UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Bruna Fernanda Ferreira Fernandes

ASSOCIAÇÃO É CONCEITO, SAÚDE É INVENÇÃO: um diálogo com a associação canábica Cebrapcam

João Pessoa/PB
2026

BRUNA FERNANDA FERREIRA FERNANDES

ASSOCIAÇÃO É CONCEITO, SAÚDE É INVENÇÃO: um diálogo com a associação canábica Cebrapcam

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de concentração Política, Gestão e Cuidado.

Orientador(a): Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes

João Pessoa/PB
2026

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

F363a Fernandes, Bruna Fernanda Ferreira.
Associação é conceito, saúde é invenção: um diálogo com a associação canábica Cebrapcam / Bruna Fernanda Ferreira Fernandes. - João Pessoa, 2026.
117 f. : il.

Orientação: Luciano Bezerra Gomes.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Direito à saúde. 2. Cannabis medicinal. 3. Modelos de cuidado. 4. Ativismo político. I. Gomes, Luciano Bezerra. II. Título.

UFPB/BC CDU 614.253.83(043)

Elaborado por MAGNOLIA FELIX DE ARAUJO - CRB-15/883

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA	

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva	Instituição UFPB
Ata da Sessão de Defesa de Dissertação da Mestranda: Bruna Fernanda Ferreira Fernandes	
Realizada no dia 09 de julho de 2026	

Às **14h00** do dia **09 de julho de 2026** realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão de Mestrado, do(a) discente **Bruna Fernanda Ferreira Fernandes** intitulado **"ASSOCIAÇÃO É CONCEITO, SAÚDE É INVENÇÃO: um diálogo com a associação canábica Cebrapcam".**

A banca examinadora foi composta pelos professores doutores **Luciano Bezerra Gomes** orientador, **Juliana Sampaio** (Interno) e **Túlio Batista Franco** (Externo).

A sessão foi aberta pelo presidente da banca, que apresentou a banca examinadora e a orientanda. Em seguida, a candidata procedeu com a apresentação do trabalho. Após a exposição, seguiu-se o processo de arguição da mestranda. O primeiro examinador foi o **Prof. Dr. Túlio Batista Franco.** Logo após procedeu-se a arguição da **Profa. Dra. Juliana Sampaio**. Em seguida, a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho da mestranda. Diante do exposto, considerando que a mestranda, dentro do prazo regimental, cumpriu todas as exigências do Regimento Geral da UFPB, do Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Graduação "Stricto Sensu" da UFPB e do Regulamento do programa, está apta a obter o Grau de MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, a ser conferido pela Universidade Federal da Paraíba.

A banca examinadora considerou **APROVADO** o trabalho da discente.

Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada às 15:45 horas, e eu, **Luciano Bezerra Gomes**, orientador do discente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFPB, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada, será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.

João Pessoa, 09 de julho de 2026.

Documento assinado digitalmente
gov.br
LUCIANO BEZERRA GOMES
Data: 10/07/2026 11:44:25-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Assinatura do(a) orientador(a): _____

Documento assinado digitalmente
gov.br
TULIO BATISTA FRANCO
Data: 09/07/2026 15:57:27-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Assinatura do membro 1: _____

Documento assinado digitalmente
gov.br
JULIANA SAMPAIO
Data: 09/07/2026 22:49:36-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Assinatura do membro 2: _____

AGRADECIMENTOS

Ao me dedicar a estes agradecimentos, imagino estar registrando as últimas ideias deste trabalho. Não poderia deixar de expressar minha gratidão ao orientador desta dissertação, Luciano Gomes, que, como mencionou no primeiro dia de aula (não esqueci), observou a minha empolgação durante a arguição ainda no processo seletivo e confiou a mim a condução desta discussão. Reconheço que essa empolgação só foi possível graças à confiança primeira de meus pais, Edileusa Arruda e Antônio Fernandes, que sempre acreditaram em mim e tornaram possíveis as minhas paixões.

Registro, ainda, meu agradecimento à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), cujo apoio, por meio da concessão de bolsa de estudos durante parte do mestrado, foi fundamental para a realização desta pesquisa. Estendo os agradecimentos ao suporte e a dedicação da coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na pessoa de Luciana Figueiredo e Gabriela Barreto, a quem agradeço.

Estendo meus agradecimentos aos colegas e amigos(as) de turma, que tornaram os dias mais acolhedores, e dedico um carinho especial àqueles que, além das ricas discussões, abriram suas casas para nossos encontros: Laura, Lucas e Sarah, minha gratidão.

Ao longo desse percurso, muitas foram as torcidas de quem esteve à distância, Milenna, Elis, Thamyres, Morgana e Dandara que sempre perguntavam como estava a dissertação, agradeço pela confiança constante. Houve também quem esteve perto, como Rhafael, a quem agradeço pela companhia amorosa desde a aprovação até aqui.

Por fim, agradeço de forma muito especial a todos(as) que participaram diretamente da construção deste trabalho: à Cebrapcam, pela acolhida e confiança; aos integrantes do MST, pelo carinho em todos os encontros; e ao Mãos Solidárias Paraíba, por ter me apresentado a esse coletivo de luta. Minha sincera gratidão.

RESUMO

Introdução: Esta pesquisa analisa o movimento de (re)posicionar a maconha sob a ótica do cuidado no Brasil. A pesquisa concentra-se no Centro de Pesquisa e Estudo da Cannabis Medicinal (Cebrapcam), associação canábica fundada em 2022 no alto sertão paraibano, no município de São José dos Espinharas, que oferta acesso terapêutico e cujos produtos chegam a mais de mil famílias em 26 estados brasileiros. A escolha desta associação em específico corresponde a um interesse singular, uma vez que sua criação ganha corpo alinhada a movimentos anteriores de caráter social e político, em especial sua relação com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). **Objetivos:** Objetivou-se analisar como a Cebrapcam agencia o cuidado em saúde, considerando sua constituição, as disputas jurídico-políticas, as redes de cuidado e os diferentes projetos de saúde relacionados à maconha medicinal. **Método:** A metodologia adotada foi qualitativa e exploratória, utilizando pesquisa documental, observação participante e sete entrevistas semiestruturadas com trabalhadores/as e militantes ligados à história da associação. O referencial teórico concebe a saúde não como um estado ou produto, mas como processo de criação humana e capacidade de instituir novas normas diante da adversidade. Nessa perspectiva, o cuidado é entendido pela micropolítica, emergindo das relações sociais e da ação de sujeitos coletivos que se organizam a partir de necessidades de vida e saúde. A escolha pelo termo "maconha" no texto é um posicionamento político e analítico, buscando não apagar a história de resistência e os preconceitos associados à planta. **Resultados:** Após a análise dos dados, os resultados foram organizados em quatro capítulos de discussão. O Capítulo I, "Os Papéis do Direito à Saúde", apresenta a discussão que evidencia a disputa jurídica em torno do uso medicinal da maconha e seus discursos de legitimação. O Capítulo II, "Quem veio primeiro, a planta ou a terra? História, existência e trajetórias com a Cebrapcam", aprofunda a análise e confere importância às trajetórias de vida, de trabalho, discursos e motivações que permeiam o trabalho na associação, estruturado em três seções temáticas e uma seção especial intitulada "Associação com A de AMAR", que conta a vivência de grupos virtuais com associados realizados em 2024. O Capítulo III dedica-se a responder à questão central da investigação, destacando práticas, relações e significados envolvidos. Por fim, o Capítulo IV discute a coexistência e a disputa entre diferentes projetos de cuidado associados à maconha medicinal, evidenciando os últimos ordenamentos jurídicos dispostos pelas instituições competentes. **Considerações finais:** Considera-se que este trabalho cumpre seu papel como pesquisa exploratória ao analisar fenômeno relativamente recente a partir de uma perspectiva também recente no campo da saúde coletiva, trazendo novos elementos e ampliando o espaço de possibilidades para novas investigações, tensionamentos e perguntas futuras. Mais do que oferecer respostas definitivas, a pesquisa buscou ampliar o campo de problematização, reconhecendo que os debates em torno da maconha medicinal, das associações, da regulamentação e do cuidado em saúde permanecem abertos, em constante transformação e atravessados por disputas que extrapolam os limites institucionais da saúde.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Cannabis; Modelos de Cuidado; Ativismo Político.

ABSTRACT

Introduction: This study analyzes the movement to (re)position marijuana from the perspective of care in Brazil. It focuses on the Center for Research and Study of Medical Cannabis (Cebrapcam), a cannabis association founded in 2022 in the high hinterland of the state of Paraíba, in the municipality of São José dos Espinharas, which provides therapeutic access to cannabis-based products that reach more than one thousand families across 26 Brazilian states. The choice of this specific association reflects a singular interest, since its creation takes shape in alignment with previous social and political movements, particularly its relationship with the Landless Rural Workers' Movement (MST). **Objectives:** The study aimed to analyze how Cebrapcam assembles health care by considering its constitution, the legal and political disputes surrounding the production and distribution of medical cannabis, networks of care, and the different health projects associated with medical cannabis. **Methods:** The methodology adopted was qualitative and exploratory, combining documentary research, participant observation, and seven semi-structured interviews with individuals involved in the association's history. The theoretical framework understands health not as a state or product, but as a process of human creation and the capacity to institute new norms in the face of adversity. From this perspective, care is conceived through micropolitics, emerging from social relations and from the action of collective subjects who organize themselves based on needs related to life and health. The choice to use the term "marijuana" throughout the text is a political and analytical stance, seeking not to erase the history of resistance and the prejudices associated with the plant. **Results:** After data analysis, the results were organized into four discussion chapters. Chapter I, "The Roles of the Right to Health", presents a debate that highlights the legal disputes surrounding the medical use of marijuana and the discourses that seek to legitimize it. Chapter II, "Which came first, the plant or the land? History, existence, and trajectories with Cebrapcam", deepens the analysis and emphasizes life histories, work trajectories, discourses, and motivations that shape the association's activities, including three thematic sections and a special section entitled "Association with an A for AMAR", which presents the experience of virtual groups held with members in 2024. Chapter III is devoted to answering the central question of the investigation, emphasizing practices, relationships, and meanings involved in care. Finally, Chapter IV discusses the coexistence and dispute between different care projects associated with medical marijuana, highlighting recent legal arrangements established by competent institutions. **Conclusions:** This exploratory study is considered to have fulfilled its role by analyzing a relatively recent phenomenon from a likewise recent perspective in the field of collective health, bringing new elements and expanding the range of possibilities for further investigations, tensions, and future questions. Rather than providing definitive answers, the research sought to broaden the scope of problematization, recognizing that debates on medical marijuana, associations, regulation, and health care remain open, in constant transformation, and traversed by disputes that go beyond the institutional boundaries of the health sector.

