ferreira, aos 81 anos, 19 jul. 2016. Disponível em: <http://ciencia.estadao.com.br/noticias/geral,morre-cientista-sergio-henrique-ferreira-aos-81-anos,10000063746>. Acesso em: 19 jul. 2016.

EUA. HOUSE OF CONGRESS. Agricultural Act of 2014. 2014, Sec. SEC. 7606. LEGITIMACY OF INDUSTRIAL HEMP RESEARCH., p. 698. Disponível em: <http://agriculture.house.gov/sites/republicans.agriculture.house.gov/files/pdf/legislation/agriculturalact2014.pdf>.

EUA. HOUSE OF CONGRESS. *S.134 - 114th Congress (2015-2016): Industrial Hemp Farming Act of 2015*. legislation. Disponível em: <https://www.congress.gov/bill/114th-congress/senate-bill/134>. Acesso em: 7 jul. 2016.

FANTÁSTICO. *Mães plantam maconha para produzir remédios para os filhos no Chile*. Disponível em: <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2016/05/maes-plantam-maconha-para-produzir-remedios-para-os-filhos-no-chile.html>. Acesso em: 14 jul. 2016.

FANTÁSTICO/REDE GLOBO. *Fantástico - Pais lutam na Justiça por liberação de remédio derivado da maconha*. Disponível em: <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/03/pais-lutam-na-justica-por-liberacao-de-remedio-derivado-da-maconha.html>. Acesso em: 24 jul. 2016.

FERNANDES, Luís. "O que a droga faz à norma". *Toxicodependências*, v. 15, n. 1, p. 3–18, 2009.

FISCHER, Katiele; FISCHER, Norberto. *Katiele Fischer: A TRIP da nossa filha com a maconha*. Disponível em: <http://revistatrip.uol.com.br/trip-transformadores/katiele-fischer-a-trip-da-nossa-filha-com-a-maconha>. Acesso em: 19 jul. 2016.

FOLHA ONLINE. *"Pílula antibarriga" começa a ser vendida oficialmente no Brasil*. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2008/04/392324-pilula-antibarriga-comeca-a-ser-vendida-oficialmente-no-brasil.shtml>. Acesso em: 23 jul. 2016.

G1. *Arquivo G1: Caso da pílula de farinha*. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL56741-5598,00.html>. Acesso em: 12 jul. 2016.

G1; BEM ESTAR. *Anvisa restringe importação de canabidiol a casos de epilepsia*. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/09/anvisa-restringe-importacao-de-canabidiol-casos-de-epilepsia.html>. Acesso em: 15 jul. 2016.

G1/GLOBONEWS. *Especial: O cultivo de maconha para uso medicinal*, 7 out. 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/globo-news/globo-news-

especial/videos/v/especial-o-cultivo-de-maconha-para-uso-medicinal/5155155/>. Acesso em: 16 jul. 2016.

GARRIDO, R. G.; RIBEIRO, A. S. D.; MOURA NETO, R. S. "Identificação e Vinculação Geográfica da Cannabis sativa: Ferramentas para Inteligência Policial". *Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics*, v. 2, n. 2, p. 123–140, 2013.

GLOSS, David; VICKREY, Barbara. "Cannabinoids for epilepsy". In: THE COCHRANE COLLABORATION (Org.). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2012. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009270.pub2>. Acesso em: 6 jul. 2016.

GOIS, Ancelmo. *A coluna de hoje | Ancelmo - O Globo*. Disponível em: <http://blogs.oglobo.globo.com/ancelmo/post/a-coluna-de-hoje-535925.html>. Acesso em: 19 jul. 2016.

GUPTA, Sanjay. *Dr. Sanjay Gupta's 'WEED2: Cannabis Madness*", 3 nov. 2014. *CNN*. Disponível em: <http://www.cnn.com/specials/health/medical-marijuana>. Acesso em: 19 jul. 2016.

GUPTA, Sanjay. *WEED*, 8 nov. 2013. *CNN*. Disponível em: <https://vimeo.com/105921747>. Acesso em: 2 out. 2015.

HEMPADÃO. *Lobo Malta de olho no Canabidiol?! Hempadão*, 20 dez. 2014. Disponível em: <http://hempadao.com/lobo-malta-de-olho-no-canabidiol/>. Acesso em: 16 jul. 2016.