Keywords: Right to Health; Cannabis; Care Models; Political Activism.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Documentos disponibilizados pela Cebrapcam organizados por ordem crescente 36
Quadro 2. Encontros e temáticas do AMAR com associados/as em 2024. 39
Quadro 3. Síntese das entrevistas semiestruturadas realizadas para a pesquisa 40
Quadro 4. Lista dos títulos de significados atribuídos às falas em destaque 42
Quadro 5. Síntese da construção das categorias de análise 44

LISTA DE SIGLAS

ABFV: Associação Brasileira de Farmácias Vivas
AE: Autorização Especial
AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ABRACE: Associação Brasileira de Apoio Cannabis Esperança
ACAFLOR: Associação Cannábica Florescer
ACAMI: Associação Cannabis Milagrosa
AMAR: Núcleo de Assistência Multidisciplinar de Reabilitação e Acolhimento
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APEPI: Associação de Apoio à Pesquisa e Pacientes de Cannabis Medicinal
CAAE: Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CBD: Canabidiol
CEBRAPCAM: Centro de Pesquisa e Estudo da Cannabis Medicinal
CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CCS: Centro de Ciências da Saúde
CDKL5: *Cyclin-dependent kinase-like 5*
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa
FUNETEC: Fundação de Educação, Tecnologia e Cultura da Paraíba
HIV: Vírus da imunodeficiência humana
IFAV: Insumo Farmacêutico Ativo Vegetal
INPI: Instituto Nacional de Propriedade Industrial
JAMA: *The Journal of the American Medical Association*
MAPA: Ministério da Agricultura e Pecuária
MBE: Medicina Baseada em Evidências
MST: Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
OMS: Organização Mundial da Saúde
PRONERA: Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária
RDC: Resolução da Diretoria Colegiada
RNMP: Rede de Nacional de Médicas e Médicos Populares
RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
STF: Supremo Tribunal Federal
SUS: Sistema Único de Saúde
THC: Tetraidrocanabinol
UFPB: Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10
2 OBJETIVOS 18
2.1 Objetivo Geral 18
2.2 Objetivos Específicos 18
3 REVISÃO DA LITERATURA 19
3.1 ASSOCIAÇÃO TOMADA COMO CONCEITO, SUJEITO PENSADO COMO COLETIVO E SAÚDE VISTA COMO CRIAÇÃO 19
3.2 ASSOCIAÇÕES E ASSOCIAÇÕES CANÁBICAS: ORIGENS, FUNDAMENTOS E DISPUTAS 24
4 METODOLOGIA 36
4.1 TÉCNICAS DE PESQUISA 37
4.1.1 Pesquisa documental 37
4.1.2 Observação participante 39
4.1.3 Entrevistas Semiestruturadas 40
4.2 ANÁLISE DOS DADOS 42
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES 47
5.1 CAPÍTULO I: OS PAPÉIS DO DIREITO À SAÚDE 47
5.2 CAPÍTULO II: QUEM VEIO PRIMEIRO, A PLANTA OU A TERRA? HISTÓRIA, EXISTÊNCIA E TRAJETÓRIAS COM A CEBRAPCAM 56
5.2.1 Seção I – Histórias, vidas e movimento com a associação – "como se manter vivo e presente no espaço" 56
5.2.2 Seção II – Saúde enquanto direito (à desobediência) – "nós não vamos esperar." 68
5.2.3 Seção III - Territórios e tecnologias de cuidado é saúde – "evidência política… [correção] evidência científica" 76
5.2.4 Seção especial: Associação com A de AMAR 81
5.3 CAPÍTULO III – AFINAL, QUAIS OS SENTIDOS DO CUIDADO COMO REDES DE SOLIDARIEDADE ATIVA E COLETIVIDADE? 89
5.4 CAPÍTULO IV – MACONHA MEDICINAL: COMO COEXISTIR NA DISPUTA ENTRE DIFERENTES PROJETOS DE SAÚDE? 94
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 100
7 REFERÊNCIAS 102
APÊNDICE A 111
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 112
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 115

1 INTRODUÇÃO

Parte I

Das tantas formas que são possíveis em falar de vida, desde o contexto mais metafísico e existencial até a descrição pragmática do dia a dia, aqui falaremos sobre encontros, sobre afetos. Inspirados pelas reflexões espinosanas, podemos dizer que somos seres afetivos por estarmos constantemente nos afetando por corpos e ideias que podem aumentar ou diminuir o nosso modo de estar no mundo, nossa potência de agir.

E, quase sempre, esses encontros acontecem não no começo das coisas, mas no meio. Um desses encontros foi com o Projeto de Extensão “Educação Permanente dos Agentes Populares de Saúde dos Assentamentos e Acampamentos do MST na Paraíba: o povo cuidando do povo”, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob coordenação do professor que também orienta essa pesquisa, que me apresentou não apenas um projeto institucional, mas um entendimento acerca do que é pensar saúde para a saúde coletiva. Entre conversas e apresentações *“do que fazer enquanto pesquisa”*, a ideia de colaborar com a construção do acolhimento junto ao Centro de Pesquisas e Estudos da Cannabis Medicinal, a Cebrapcam, uma associação canábica paraibana, gerou curiosidade.

A Cebrapcam é uma associação fundada em 2022 com o objetivo de ofertar acesso terapêutico às pessoas que necessitam de tratamentos através da maconha medicinal. A associação está localizada no sertão paraibano, na cidade de São José do Espinharas e conta com 18 trabalhadores/as que se organizam nos setores de cultivo, diluimento, acolhimento, administrativo/financeiro, jurídico e despacho, além das parcerias institucionais visando o avançar das atividades. Seus produtos chegam a mais de mil famílias dos 26 estados brasileiros e sua atuação move-se também para a disseminação dos conhecimentos populares e científicos sobre o uso medicinal da maconha. Como o próprio site define: “Somos um Centro de Pesquisas e Estudos da Cannabis que tem como objetivos principais a construção de uma sociedade solidária, com redução das desigualdades sociais e o fortalecimento da agricultura familiar”.

Mas, apesar do excelente texto, o interesse acerca da associação ocorreu principalmente por sua relação com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), afinal, estaria o MST, finalmente, plantando maconha?! Este trecho faz referência ao artigo de opinião "O MST está, enfim, plantando cannabis", de Anita Krepp, publicado no Poder360 em setembro de 2025. O material destaca a Cebrapcam como a primeira associação ligada ao MST, além de citar outras experiências que estão sendo desenvolvidas em Pernambuco, São Paulo e Santa

Catarina (Krepp, 2025). Além da importância da veiculação da temática, gostaríamos de explicitar a empolgação no tom da divulgação expresso pela chamada das redes sociais ou pelo *podcast* produzido pela própria Anita Krepp o "Cannabis hoje Pod" que recebeu Eulampio Dantas, médico fundador da Cebrapcam para um diálogo sobre "Cannabis no MST".

Esse mesmo tom de empolgação e expectativa também se manifesta no vídeo do professor Márcio Caniello, o "Farmácia Vida Camponesa", que contou com a participação de Adarlan, vice-diretor da associação, e de Marco Vidal, representante da Fundação de Educação, Tecnologia e Cultura da Paraíba (Funetec), parceira estratégica da Cebrapcam. Quando se fala em empolgação, trata-se justamente do entusiasmo presente nessas mídias ao vislumbrar a entrada do MST no debate sobre a maconha medicinal. E não é de se estranhar, afinal, a presença do maior movimento popular da América Latina historicamente vinculado à luta pela reforma agrária, pela produção de alimentos saudáveis, pela educação e pela saúde popular, sob os princípios da agroecologia iria disputar nesse campo? Então, ótimo! Há, nesse contexto, uma curiosidade legítima e politicamente potente: quem estaria mais qualificado para refletir sobre uma planta senão quem relaciona-se cotidianamente com as questões da terra?

Confesso que essa empolgação também foi a minha e frente a essa curiosidade de conhecer a associação e suas motivações, no dia 23 de maio de 2024 houve uma reunião online com Larissa, e Luana (assistente social e psicóloga, respectivamente) na qual conversamos, ainda que breve, sobre a associação Cebrapcam e a ideia dela de construir um "núcleo de acolhimento" para acompanhamento dos/as associados/as e seus familiares, que seria mediado pela psicóloga responsável da associação, mas com o diálogo aberto e horizontal para todos que desejassem participar, incluindo os estudantes da extensão.

Após a reunião, escrevo para o orientador afirmando que gostaria de seguir a proposta de pesquisa por este caminho, a fim de fortalecer a concepção de que o cuidado não pode apenas passar ideia de demanda e oferta dos produtos, mas sim deve voltar-se ao acolhimento e apoio mútuo que, neste caso, eram apenas mediadas ou iniciavam pelo interesse acerca do tratamento à base de maconha. Nesse movimento, emergiu de forma recorrente a percepção de que essas experiências estão elaborando algo que o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não colocou em prática e que poderiam ser base para que as coloque, o que torna instigante e politicamente provocador pensar a produção de saúde para além do SUS, mas sempre em diálogo crítico com o próprio SUS.

Por isso e apesar de ser instigante, o estudo acerca das associações canábicas seria um horizonte novo ainda não explorado (por mim), ao mesmo tempo me questionava em como não perder de vista a discussão sobre saúde e sobre o SUS – um campo pessoal de estudo e trabalho.

Então, para começar, o que seria esse SUS? Bom, enquanto profissional do SUS eu tenho um Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) Profissional e minha prática cotidiana é marcada pelo acolhimento, a vigilância em saúde, a educação em saúde, as ações de matriciamento, o diálogo com a rede e a compreensão de tudo aquilo que envolve a atenção primária como ordenadora do cuidado.

No entanto, a imersão na pós-graduação somada ao vínculo afetivo e político com o SUS evidenciou que, muitas vezes, os sentidos de "saúde" e de "SUS" se confundem e passam a operar como sinônimos. No caminhar das reflexões, tornou-se fundamental desnaturalizar essa fusão e compreender que, ao falar do SUS, não se trata de uma estrutura fechada e plenamente consolidada em marcos legais, mas de um processo histórico em permanente construção. O SUS aparece, assim, como a consolidação institucional e normativa de lutas históricas pelo direito à saúde, materializada em serviços, fluxos assistenciais e dispositivos legais que buscam operacionalizar princípios como a universalidade e a integralidade a partir das necessidades que emergem dos diferentes processos de saúde-doença.

Nesse sentido, o SUS não é um sistema acabado: ele é fruto de disputas históricas pelo resgate da cidadania e por uma concepção de saúde que não se resume à cura em busca da produção para o lucro, mas sim em um cuidado que pode e deve ser reservado para todas as pessoas. Foi a partir dessa compreensão que se tornou possível reconhecer que, mesmo ao analisar uma experiência que não integra formalmente o SUS, não se está tratando de algo fora dele. A ideia de SUS permanece, pois, a ideia de saúde permanece e também é este movimento que confere sentido à construção da própria associação, assim como foi o que deu sentido à construção do próprio SUS, porque a própria concepção de saúde se confunde e se funde com a história do Sistema Único.

Então, foi nesse entendimento que o SUS deixou de ser um emaranhado de leis para se tornar uma das expressões de direito à saúde no Brasil. Portanto, para esta pesquisa, tornou-se central afirmar que a saúde não se restringe aos serviços, às unidades básicas ou às unidades de pronto atendimento, mas sim que saúde é uma produção também das pessoas que o acessam. E, sendo assim, falar daquela saúde que corre por outras vias, que se cria nos espaços das relações, que nasce e se transforma fora do aparato da saúde pública, podendo ser, até mesmo, o instrumental da saúde pública um empecilho para essa produção de saúde que é "achada na rua", nas vias, nas casas, no campo, na terra.

Esse preâmbulo é uma tentativa de organizar o local em que essa pesquisa se assenta. A pesquisa, muitas vezes, parece que vem para ensinar algo a alguém atrelada à ideia de que quem ensina é o pesquisador e quem aprende é o "participante" da pesquisa. Devo admitir que, nessa

trajetória, quem mais tem aprendido sou eu e estimo que esse material valha não para o aprendizado que quem dela participou, mas sim para apresentar, a quem se interessar, pessoas instigantes e movimentos corajosos. A estrutura dessa escrita foi repensada a partir dos encontros com membros da Cebrapcam rejeitando a ideia de que a voz do outro deve estar retida aos resultados. O que os atores desta pesquisa trouxeram, atravessa a escrita por inteiro, pois me atravessou por inteiro; a pesquisa (re)começou a partir deles. Os diálogos a serem apresentados não são amostras de ideias, mas reflexões que surgiram por meio dos encontros, é o meio de uma história que vem antes e que corre após essas palavras.

E aqui parece-nos importante destacar o que queremos dizer quando falamos dessa relação entre o MST e a Cebrapcam. Construir uma associação com pessoas que têm uma relação com a militância e com a organização coletiva significa, antes de tudo, reconhecer que existem princípios e modos de pensar que antecedem a própria associação, conferindo responsabilidades importantes neste caminho. Nossa proposta com o trabalho não é ensinar como se deve fazer uma associação, tampouco a funcionar como uma vitrine de produtos, práticas ou ações bem-sucedidas, mas sim mostrar os caminhos percorridos, as escolhas realizadas e os movimentos responsáveis que foram sendo construídos ao longo do tempo pela associação.

Por isso, não estranhe o tamanho de alguns trechos de fala das entrevistas, pois são ideias muito potentes para estarem condicionadas a determinado número de linhas, além do nosso compromisso com o registro político desses movimentos que, ao invés de oferecer modelos a serem replicados, buscam explicitar trajetórias, deslocamentos e apostas que ajudam a compreender como essa experiência se constitui e se sustenta no campo da produção do cuidado e da saúde.

Parte II

A Cannabis sativa L. acompanha um conjunto de interações humanas ao longo da história. Cultivada há pelo menos 12.000 anos em uma vasta extensão territorial, a cannabis foi associada, por diversos grupos étnico-sociais, ao bem-estar devido às suas propriedades medicinais e recreativas (Fraga; Rosa; Resende, 2023). No Brasil, a chegada da planta data do século XVI, trazida pela população africana escravizada, e seu cultivo chegou a ser incentivado pela coroa portuguesa no século XVIII (Carlini, 2006).

Apesar da suposta liberdade, a cannabis já estava inserida em uma dinâmica social que, mais tarde, a levaria a outro status: “Pouco se cuidava então desse uso, dado estar mais restrito

às camadas socioeconômicas menos favorecidas, não chamando a atenção da classe dominante branca" (Carlini, 2006, p. 315). É em meados do século XX que a cannabis, ou melhor, a maconha, começa a ganhar novos contornos e status de doença (Brandão, 2023)

Passou-se, então, à negativa dos benefícios terapêuticos associados à planta para colocá-la enquanto produto de vício consumido pela população negra e seus efeitos a delírios e violência. Médicos como José Lucena utilizava termos como "maconhismo" e "canabismo" para descrever o consumo de maconha de forma patológica, solidificando a visão da maconha como uma doença dentro do campo médico-psiquiátrico: "As ideias de José Lucena representam a consolidação do processo de transição da maconha de remédio para doença e o enraizamento da planta na jurisdição médica, pois a medicina tem justamente a missão de curar doenças" (Brandão, 2023, p. 30).

Apesar disso, a maconha teve uma "segunda conversão na jurisdição médica" (Brandão, 2023), ganhando o status de remédio. Alguns estudos (Kalant, 2001; Zuardi, 2006; Crocq, 2020) descrevem a movimentação dos avanços clínicos em torno da planta. O Canabidiol (CBD), um dos principais compostos da maconha, foi isolado na década de 1940 com sua estrutura detalhada anos depois. No entanto, o CBD não era o composto que inflamou o debate científico, mas sim seu outro (e controverso) composto: o Tetraidrocanabinol (THC) (Crocq, 2020). Entendido como o responsável pelos efeitos psicotrópicos no uso da planta, o THC foi descoberto na década de 1960 e impulsionou os estudos e publicações nos anos seguintes, incluindo a exploração do que seria o sistema endocanabinóide (Crocq, 2020).

Sem entrar nos detalhes mais minuciosos da relação entre os endocanabinóides e fitocanabinóides, o debate em torno da maconha começa a ganhar novos elementos para além daquelas das ciências biomédicas e a farmacologia. O que nos motiva, então, é que, apesar do interesse das disciplinas, o movimento de (re)posicionar a maconha sob a ótica do cuidado no Brasil não foi conduzido essencialmente pelas ciências biomédicas, mas sim por pessoas e coletivos que, através das suas necessidades de vida e saúde, reivindicam o uso da maconha, gerando esforços políticos, sociais e econômicos para a regulamentação da maconha, sobretudo para fins medicinais (Fraga; Rosa; Resende, 2023; Oliveira, 2017).

Aqui, optamos por olhar a saúde extrapolando os Estabelecimentos Assistenciais, entendendo que, para além de espaços físicos delimitados e permanentes, a saúde se manifesta desde antes, como uma produção de sujeitos e coletivos. O termo "produção" está sendo utilizado neste momento como o movimento de criação do cuidado em saúde. De formas distintas, o objetivo das ações de saúde parece girar em torno do cuidado. No entanto, o cuidado

não se estabelece como um fim em si mesmo. Em movimentos anteriores e posteriores, a produção do cuidado pode ser compreendida a partir do referencial da micropolítica.

Significar o cuidado em saúde a partir da micropolítica expressa uma atenção sobre a atividade dos sujeitos que ocorre a partir do seu local, de sua atividade social, constituindo um campo de relações com outros, o que modifica a si mesmo, modificando a relação com o outro, alcançando processos de subjetivação. Entende-se, pois, que essa relação construída a partir de si em conexão com outros não compõe uma estaticidade, uma vez que, na intercessão do encontro, observa-se um espaço possível de liberdade e inventividade para produção de diferentes cenários e possibilidades para o cuidado (Merhy, 2015; Merhy; Franco, 2015).

É válido ainda compreender que esse encontro não é homogêneo, ou seja, não há correspondência direta entre as diferentes expectativas, o que possibilita o surgimento de cenários vinculados a "diferentes objetivos, interesses e redes de relações sociais" (Merhy; Franco, 2015, p. 112). As redes são vivas e dotadas de multiplicidade que se organizam na produção de agenciamentos, ou seja, na produção de novas conexões e fluxos que, na diferença do encontro, se atualizam constantemente.

Assim, quando famílias, movidas por necessidades concretas de vida e saúde, passam a reivindicar o cuidado por meio do uso da maconha, elas não acessam apenas um recurso terapêutico, mas produzem deslocamentos simbólicos, políticos e institucionais. Esses movimentos geram aproximações e rupturas, reconfiguram alianças, tensionam normas e alteram aquilo que estava previamente dado como natural, legítimo ou possível. Nesse processo, a passagem da “maconha” para a “cannabis”, ou pode ser compreendido como um movimento instituinte. Tal movimento não se reduz a uma mudança terminológica, mas expressa disputas profundas sobre quais usos são legitimados, quais saberes são reconhecidos e quais sujeitos podem falar e decidir sobre a planta.

Rodrigues et al. (2023) analisa a disputa terminológica intensificada por um texto “Cannabis não é maconha” publicado em 2023 no qual defende a distinção entre os termos para desvincular o uso medicinal daquilo que foi reconfigurado/misturado e está na criminalidade. Na pesquisa, Rodrigues et. al (2023) identificaram duas correntes principais em torno da controvérsia, uma que utiliza "cannabis" como estratégia de aceitação social e científica, e outra que afirma que "cannabis é maconha", argumentando que a diferenciação é uma forma de elitismo que apaga a história de resistência e o racismo estrutural associado à planta. O estudo conclui que a escolha das palavras reflete tensões nas relações sociais e estratégias de comunicação, onde "maconha" carrega um estigma proibicionista enquanto "cannabis" busca legitimação no mercado e na saúde.

Nessa discussão, concordamos com Mourão (2021) que a escolha do termo “maconha” é uma opção política e analítica, entendida não como uma escolha apenas semântica, mas como um posicionamento frente aos processos de higienização, neutralização e reconfiguração discursiva que acompanham o tema. Por esse motivo, esta pesquisa optou por utilizar majoritariamente o termo *maconha*, escolha que se torna perceptível ao longo do texto e que aparece articulada à noção de uso medicinal. Essa relação também representa uma decisão analítica, uma vez que falar de maconha implica reconhecer a multiplicidade de campos nos quais ela se insere: a saúde, no âmbito da produção de medicamentos; os usos recreativos; as dimensões espirituais; as lutas por direitos, justiça social, redução da criminalização e enfrentamento do racismo estrutural.

A recorrência do termo “maconha medicinal" reflete, ainda, o campo investigado, especialmente no que diz respeito às associações canábicas, ou seja, as associações de pacientes (e familiares) que fazem uso desses produtos ou constroem saberes sobre a temática. Por essas associações operarem em um contexto marcado por intensa instabilidade jurídica, o que as coloca em uma espécie de “corda bamba”, torna-se estratégico reafirmar continuamente seu posicionamento em torno do uso medicinal da maconha, para evitar distorções interpretativas, estigmatizações e possíveis entraves legais. Assim, a escolha terminológica adotada dialoga tanto com um posicionamento político mais amplo quanto com as condições concretas de existência e atuação da associação analisada.