INTERNATIONAL FOUNDATION FOR CDKL5 RESEARCH. *CDKL5 Disorder – An Introductory Guide*. [S.l: s.n.], [S.d.]. Disponível em: <http://www.cdkl5.com/UserFiles/files/CDKL5_Introductory-Guide.pdf>. Acesso em: 24 out. 2015.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. *Report of the International Narcotics Control Board for 2015*. "Chapter II - Functioning of the international drug control system". [S.l.]: INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2015. Disponível em: <https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2015/English/AR_2015_E_Chapter_II.pdf>.

KUHN, S. Thomas. *A estrutura das revoluções científicas*. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

LATOUR, Bruno. Another way to compose the common world. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, v. 4, n. 1, p. 301, 23 jun. 2014.

LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: 34, 1994.

LATOUR, Bruno. *Reassembling the Social*. Oxford: Oxford University Press, 2005.

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. *Laboratory life: the social construction of scientific facts*. Beverly Hills: Sage Publications, 1979. (Sage library of social research ; v. 80).

LAW, John. *After Method. Mess in social science research*. Londres: Routledge, 2004.

LBE-ABN. *Nota oficial sobre o uso do Canabidiol em Epilepsia*. *AMB*. [S.l: s.n.], 12 dez. 2014. Disponível em: <http://amb.org.br/noticias/nota-oficial-da-academia-brasileira-de-neurologia-sobre-o-uso-canabidiol-em-epilepsia/>. Acesso em: 6 jul. 2016.

LUNZE, Karsten *et al.* "Mandatory addiction treatment for people who use drugs: global health and human rights analysis". *BMJ*, PMID: 27284009, v. 353, p. i2943, 9 jun. 2016.

Marcha da Maconha tem respaldo da Constituição. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2011-jun-15/quem-participa-marcha-maconha-nao-faz-apologia-droga>. Acesso em: 4 jul. 2016.

MECHOULAM, R. *et al. Fluorinated cbd compounds, compositions and uses thereof*. [S.l: s.n.], jul. 2014. Disponível em: <http://www.google.com/patents/WO2014108899A1?cl=en>.

MEDICAL MARIJUANA INC. *What's the Difference Between Hemp and Marijuana? - Medical Marijuana Inc. (OTC: MJNA)*. *Medical Marijuana Inc. (OTC: MJNA)*. [S.l: s.n.], 27 out. 2015. Disponível em: <http://www.medicalmarijuanainc.com/whats-the-difference-between-hemp-and-marijuana/>. Acesso em: 7 jul. 2016.

MEDINA, Cremilda. *Signo da Relação, Comunicação e Pedagogia dos Afetos*. São Paulo: Paulus, 2006.

MENEZES, Cynara. *A guerra de argumentos pró e contra a legalização da maconha*. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/politica/a-guerra-de-argumentos-pro-e-contra-a-legalizacao-da-maconha-106.html>. Acesso em: 6 jul. 2016.

MOL, Annemarie. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press, 2002. Disponível em: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=1167835>. Acesso em: 18 jul. 2016.

MOURA, Ananda. *Caminhada | Rodrigo Delmasso*. [S.l: s.n.], [S.d.]. Disponível em: <http://rodrigodelmasso.com.br/blog/2016/03/21/caminhada/>. Acesso em: 6 jul. 2016.

NATIONAL CONFERENCE OF STATE LEGISLATURES. *State Industrial Hemp Statutes*. Disponível em: <http://www.ncsl.org/research/agriculture-and-rural-development/state-industrial-hemp-statutes.aspx>. Acesso em: 5 jul. 2016.

OLIVEIRA, Monique. *Médico chama polícia após atender jovem que fez aborto na Grande SP - 21/02/2015 - Cotidiano - Folha de S.Paulo*. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/02/1592839-medico-chama-

policia-apos-atender-jovem-que-fez-aborto-na-grande-sp.shtml>. Acesso em: 20 jan. 2016.

PEROSA, Teresa. *Magno Malta: ativistas pró-maconha atrasaram aprovação do canabidiol*. Disponível em: <http://epoca.globo.com/colunas-e-blogs/felipe-patury/noticia/2015/01/bmagno-maltab-ativistas-pro-maconha-atrasaram-aprovacao-do-canabidiol.html>. Acesso em: 16 jul. 2016.