Diante disso, torna-se necessário situar que as associações canábicas são fruto dessas relações e emergem, sobretudo, a partir da década de 2010, em um contexto de efervescência dos debates públicos, jurídicos e sociais em torno da maconha. Nesse cenário, surgem as associações civis como organizações de luta, que passam a atuar junto às pessoas no apoio, na informação, na educação em saúde e no acesso aos medicamentos à base de maconha (Rodrigues; Lopes; Mourão, 2024). As associações atuam na base, para construção do acesso e dissolução de barreiras, dando forma às lacunas judiciais e estatais, buscando, por meio de sua atuação micropolítica, criar processos de cuidado em saúde que promovam autonomia e transformação política (Soares; Moebus, 2023).

Em virtude dessa aproximação e com o intuito de ampliar o debate em torno da temática, esta pesquisa configurou-se como um estudo qualitativo e exploratório, voltado a analisar como a Cebrapcam agencia o cuidado em saúde a partir de uma disputa de concepção de saúde mediante a oferta da maconha medicinal. Após a análise dos dados produzidos, os resultados e as discussões foram organizados em quatro capítulos de discussão, abordando a disputa jurídica em torno do uso medicinal da maconha, as trajetórias e motivações relacionadas à associação,

às práticas e relações envolvidas na produção do cuidado e a coexistência de diferentes projetos de cuidado associados à maconha medicinal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar como a associação canábica Cebrapcam agencia o cuidado em saúde a partir de uma disputa de concepção de saúde mediante a oferta da maconha medicinal.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Analisar como a Cebrapcam se constituiu numa associação canábica apoiada na luta pelo direito à saúde e o direito à terra;

2.2.2 Analisar a disputa jurídico-política para a produção e distribuição de maconha medicinal e seus efeitos na efetivação da saúde como direito de todos/as;

2.2.3 Analisar o cuidado ofertado pela associação como redes de solidariedade ativa e coletividade;

2.2.4 Explicitar a disputa entre diferentes projetos de saúde a partir do acesso à maconha medicinal;

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ASSOCIAÇÃO TOMADA COMO CONCEITO, SUJEITO PENSADO COMO COLETIVO E SAÚDE VISTA COMO CRIAÇÃO

Existe uma forma de começar a falar sobre alguma palavra, que é conceituando-a, dar a ela o seu significado. E podemos conferir esse significado de diversos modos. Seja partindo de uma perspectiva subjetiva ao perguntar às pessoas o que para elas significa determinada palavra e com isso formar diferentes conceitos. Ou ainda, partir de uma conceituação mais formalizada, que foi estabelecida ao longo da história da palavra.

Recorrendo ao dicionário brasileiro da língua portuguesa, Michaelis, encontramos, pelo menos, seis definições do substantivo “Associação". Começando pelo clássico do dicionário, que é achar o substantivo enquanto verbo, temos que Associação é “um ato ao efeito de associar(-se)”. Mas podemos pensar também, como o dicionário nos diz, como um “agrupamento de pessoas para um fim ou interesse comum”.

Apesar do dicionário nos dar algumas pistas, definir associação também é tarefa importante no campo teórico-prático/político-social. Ao analisar as associações sob o ponto da complexidade social, suas diferentes práticas e perspectivas teóricas não colaboram em consolidar uma definição única para as associações, a qual ganha outros termos, como: organizações não lucrativas, associações voluntárias, sociedade civil, terceiro setor, movimento social e outros (Lüchmann; Almeida; Taborda, 2018; Lüchmann, 2012). Essa diversidade não é apenas uma busca de sinônimos, mas advém de diferentes formas de pensar os papéis das associações frente a diferentes modelos democráticos e entendimentos teóricos e políticos.

Como demonstra Lüchmann (2012), o modelo de democracia participativa confere destaque às associações face a face (clubes de futebol, associação de moradores e etc.), nas quais seu caráter de associação emerge naturalmente de mobilizações individuais que buscam a satisfação de interesses por meio de instâncias de participação levando ao empoderamento dos indivíduos embora aborde pouco a qualidade dessas participações e representações.

Outras, como a democracia associativa, colocam as associações como sujeitos centrais da ação política. Elas atuam para atender às demandas e desafios contemporâneos, propondo soluções baseadas em sua forte conexão com a realidade e contribuindo para o avanço das informações, governabilidade e controle social (Lüchmann, 2012). Já na teoria deliberativa, as associações estão intrinsecamente ligadas à construção da esfera pública. Ancoradas na sociedade civil e nas ações dos movimentos sociais, elas conferem um sentido mais profundo

às mudanças sociais substanciais, promovendo a pluralidade, autonomia e solidariedade (Lüchmann, 2012).

Nessa gama de direções, essa breve "ecologia democrática das associações" apresentada não é para pôr à prova a qualidade ou validade das associações nas diferentes vertentes, o que seria pretensioso e tecnicamente inviável para este trabalho. Mas, espera-se, reconhecer que os movimentos associativos surgem de realidades e leituras de realidades concretas e que, por isso, podem admitir uma vasta gama de propostas alinhadas a diferentes funções e efeitos democráticos (Ganança; Avelar, 2006; Lüchmann, 2011).

Um dos delineamentos do associativismo no Brasil é seu avanço ligado à redemocratização no país na década de 1970 e ao surgimento de novos atores sociais. O campo da saúde, por exemplo, é um dos cenários de emergência desses atores coletivos em busca da consolidação democrática do direito à saúde. No caso do Movimento Sanitário, o associativismo reúne características que o coloca na qualidade de movimento social, o que não é sempre que acontece. Como demonstra Escorel (1999), o Movimento Sanitário Brasileiro possui características que o coloca na dimensão dos movimentos sociais por ter uma base institucional, órgãos de representação e difusão, formas de (re)produção dos seus agentes de atuação, marco teórico-prático e projeto institucional para, dentre outras coisas, a transformação do setor saúde – a Reforma Sanitária.

E enquanto um movimento que se movimenta, este processo ganha novas dimensões e discussões que o colocam em face de uma fragilidade representativa. Quando o Movimento Sanitário atinge um dos seus objetivos de disputa do espaço institucional para a construção dos projetos e propostas das políticas de saúde, ao mesmo tempo, ele distancia-se das demandas de base popular, em virtude das limitações que a primeira demanda impõe (Escorel, 1999). Em outras palavras, o movimento se aproxima do âmbito institucional e se afasta do campo político, o instituído se impõe ao instituinte (Fleury, 2009), concentrando-se na saúde como oferta de serviços e não como direito e cidadania (Cohn et. al, 1991).

E por que essa discussão é relevante para nós? Mais do que pensar a saúde enquanto um conceito "biopsicossocial" que envolve acesso a serviço de saúde, à educação, ao lazer, ao trabalho e afins (como está disposto nas Leis Orgânicas que estruturam o SUS), defende-se aqui que pensar saúde é pensá-la como processo de criação humana. Essa perspectiva encontra suporte em Caponi (2003), que dialogando com Canguilhem, propõe pensar a saúde como polaridade dinâmica entre o ser vivo e seu meio, como capacidade de tolerar as infidelidades do ambiente e, mais do que isso, de criar novas normas diante da adversidade. A saúde, nessa perspectiva, não é a ausência de riscos, mas a abertura ao risco; a possibilidade de "abusar" da

própria saúde, de experimentar, de errar e de se recuperar, enfim, de instituir modos singulares de existir. Ainda, nos remetemos às expressões da micropolítica, pois reconhece-se que o cuidado, e, portanto, a saúde, se produz nas relações entre sujeitos. Ou seja, é no encontro que se abrem possibilidades de invenção de si e do outro, na qual a saúde é entendida como um processo em constante construção, atravessado por relações, afetos e práticas que produzem, simultaneamente, cuidado e subjetividade (Merhy, 2015; Merhy; Franco, 2015).

Essa noção colabora com o entendimento de que a produção de saúde não caberia, então, apenas aos espaços de oferta institucional, uma vez que estes são transformados justamente pelas próprias pessoas, pelos sujeitos coletivos. Por isso, pensar saúde como criação é também observar a dinâmica de espaços de representação. Guizardi (2009) problematiza a noção de controle social que é centrada em mecanismos de representação de interesses, como conselhos e conferências. Embora reconheça os avanços proporcionados pela institucionalização desses espaços no SUS, a autora aponta que eles têm se mostrado insuficientes para reverter o padrão centralizado de planejamento e execução das políticas de saúde, bem como para radicalizar o projeto democrático. Diante disso, a autora propõe um deslocamento fundamental na compreensão da participação política: esta não deve ser entendida como controle da execução de normas existentes, mas como capacidade de instituir novas normas. Parte-se para o cotidiano institucional, entendendo que é nas relações concretas de gestão e de cuidado que se exerce a atividade normativa dos sujeitos.

Essa atividade normativa é concebida como produção de valor, não apenas no sentido econômico, mas também ético, subjetivo e político (Guizardi, 2009). Nessa perspectiva, tais dimensões não se separam, uma vez que a produção de saúde implica sempre a coprodução de subjetividades, de relações e de modos de vida. Assim, participar não é apenas fiscalizar ou opinar, mas intervir ativamente na capacidade institucional de regular a vida, instituindo novas formas de organização coletiva, cuidado e existência.

Interessa-nos, portanto, pensar a coletividade não como uma antítese dicotômica do individualismo, mas como a junção de sujeitos carregados de sentidos com vistas a uma transformação que reinventa o cotidiano, sendo produto e produtor de sujeitos coletivos. Em “Quando novos personagens entram em cena”, Éder Sader (1988) traz à tona os sujeitos coletivos "no sentido de uma coletividade onde se elabora uma identidade e se organizam práticas através das quais seus membros pretendem defender seus interesses e expressar suas vontades, constituindo-se nessas lutas" (p. 55). Expressão na qual Chauí (1988), na apresentação do livro, declara uma novidade tríplice: "um novo sujeito (coletivo), lugares

políticos novos (a experiência do cotidiano) numa prática nova (a criação de direitos, a partir da consciência de interesses e vontades próprias)" (p. 11).

Além da apresentação desse sujeito coletivo, damos ênfase ao que seria esse coletivo. Para Guimarães (2016) a noção de coletivo na saúde coletiva assume diferentes imagens. O coletivo-população está historicamente associado à saúde pública e à epidemiologia, operando a partir de recortes estatísticos, perfis de risco e categorias normativas que orientam políticas, programas e ações de vigilância. Já o coletivo-sociedade civil desloca o foco para a organização política dos sujeitos, expressa em movimentos sociais, associações e coletivos que tensionam o Estado e reivindicam direitos, situando a saúde como campo de disputa política e de construção cidadã. O coletivo-grupo, por sua vez, refere-se à dimensão micropolítica do cuidado, produzida nos encontros concretos, nos vínculos, nos afetos e nas experiências compartilhadas, onde a saúde se constrói no cotidiano das relações e não apenas nas estruturas formais.

E, a partir dessas distinções, o autor avança na compreensão do coletivo como potência, entendido não como uma forma fixa ou delimitada, mas como um processo vivo que se atualiza nos encontros e nas conexões entre sujeitos, saberes e práticas. O coletivo como potência não se esgota em nenhuma dessas dimensões isoladamente, mas circula entre elas. Sua força reside na capacidade de articular o singular ao comum, o cotidiano às disputas mais amplas, afirmando a saúde como uma produção relacional e inventiva, que se constrói para além dos serviços, das normas e das categorias previamente estabelecidas. Por isso, o coletivo em sua potência bastaria por si só, sendo desnecessário qualquer adjetivo ou aposto explicativo; seria, simplesmente, "coletivo" (Guimarães, 2016).

Consideramos, pois, que essas ideias fundamentam uma noção de movimento e criação que defendemos neste trabalho. Por isso, a criação do SUS, ainda que represente uma conquista histórica fundamental, não encerra esse processo nem silencia a necessidade de novas disputas e avanços. A aposta na universalização e na integralidade implica, necessariamente, o encontro com necessidades de saúde diversas, que engendram diferentes movimentos, expectativas e sentidos do que seja cuidar. É justamente a partir dessas necessidades de saúde, de vida e de existência que os sujeitos se encontram, organizam-se e produzem coletivamente, ativando dimensões que extrapolam o planejamento estatal e os marcos normativos.

Nesse sentido, as associações de pacientes exemplificam de modo importante a necessidade desse motor social. Lima, Gilbert e Horovitz (2018) definem as associações de pacientes como grupo de indivíduos ou familiares que, ao possuírem uma determinada doença em comum, buscam em conjunto o apoio mútuo no cuidado biológico e emocional até a construção de políticas públicas em benefício do cuidado, podendo articular-se com

movimentos sociais em defesa da saúde. Esse associativismo, a partir das necessidades de saúde que dão ordenamento às criações não é linear, mas possui, a depender do tempo histórico, diferentes características e sentidos de coletividade.

Vidal (2021) evidencia pelo menos três momentos que marcam o associativismo na saúde: as décadas de 1940 e 50 através da organização de pacientes a partir de um modelo de autoajuda, como exemplo dos alcoólicos anônimos; os anos 1960 e 70 marcado pela defesa das identidades e mobilização acerca dos direitos à saúde (*advocacy*), como no caso dos direitos das pessoas com deficiência; e a década de 1980 com características de reivindicação por luta por acesso e tratamento, como no caso das doenças emergentes, letais ou pouco conhecidas, como das pessoas vivendo com HIV e com doenças raras.

Miranda (2014), por exemplo, destaca a luta das pessoas vivendo com HIV/AIDS enquanto crucial na efetivação das políticas de prevenção e assistência, acesso a medicamentos e participação em decisões e políticas públicas, ou seja, a atuação de sujeitos coletivos que não só mudou a resposta nacional à epidemia, mas também produziu deslocamentos de significados no direito. A autora parte da discussão do “Direito Achado da Rua”, nome de uma corrente teórica e política do Direito que surgiu no Brasil nos anos 1980, ligada à Universidade de Brasília.

Essa corrente vê o direito na perspectiva das ciências sociais a partir da responsabilidade em lidar com a totalidade humana imersa na história e nos conflitos sociais e existenciais, por isso a preocupação com o direito de resistência, soberania popular e cidadania (Miranda, 2014), e a rua é entendida como "uma metáfora para representar os espaços sociais onde lutas por justiça, liberdade, igualdade e reconhecimento são travadas cotidianamente" (p. 42).

E essa rua continua sendo o cenário de reivindicação popular a partir da experiência do adoecimento como motor de mobilização política ao transformar a dor individual em demanda coletiva, como no caso mais recente por acesso à maconha medicinal que, inspirados na fala de Chauí (1988), tocam na dimensão do sujeito (coletivo): muitos familiares e associações que se organizam em torno da maconha medicinal não são sujeitos políticos pré-existentes; constituem-se como sujeitos no próprio processo de luta, a partir da experiência compartilhada do cuidado, da dor e da busca por alternativas. Acessam lugares políticos novos: a política não se faz apenas nos espaços institucionais tradicionais, mas sobretudo na vivência do cotidiano. E engendram uma prática nova: trata-se da criação de direitos a partir da consciência de interesses e vontades próprias, pressionam instituições e tornam-se produtores de políticas públicas.

3.2 ASSOCIAÇÕES E ASSOCIAÇÕES CANÁBICAS: ORIGENS, FUNDAMENTOS E DISPUTAS

As Associações Canábicas são associações civis sem fins lucrativos formadas por pessoas que se organizam em torno da temática da maconha, seja para produzir e fornecer produtos para fins medicinais e terapêuticos e/ou atuar na educação social voltadas à luta política e jurídica pelo reconhecimento da maconha medicinal, sem necessariamente ofertar o medicamento. Com forte levante na década de 2010, esse Neoativismo (Rodrigues, 2022) está marcado pela desobediência civil pacífica e organizada, aliado à luta de famílias e pacientes em prol de uma esperança de tratamento eficaz para condições complexas como epilepsia refratária e dores crônicas.

O caso brasileiro de Anny Ficher, criança diagnosticada com a síndrome CDKL5 uma forma grave de epilepsia, é emblemático e trabalhado no documentário "ILEGAL: a vida não espera" lançado em 2014. Por meio de buscas pessoais em grupos de Facebook, a família brasileira encontra relatos de eficácia do óleo da maconha para o manejo de convulsões e começa a importar o produto. Paralelamente, para as normas reguladoras brasileiras, tal ato não configurava mera importação. Por ser o canabidiol, à época, uma substância proibida no país, a importação do medicamento configurava-se como tráfico internacional de drogas.

Esse contexto é narrado pela própria família e outros atores desta história que, em busca de formas para aplacar suas dores, enfrentaram as normativas legais impostas, desenvolveram uma expertise leiga (Oliveira, 2017) e criaram uma rede ativa em torno do acesso e a preservação da saúde através dos medicamentos à base de maconha (Oliveira, 2016). Gostaríamos de voltar ao termo "expertise leiga" que, apesar de parecer uma contradição à primeira vista, tornou-se um conceito que descreve o conhecimento organizado e aprofundado desenvolvido por pessoas que não possuem formação acadêmica ou profissional formal em determinada área, mas que se tornaram especialistas por meio da experiência prática e cotidiana.

O conceito ganhou força especialmente nos anos 90, com os estudos de Steven Epstein sobre pacientes com HIV/AIDS que passaram a dominar a linguagem médica e farmacêutica para suas vivências e direcionar pesquisas e políticas públicas (Olivera, 2017). No campo da saúde coletiva, o termo "leigo" aparece nas formulações de Cecilio et al. (2014), no qual o"agir leigo" é fruto da ação de usuários/as que, para garantir o seu cuidado, criam fluxos alternativos àqueles estabelecidos pelo sistema de saúde, desenhando seus próprios mapas de cuidado. Podemos, portanto, reposicionar essas ideias no debate da maconha medicinal, colocando especialmente uma centralidade na ação de mulheres, uma vez que, ao buscarem alternativas

para o tratamento de filhos com condições de saúde severas, mães e cuidadoras transformaram o cuidado em um saber especializado, criando seus próprios caminhos.

Oliveira (2016) aborda, a partir de uma etnografia realizada com 16 famílias em três regiões do Brasil, o ativismo de mães e pais em torno do óleo de maconha rico em canabidiol para o tratamento de epilepsia refratária. Um dos pontos importantes da pesquisa é o reconhecimento da expressão "amor de mãe" que emergiu recorrentemente em suas entrevistas como uma categoria nativa que são os conceitos, classificações ou termos utilizados pelos membros de um grupo social para descrever sua própria realidade, no qual articulavam este termo a elementos como doação, proteção e luta, o que sugere que o amor materno não se restringe à esfera privada, mas funciona como o combustível que impulsiona a ação política.

Uma contribuição significativa para esta discussão provém de Dias (1991), que em seu livro “Mulheres: Sanitaristas de Pés Descalços” discute a atuação da mulher como a “ principal agente de saúde da classe operária” (p. 23). Chamamos a atenção para o termo “agente” que evoca a ideia daquela que age, que se movimenta em busca da saúde, esta entendida de modo amplo a partir das inúmeras necessidades que cercam o cotidiano.

Historicamente, o cuidado foi socialmente construído como atributo naturalmente feminino, um "dom" que mascara o que de fato constitui um trabalho não remunerado, intensivo e sistematicamente invisibilizado pelas estruturas de poder (Sousa; Guedes, 2016). Na saúde, essa divisão sexual do trabalho atribui às mulheres, especialmente mães, a responsabilidade pela gestão da doença, pela busca por tratamentos e pela manutenção da vida. O que Dias aborda é que a execução da tarefa cotidiana pelas agentes de saúde lhes permite um novo significado e a (re)criação de sua própria posição como "sujeito social, no sentido de ser capaz de interferir politicamente no processo de mudança da sociedade" (1991, p. 61).

Esta discussão parecemos muito condizente com as ‘mãeconheiras”[1] que aprenderam a fazer o óleo em suas cozinhas, com o apoio de cultivadores (maconheiros?) que ensinavam ou produziam o extrato para famílias que não tinham acesso ao remédio (Barbosa, 2022; Motta, 2019), trabalharam com observações clínicas ao criarem protocolos baseados na observação diária (Ilegal..., 2014; Oliveira, 2016) e ainda muitas delas pautaram o Judiciário através de *Habeas Corpus* preventivos para cultivo doméstico, como no salvo-conduto concedido em novembro de 2016, no Rio de Janeiro para Margarete Santos de Brito que hoje é presidente da

[1] Recomendamos o documentário “Mãeconheiras” (2020), uma produção da Oficina Documentando em parceria com a Marcha da Maconha e o THCine. O filme narra as histórias de seis mulheres e mães de Pernambuco que lutam para assegurar a qualidade de vida de seus filhos(as) através de medicamentos à base de maconha, ressaltando a urgência de se debater o uso e a proibição da maconha no Brasil. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=2HwQFXfIQ4Q

Associação de Apoio à Pesquisa e Pacientes de Cannabis Medicinal (APEPI) e conta com a Fazenda Sofia Langenbach, a primeira e maior fazenda legal para plantação da maconha para fins medicinais (Krepp, 2023).