PROJECT CBD. "Mechoulam on Canabidiol". 2013. Disponível em: <https://www.projectcbd.org/sites/projectcbd/files/downloads/mechoulam-iacm-07.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

REDE GLOBO/FANTÁSTICO. *Fantástico - Grupo desafia a lei para produzir remédio extraído da maconha*. Disponível em: <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/11/grupo-desafia-lei-para-produzir-remedio-extraido-da-maconha.html>. Acesso em: 14 jul. 2016.

REIS, Thiago. *Deus, filhos... Veja os termos mais citados na votação do impeachment*. Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/processo-de-impeachment-de-dilma/noticia/2016/04/deus-filhos-veja-os-termos-mais-citados-na-votacao-do-impeachment.html>. Acesso em: 16 jul. 2016.

RIBEIRO, Sidarta. *Detalhes do Não e do Sim - Mente e Cérebro*. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/detalhes_do_nao_e_do_sim_imprimir.html>. Acesso em: 23 jul. 2016.

RICHTER, André. *STF retoma julgamento sobre criminalização do porte de drogas*. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-09/stf-retoma-julgamento-sobre-criminalizacao-do-porte-de-drogas>. Acesso em: 9 out. 2015.

ROBINSON, Rowan. *O grande livro da cannabis*. [S.l.]: Zahar, 1999.

RUSSO, Ethan B. "Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects". *British Journal of Pharmacology*, PMID: 21749363PMCID: PMC3165946, v. 163, n. 7, p. 1344–1364, ago. 2011.

SAÚDE!BRASILEIROS. *Ministério Público Federal pede prisão de Marcelo Castro e David Uip*. Disponível em: <http://brasileiros.com.br/2016/04/ministerio-publico-federal-pede-prisao-de-marcelo-castro-e-david-uip/>. Acesso em: 6 jul. 2016.

SCHACHTER, Steven C.; SIRVEN, Joseph I. *Vagus Nerve Stimulation (VNS)*. Disponível em: <http://www.epilepsy.com/learn/treating-seizures-and-epilepsy/devices/vagus-nerve-stimulation-vns>. Acesso em: 17 jul. 2016.

SECRETÁRIA DE SAÚDE DE SP. *SP cria ofensiva para combater "judicialização" da Saúde - Secretaria da Saúde - Governo do Estado de São Paulo*. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/homepage/destaques/sp-cria-ofensiva-para-combater-judicializacao-da-saude>. Acesso em: 8 jul. 2016.

SILVA, Gislene. Para pensar critérios de noticiabilidade. *Estudos em jornalismo e mídia*, v. 2, n. 1, 2005. Disponível em: <http://revistas.univerciencia.org/index.php/estudos/article/viewArticle/5931>. Acesso em: 14 jul. 2016.

SISMONDO, Sérgio. *An introduction to Science and technology studies*. 2. ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2010.

SPONHOLZ, Liriam. "O papel do jornalismo nas controvérsias". *Estudos em Jornalismo e Mídia*, v. 7, n. 1, 9 jun. 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/jornalismo/article/view/11601>. Acesso em: 14 jul. 2016.

THE SAN DIEGO UNION-TRIBUNE. *HempMeds Business is Booming*, 4 ago. 2014. Disponível em: <http://www.sandiegouniontribune.com/video/play/68590/>. Acesso em: 25 nov. 2015.

VENTURINI, T. "Building on faults: How to represent controversies with digital methods". *Public Understanding of Science*, v. 21, n. 7, p. 796–812, 1 out. 2012.

VIZEU, Alfredo. "O Jornalismo e as 'teorias intermediárias': cultura profissional, rotinas de trabalho, constrangimentos organizacionais e as perspectivas da Análise do discurso (AD)", 2003. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/vizeu-alfredo-jornalismo-teorias-intermediarias.html>. Acesso em: 14 jul. 2016.

WOOLGAR, Steve. "Some Remarks About Positionism: A Reply to Collins and Yearley". *Science as Practice and Culture*. Chicago: University of Chicago, 1992, pp. 327–342.

Your brain on weed - CNN Video, 2014. Disponível em: <http://www.cnn.com/videos/health/2014/03/10/orig-brain-on-weed-sanjay-jr-jt.cnn>. Acesso em: 8 jul. 2016.

ZUARDI, Antonio Waldo *et al. Carta aberta à diretoria da Anvisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo*, 16 jul. 2014.