Essa trajetória feminina guarda uma poética com a própria natureza da planta. Não é mera ironia, mas uma convergência simbólica, o fato de que são as plantas fêmeas que produzem as flores ricas nos fitocanabinoides utilizados na fabricação dos óleos e medicamentos. Assim como a botânica da cannabis concentra seu potencial terapêutico na linhagem feminina, o avanço do marco legal e social da substância no país foi polinizado pela persistência das mulheres. Elas deixaram de ser apenas receptoras de prescrições médicas para se tornarem protagonistas de audiências públicas no Superior Tribunal de Justiça, na Câmara dos Deputados e também presidentes de associações de pacientes, reinscrevendo as mulheres como sujeitas políticas centrais na produção de saúde no país.

E esse movimento de transformação do cuidado familiar em ativismo político não se restringe ao campo da maconha medicinal. Como demonstra Barbosa (2014) em sua análise sobre associações de pacientes com doenças raras, a falta de informação e a ausência de respostas estatais têm historicamente impelido famílias (sobretudo mães) a assumirem a responsabilidade pela busca de conhecimento e pela organização coletiva do cuidado e pelas mudanças nas políticas de saúde chamado também de "especialistas pela experiência" (Rabeharisoa, 2008 apud Barbosa, 2014)

E sendo essa, pelo visto, uma persistência histórica, destaca-se ainda o papel feminino na Reforma Sanitária Brasileira. Como documentam Silveira, Paim e Adrião (2019), entre a década de 1970 e a redemocratização, os movimentos feministas atuaram ativamente na luta pela democratização da saúde, estabelecendo diálogos e elaborando propostas, como a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher que só tornou-se possível pela confluência entre Movimento Sanitário e o Movimento Feminista.

O que se observa, portanto, é uma permanência: diante da insuficiência ou da ausência de respostas estatais às necessidades de saúde que incidem sobre seus corpos, suas famílias e suas comunidades, as mulheres assumem o trabalho de cuidado invisibilizado e o transformam em potência política, produzindo não apenas bem-estar, mas também direitos, instituições e novas formas de conceber a saúde como direito universal e integral. Dessa forma, podemos dizer que esses movimentos estão inseridos em uma epistemologia feminista. Donna Haraway (1995) ao trabalhar o conceito de “saberes localizados” critica a pretensão de produzir um conhecimento universal, neutro e desinteressado que, na verdade, oculta o ponto de vista

particular de quem produz o conhecimento, quase sempre situado em posições de poder institucional, acadêmico e econômico.

Para Haraway (1995), não existe saber que não provenha de um lugar específico, de um corpo, de uma história, de uma posição social. Por isso, a objetividade tão pretendida nos discursos científicos não se alcança pela distância e neutralidade, mas pelo compromisso com a perspectiva parcial e situada. A questão da autora não é abandonar a objetividade, mas reconfigurá-la para assumir seu lugar de enunciação, que se responsabiliza por sua posição, que reconhece seu caráter parcial e que, por isso mesmo, pode estabelecer alianças com outros saberes igualmente situados.

E pensando nessa aliança com outros saberes, se saber situado das mulheres famílias/mulheres emergem do lugar concreto do cuidado, ele não opera, contudo, isolado de uma tradição mais ampla de resistência ao proibicionismo que há décadas mobiliza outros atores e outras formas de contestação. É importante salientar que, apesar do protagonismo medicinal da maconha no debate público contemporâneo, existe uma resistência histórica contra o aparato proibicionista brasileiro em torno da maconha. Embora o avanço da regulamentação tenha sido acelerado pela urgência da pauta medicinal, esse movimento se funde à trajetória de ativistas que, há décadas, mobilizam, por exemplo, as Marchas da Maconha em defesa do cultivo doméstico e da autonomia individual (Fraga; Prado, 2025; Motta, 2019).

Por isso, inspirados no trabalho de Fraga, Rosa e Resende (2023), o jogo de palavras “de cannabis à maconha” expressa justamente uma disputa ideológica, evidenciando como, ao longo da história humana, essa planta assume diferentes sentidos e papéis, modificando cenários político-sociais brasileiras, com marcas profundas na discriminação social e no racismo que subescreveu a maconha enquanto problema e causa de degenaração e vício (Brandão, 2017). E em vistas do proibicionismo, surgem os movimentos antiproibicionistas.

Brandão (2017) reconhece a existência de um ciclo de atenção antiproibicionista em relação à maconha desde o final dos anos 1970, com a ressalva de que sua consolidação e difusão no Brasil se deram a partir das Marchas da Maconha nos anos 2000. No Brasil, a primeira Marcha da Maconha ocorreu em maio de 2002 no Rio de Janeiro com vistas a aumentar a visibilidade para buscar alternativas à repressão, propor caminhos para a legalização e promover a cultura canábica reivindicando mudanças nas normas legais e sociais, mobilizando jovens, estudantes, profissionais de diversas áreas, militantes de partidos políticos, e, mais recentemente, pacientes e famílias em busca do acesso de tratamentos através da maconha (Brandão, 2017; Prazo, 2023).

Com a difusão do movimento no país, em 2011, o STF reconheceu a constitucionalidade da Marcha da Maconha, afastando o sentido que a marcha se relacionava com a apologia ao crime. Nos votos, os ministros afirmaram o caráter de movimento social da mancha, seu diálogo democrático e cultural, bem como a sua importância para modificação do aparato legal, tais argumentos que coadunam com a visão dos pesquisadores. Além desse efeito, Prazo (2023) destaca que foi através das Marchas da Maconha e sua atuação junto a parlamentares, assessores políticos, participação em audiência pública que houve avanços na legislação acerca da maconha medicinal. Fraga e Prado (2025) citam exemplos importantes e pioneiros, como a Lei nº 8.872/2020 do Rio de Janeiro para o fomento prevenção da saúde e incentivo às pesquisas científicas a partir da maconha e a Lei Nº 18.124/2022 de Pernambuco que autoriza o cultivo em associações canábicas para fins medicinais.

Para Brandão (2017), a inserção das pessoas que possuem doenças a serem beneficiadas pela maconha é um valor importante para as Marchas:

> "[...] É emocionante ver e ouvir falas e gestos de quem ganhou novos potenciais de vida a partir do tratamento com produtos derivados de maconha. Isto é capaz de afetar atores, espectadores, "espect-atores" e ainda quem não está diretamente envolvido com a performance, mas é informado sobre ela pela mediação de terceiros. As mudanças observadas em pessoas que não acompanham a Marcha da Maconha demonstram a emergência de uma nova moral da história e uma relativa "reversão do estigma" associado a esta planta e seus usuários, mas – além disso – também foi possível perceber muitas mudanças entre os próprios marchadores e organizadores das performances enfocadas." (Brandão, 2017, p. 330)

Torna evidente que o "medicinal" ganhou o cenário público, mesmo que não só de medicinal viva a maconha. Nos últimos anos, diferentes estados e municípios brasileiros passaram a aprovar legislações voltadas ao fornecimento público de produtos à base de maconha. Como disposto no "Anuário da Cannabis Medicinal" publicado pela Kaya em 2025, o Brasil conta com 22 estados que já instituíram algum tipo de legislação voltada ao tema. Na Paraíba, a Lei Nº 11.972, de 02 de junho de 2021, de autoria da Deputada Estadual Estela Bezerra, institui a "Política de Prevenção e Promoção da Saúde de Pacientes Usuários de Cannabis Terapêutica na Paraíba" e possui como norte promover o acolhimento, orientação e acesso aos tratamentos à base de maconha medicinal, além de apoiar pesquisas científicas voltadas às necessidades dos pacientes em casos autorizados por órgãos sanitários, decisões judiciais ou lei. A legislação prevê a produção e disseminação de conhecimento técnico-científico, bem como a capacitação de profissionais da saúde para compreenderem as possibilidades terapêuticas e seus possíveis riscos.

Além disso, a normativa dispõe que o Governo da Paraíba deve permitir parcerias entre órgãos públicos e "entidades de *Cannabis* terapêutica" para assessoria técnica, jurídica e

suporte no cultivo e produção de derivados. E, para a efetivação desta Lei, a normativa dispõe que fica assegurado aos pacientes, seus responsáveis e pesquisadores o direito de plantar e cultivar *Cannabis sp.* estritamente para fins terapêuticos ou de pesquisa, sem fins lucrativos, desde que amparados por autorização legal. As associações e cooperativas que atuam neste setor devem, obrigatoriamente, contar com um responsável legal e um responsável técnico habilitado.

Não deixa de ser curioso observar que já exista uma normativa estadual que dispõe sobre condições relacionadas ao acesso à maconha medicinal, enquanto ainda não há, em âmbito nacional, uma legislação específica que estabeleça diretrizes gerais para dimensões que são estabelecidas nesta lei publicada ainda em 2021. Por isso, e, ainda de acordo com o anuário, as legislações existentes apresentam grande diversidade, pois cada estado estabelece critérios próprios quanto à origem dos produtos, aos mecanismos de aquisição e às formas de organização do fornecimento, o que produz desigualdades regionais no conhecimento e acesso ao tratamento (Kaya, 2025).

Esse é mais um elemento de contradição que permeia neste debate. Oliveira (2017) ao perguntar "Como um derivado da maconha foi legalizado no Brasil para uso medicinal sem passar antes pela própria legalização da maconha?" demonstra mais alguns destes elementos contraditórios. A autora aponta que existem atores distintos e visões antagônicas que pensam a maconha, há, por exemplo, aqueles que defendem o uso da planta integral em contraponto dos que focam nos compostos isolados, além de abordar a complexa relação entre instituições e cidadãos, e a problematização da divisão entre conhecimento técnico e leigo, e entre ciência e sociedade.

> No caso do canabidiol, há uma ação que inicialmente parecia não questionar o proibicionismo – e foi essa mobilização como exceção que levou à regulamentação do canabidiol. Mas, à medida que reivindicaram um debate sobre como deveria ser o tratamento e foram ouvidos por instituições, acabaram por abrir outras controvérsias – como aquela que questiona se a indústria médico-farmacológica deve monopolizar a produção do composto. Com isso, a expertise leiga se descola dos leigos e não necessariamente representa a todos. Mas, ao conseguirem espaço institucional, eles acabam por deslocar o poder e influenciam o surgimento de novas problemáticas e agendas. (Oliveira, 2016, p. 201-202)

Essa conjuntura se manifesta de diversas formas, revelando as complexidades e contradições do debate nesse cenário. Por exemplo, a aceitação do CBD como substância terapêutica, que contrasta fortemente com a persistente rejeição ao THC, frequentemente estigmatizado por seus efeitos psicoativos (Soares, 2023), apesar de suas comprovadas propriedades medicinais.

E esta divisão simplista não é fruto das últimas discussões, mas permeia a discussão sobre drogas de uma forma geral. Fiore (2018) ao analisar as escolhas morais e evidências científicas no debate da política de drogas, coloca que essa simplificação vem do próprio paradigma proibicionista que separa as substâncias apenas entre “proibidas” e “permitidas”, ignorando nuances, contextos de uso e resultando em regulações muitas vezes permissivas para substâncias amplamente consumidas, como o álcool, enquanto mantém uma proibição radical para outras, como para a “má’conha”.

Ainda para Fiore (2018), outro ponto crítico reside no fato de que o paradigma proibicionista tende a tratar o próprio ato de consumir como o dano em si, ou seja, assume-se o consumo como o problema final, limitando os debates e estratégias, que, no caso da maconha, tende a desvincular o aspecto medicinal da planta de seu uso recreativo ou de outras formas de consumo, ignorando inclusive efeito psicoativo como efeito terapêutico (Soares; Moebus, 2023).

Na pesquisa proposta por Caetano (2021), a autora destaca essa controvérsia de um certo cientificismo em torno da maconha medicinal, evidenciando que a distinção entre "droga" e "medicamento" não está inscrita na natureza química das substâncias; ela é produzida por dispositivos sociais, jurídicos e médicos que classificam, autorizam e proíbem. Ou seja, a maconha não é uma "droga" por essência, assim como o canabidiol não é um "medicamento" por natureza. Ambos se tornam uma ou outra categoria no interior de dispositivos de poder, que modulam diferentes discursos sobre risco, eficácia e segurança (Caetano, 2021).

Portanto, não é possível ignorar a dimensão moral que atravessa as políticas de drogas (Fiore, 2018; Mourão, 2021), pois ela também incide diretamente sobre a construção das políticas de saúde. Um exemplo disso é a própria trajetória da política de redução de danos no Brasil. Ao reconhecer que o consumo de drogas é um fenômeno social complexo e persistente, a redução de danos desloca o foco da proibição para a produção de estratégias de cuidado voltadas à diminuição de riscos e agravos associados ao uso (Petuco, 2020).

No país, essa perspectiva ganha força a partir da década de 1990, inicialmente vinculada às respostas à epidemia de HIV/AIDS entre pessoas que faziam uso de drogas injetáveis, e posteriormente se amplia no âmbito das políticas de saúde mental e do desenvolvimento social (Petuco, 2020). Ainda assim, sua implementação sempre foi marcada por disputas, justamente por tensionar a lógica proibicionista que historicamente orientou o campo das drogas. Nesse sentido, as separações produzidas pelo paradigma proibicionista não se limitam à classificação das substâncias, mas atravessam também os modos de legitimação dos atores que podem ou não participar da produção de respostas no campo da saúde.

No debate sobre a maconha medicinal, já mencionamentos a jurisdição da medicina (Brandão, 2023), mas vamos além, uma vez que entendemos que essa dinâmica se expressa, por exemplo, na disputa que posiciona a indústria farmacêutica como provedora legítima de soluções para a oferta desses produtos, em detrimento das associações canábicas, que frequentemente operam sob a penumbra de autorizações judiciais e diante da morosidade regulatória da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e da União (Amorozo, 2025).

Este destaque entre indústria farmacêutica e associações é importante para evidenciar que atualmente, existem três principais vias de acesso a produtos à base de maconha no Brasil: o mercado farmacêutico nacional, a importação e as associações. No caso do mercado regulado internamente, até o levantamento de 2025, havia 21 empresas com autorização ativa, sendo que 13 delas possuíam produtos efetivamente disponíveis para venda (Kaya, 2025). Ao todo, existem 91 produtos autorizados, dos quais 38 estão disponíveis no mercado, predominando formulações em óleo e comprimidos (Kaya, 2025). No caso das importações, o número de empresas envolvidas é significativamente maior: são 92 empresas responsáveis pela oferta de 1.269 produtos diferentes. A diversidade de formulações também é mais ampla, incluindo óleos e outras 36 formas farmacêuticas distintas.

Na terceira via, as associações de pacientes constituem um arranjo importante no campo do acesso. O estudo contabilizou cerca de 315 associações que oferecem aproximadamente 496 produtos, incluindo óleos e outras 18 formas farmacêuticas (Kaya, 2025). Destaca-se ainda que entre essas 315 associações, apenas 47 obtiveram autorização judicial para o cultivo. A maior concentração das associações encontra-se na região Sudeste, que reúne 153 associações. Em seguida aparecem o Nordeste, com 77 associações, e a região Sul, com 52. Já o Centro-Oeste conta com 27 associações, enquanto a região Norte apresenta o menor número, com apenas 6 organizações identificadas (Kaya, 2025). Na Paraíba, existem pelo menos cinco associações mapeadas: Associação Brasileira de Apoio Cannabis Esperança (Abrace), Associação Cannábica Florescer (ACAFLOR), Liga Canábica, Associação Cannabis Milagrosa (ACAMI) e a Cebrapcam, que é o principal cenário deste trabalho.

Embora o volume de associações seja significativo em termos quantitativos, elas ainda não constituem a principal via de acesso, uma vez que a importação se mantém como a principal forma para uma parcela considerável dos pacientes. Em paralelo, os produtos disponibilizados em farmácias têm apresentado crescimento constante, impulsionados sobretudo pela ampliação das prescrições médicas, pela divulgação em mídias tradicionais e digitais e pelo fortalecimento do setor farmacêutico nesse mercado emergente (Kaya, 2025). Por outro lado, as associações de pacientes também passaram a ampliar sua participação no cenário nacional. Esse avanço

pode estar relacionado a diferentes fatores, entre eles o aumento do número de associações atuando no país e a continuidade de conquistas judiciais que autorizam o cultivo e a produção associativa (Kaya, 2025).

A partir desses dados, compartilho uma impressão pessoal: o cenário em que as associações não representam a principal via de acesso parece contrastar com a realidade, uma vez que as associações parecem ocupar o espaço em sua maioria. Em reflexão, pode-se dizer que esta sensação é fruto de uma percepção que não se limita à distribuição dos produtos, mas que, sobretudo, envolve mobilização social e política na disputa por reconhecimento. Diferente das farmácias ou empresas importadoras, as associações ocuparam os espaços das ruas e das mídias, o que produziu e produz narrativas públicas fortes, capazes de sensibilizar a opinião pública, mobilizar a mídia e pressionar instituições do Estado.

Além disso, as associações operam em um terreno jurídico e político particularmente sensível e por funcionarem a partir de decisões judiciais que autorizam o cultivo e a produção de derivados da maconha. Essa condição faz com que suas atividades frequentemente se tornem objeto ou que sua presença seja imposta nos debates legais[2], audiências públicas[3], reportagens[4] e discussões parlamentares[5]. Assim, as associações, por se comportarem mais próximas à coletividade, mobilizando sujeitos coletivos, elas superam o desenho quantitativo e se espalham produzindo conexão múltiplas, criando redes de apoio, circulação de informações, mobilização política e produção de cuidado em uma dinâmica e participação rizomática.

Quintanilha, Sodré e Dalbello-Araujo (2013) utilizam o termo "participação rizomática" para descrever as formas de participação que se expressam como movimentos de resistência "que criam, inventam, produzem novos modos de existência, novas normas para a vida" (p. 562) ao analisarem os movimentos de luta que surgem no cotidiano dos serviços de saúde, sobretudo aqueles que emergem dos/as usuários/as. Essa discussão é inspirada no conceito de rizoma nascida em Deleuze e Guattari (1995) e que pode ser usada para trabalhar a noção de

---

[2] Câmara dos Deputados. **Comissão debate apoio a associações civis dedicadas à cannabis medicinal**. Brasília, DF: Agência Câmara de Notícias, 21 fev. 2025. Disponível em: https://www.camara.leg.br/noticias/1184320-comissao-debate-apoio-a-associacoes-civis-dedicadas-a-cannabis-medicinal/. Acesso em: 10 set. 2025.

[3] Superior Tribunal de Justiça. **Expositores defendem uso medicinal da cannabis na primeira parte da audiência pública**. Brasília, DF: STJ, 25 abr. 2024. Disponível em: https://www.stj.jus.br/sites/portalp/paginas/comunicacao/noticias/2024/25042024-expositores-defendem-uso-medicinal-da-cannabis-na-primeira-parte-da-audiencia-publica.aspx. Acesso em: 30 jan. 2026

[4] **Globo Repórter fala sobre medicamentos à base de cannabis**. **G1**. [S. l.], 2024. Disponível em: https://g1.globo.com/globo-reporter/playlist/globo-reporter-fala-sobre-medicamentos-a-base-de-cannabis.ghtml. Acesso em: 3 mai. 2024.

[5] **Frente parlamentar da cannabis reacende debate sobre marco legal no Brasil**. **ICL Notícias**. [S. l.], 23 fev. 2025. Disponível em: https://iclnoticias.com.br/frente-parlamentar-da-cannabis-reacende-debate-sobre-marco-legal-no-brasil/. Acesso em: 5 mar. 2026.

complexidade nos debates contemporâneos (Bertussi et al., 2015). Através de princípios como conexão e heterogeneidade, o rizoma apresenta essa característica que conecta diferentes pontos e linhas articulando elementos de naturezas distintas, como linguísticos, biológicos, políticos e afetivos sem hierarquia. Por isso também é múltiplo, uma vez que suas direções são movediças e não obedecem uma ordem pré-definida e vão mudando de natureza à medida que suas conexões aumentam.

No entanto, essa mesma dinâmica rizomática, que permite às associações expandirem suas conexões e produzirem múltiplas formas de cuidado e mobilização, não as isenta de tensões. Ao contrário, é justamente essa capacidade de crescimento, articulação e circulação que as coloca em contato com outras racionalidades que operam no campo da saúde, dentre elas, a lógica de mercado. Então, o que queremos colocar como problemática é que, no plano legal, institucional e simbólico, indústria e associação são concebidas como entidades distintas, seja em seus regimes jurídicos, em seus modos de funcionamento ou nas expectativas sociais que recaem sobre elas. O que buscamos questionar, portanto, é o que acontece quando a própria lógica de mercado passa a atravessar o interior das associações. Entendemos que, com o avanço tecnológico e a ampliação da escala de produção, abre-se a possibilidade de que essas organizações passem a ocupar um lugar cada vez mais próximo ao da própria indústria. Nesse movimento, a dicotomia entre Indústria vs. Associação tende a se diluir, tornando a associação, em certa medida, a própria indústria.

Mas essa situação não poderia ser considerada benéfica? Afinal, ela poderia resultar em maior capacidade de produção, ampliação da oferta e, consequentemente, em um número crescente de pessoas utilizando esses produtos. Ainda assim, a questão que se coloca não se restringe apenas ao aumento da produção ou ao crescimento do acesso, mas aos efeitos que essa transformação pode produzir sobre o sentido político e social das associações, historicamente constituídas em torno do apoio mútuo, da luta por direitos e da produção coletiva do cuidado.

Barbosa e Portugal (2018) quando analisam campo das doenças raras e os diversos atores que a compõem (associações civis, indústria farmacêutica, academia, governo e famílias), chamam a atenção para uma dinâmica de intervenção que é centrada na busca e oferta do medicamento, o que gera uma dinâmica de individualização a partir da lógica do mercado, o que eles chamam de Modelo Utilitário de Cuidado. Nesse contexto, as associações tornam-se organizações e "os laços que são (re)construídos entre as pessoas quase que diariamente são substituídos pela lógica da hierarquização e produção" (Barbosa; Portugal, 2018, p.4)

Ou seja, quando a necessidade de atenção e cuidado se traduz unicamente na oferta de medicamentos, cria-se uma janela de oportunidades para o mercado e, sendo a lógica de

mercado a econômica, o cuidado é transformado em eficiência, deixando à deriva as relações humanas: perde-se a dimensão cuidadora.

> A produção do cuidado dá-se por uma complexa trama que tem como protagonistas sujeitos individuais e coletivos, carregados de certas intencionalidades e impulsionados por subjetividades, que os fazem operar no campo social (Matus, 1996), definindo suas relações, produzindo os cenários para a construção do cuidado. Esses cenários vão estar vinculados a diferentes objetivos, interesses e redes de relações sociais, que como constitutivas do modo como se produz o cuidado, operam em distintos níveis, porém fortemente a partir da micropolítica desenvolvida no âmbito da produção do cuidado, definida em muitos sentidos pelos processos e pelas tecnologias de trabalho (Merhy; Franco, 2013, p. 88)

Com isso, não se trata de afirmar que as associações canábicas, ao alcançarem reconhecimento e expandirem sua produção, se tornarão aliadas do capital. O objetivo é salientar que, embora a distinção entre a Indústria Farmacêutica e as Associações seja significativa, ela não representa polos impossíveis de convergência. Essa dimensão é importante para não perder de vista as próprias motivações e relações que fundaram as associações, que lhes deram vida. Para esta pesquisa, foi fundamental compreender que, mais do que conseguir a aprovação da Anvisa, é essencial considerar as bases, os "porquês" e as motivações que orientam as atividades da associação.

E preservar essa dimensão também significa reconhecer que a força política e social dessas organizações está justamente em sua capacidade de produzir respostas coletivas às necessidades de saúde. Ou seja, pensá-las aproximando-a do modelo farmacêutico é correr o risco de que as associações acabem por reproduzir uma lógica que, historicamente, pouco dialoga com as condições concretas que motivaram sua emergência. Em outras palavras, ao adotar uma lógica que transforma o cuidado em mercadoria individualizada, as associações podem enfraquecer justamente os fundamentos coletivos, territoriais e solidários que lhes deram origem e que sustentam sua legitimidade social e política.

4 METODOLOGIA

Entendemos que produzir conhecimento para o campo da saúde coletiva não é apenas estudar os fenômenos de saúde-doença nas populações ou as diferentes distribuições das doenças na sociedade. Com suas diferentes e expressivas importâncias, acreditamos que o campo da saúde coletiva precisa eminentemente pensar sobre os processos de saúde humana e sua relação fundamental com o social e os modos de produção e reprodução da vida. As ciências sociais e humanas na saúde não devem aparecer como um acessório às discussões, o social precisa ser fundamentado no mundo das diferentes práticas e modos de ser e existir no mundo.

Outro ponto metodológico relevante a ser considerado é a compreensão de que, embora as pesquisas em saúde coletiva focadas no Sistema Único de Saúde sejam significativas e importantes, o SUS por si só não consegue sintetizar a totalidade do que é saúde. Isso ocorre porque a saúde é uma (re)construção contínua de sujeitos coletivos. Não é surpreendente, portanto, que o SUS emerja mesmo que esta pesquisa não parta diretamente dele, pois ele faz parte da história da saúde e dos sujeitos que a buscam. Então, toda esta apresentação serve para comunicar que a presente pesquisa se insere no campo da saúde coletiva, buscando compreender a saúde e seus processos de criação humana.

Para seguir esse caminho, a pesquisa tomou a abordagem qualitativa como forma de aproximação e aprofundamento no mundo dos significados das ações, relações e motivações humanas (Yin, 2012) visando, ainda, a construção de novas perspectivas, conceitos e categorias frente aquilo que está sendo estudado (Minayo, 2010). Como demonstram Gomes, Deslandes e Moreira (2020), a pesquisa qualitativa na saúde coletiva mostra-se relevante, dentre outras coisas, ao reconhecer a vozes e atividades de atores sociais e colocá-los como protagonistas do conhecimento ou, ainda, dar importância à dimensão do desvelamento dos sentidos e significados dos diferentes processos de saúde-doença-cuidado, ao qual a intencionalidade desta pesquisa também se alinha.

Quanto à sua finalidade, optou-se pela pesquisa de cunho exploratório, buscando proporcionar uma aproximação com a questão, para não apenas torná-la mais compreensível como propõe Gil (2011), mas também para entender possíveis porquês ainda pouco debatidos e as complexidades de um fenômeno que é novo. Inicialmente, a pesquisa foi estruturada sem a definição de um delineamento específico e obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS), conforme o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 84612824.5.0000.5188.

Além disso, no transcorrer do processo analítico, o aprofundamento empírico e teórico da investigação revelou a importância de identificar as pessoas que entrevistamos. Essa identificação tornou-se relevante para a devida contextualização dos resultados, assim como para a compreensão da trajetória, da atuação institucional e do lugar social ocupado por esses sujeitos no campo de estudo. Em razão disso, foi necessário realizar um aditamento ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme apresentado no APÊNDICE B que foi submetido como emenda ao CEP correspondente e aprovado por meio do Parecer nº 8.184.628.

4.1 TÉCNICAS DE PESQUISA

4.1.1 Pesquisa documental

A pesquisa documental em fonte primária (Lakatos, 2021) mostrou-se fundamental para entender a construção e, sobretudo, a disputa jurídica da associação Cebrapcam no campo do direito à saúde. Os documentos foram organizados e analisados de forma cronológica, considerando suas datas de registro. Durante a leitura, buscou-se destacar elementos que contribuíssem para compreender a construção da associação não apenas a partir de ideias, interesses pessoais ou motivações sociais, uma vez que esses aspectos estariam dispostos de maneira mais evidente nas entrevistas.

Mas sim, buscou-se por meio dos marcos documentais evidenciar a inserção da associação no debate jurídico, junto à trajetória que se torna uma disputa jurídica. Assim, a análise documental teve como propósito consolidar essa história à luz dos processos legais e institucionais que atravessam a atuação da associação, dimensão que dialoga diretamente com um dos objetivos específicos desta pesquisa. Após leituras e com assentimento da instituição, 7 (sete) documentos tornaram-se importantes para o debate, em ordem crescente de datas:

Quadro 1. Documentos disponibilizados pela Cebrapcam organizados por ordem crescente

Nº	Documento	Período	Tema central
I	Estatuto Social da Associação Brasileira de Pacientes e	**Novembro de 2022**	Estatuto social que contém os princípios, objetivos gerais e específicos e os capítulos que orientam seus moldes de funcionamento da associação, aprovado em assembléia geral.

	Pesquisadores da Cannabis Medicinal (Cebrapcam)[6]		
II	Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);	**Novembro de 2022**	Solicitação do CNPJ sob à Atividade Econômica 86.60-7-00 – Atividades de apoio à gestão de saúde.
III	Petição Inicial da Ação Civil Pública	**Março de 2023**	Cebrapcam busca junto a União e Anvisa autorização do cultivo da Cannabis e a extração do óleo para fins medicinais;
IV	Liminar Parcial	**Julho de 2023**	Liminar Parcial da 14ª Vara da Seção Judiciária da Paraíba, impondo a Anvisa a analisar e decidir o pedido administrativo (de Autorização Especial feito pela Cebrapcam) dentro de um prazo definido de 60 dias
V	Sentença	**Julho de 2024**	Sentença da 14ª Vara da Seção Judiciária da Paraíba reconhece que a associação tem o direito de cultivar e manipular a cannabis para fins exclusivamente medicinais e determina que as rés (União e Anvisa) recebam e processem os pedidos de autorização de plantio e cultivo de cannabis, para fins exclusivamente medicinais;
VI	Parecer	**Novembro de 2024**	Parecer do Ministério Público Federal (MPF) que decide pelo conhecimento e não provimento dos recursos da União e da Anvisa reconhecendo o direito da Cebrapcam para o plantio, transporte e produção de óleo;

[6] Durante a pesquisa o nome da Associação mudou para **"Centro de Pesquisas e Estudos da Cannabis**" mantendo a sua sigla (Cebrapcam). Por conta da mudança recente, nos documentos em questão ainda encontramos a denominação anterior.

VII	Certidão de julgamento e Acórdão	**Fevereiro de 2025**	A Sexta Turma do Tribunal Regional Federal da 5ª Região, por unanimidade, negou provimento à remessa necessária e às apelações da União e da Anvisa, mantendo a sentença de primeiro grau em todos os seus termos para a Cebrapcam.

4.1.2 Observação participante

Aliado à análise documental, seguiu-se a pesquisa de campo com caráter exploratório, a fim de proporcionar o encontro com os dados no próprio local e modo como acontecem (Lakatos, 2021). Esse encontro pode ser definido de duas formas: o encontro presencial e os encontros virtuais. O encontro presencial com a Cebrapcam ocorreu entre os dias 30 e 31 de janeiro de 2025. Envolveu uma reunião de planejamento para o ano que se seguiu, reunindo uma parte expressiva daqueles que compõem a associação, como: Presidência, Vice-presidência, Comunicação, Acolhimento, Despacho, Cultivo e convidados.

Os registros das atividades foram feitos em diários de campo e as anotações que não são descrições dos fatos, mas sim reflexões, o que se mostrou essencial para aproximar a pesquisadora do fenômeno, relacionando-se com a pesquisa em um todo contínuo.

Observação participante é uma técnica de pesquisa qualitativa que permite ao pesquisador envolver-se diretamente no contexto estudado, chegando ao “conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo” (Gil, 2011, p. 104). No campo da saúde coletiva, essa abordagem apresentou-se útil para o encontro com os sentidos atribuídos às práticas de cuidado dentro do Núcleo de Assistência Multidisciplinar de Reabilitação e Acolhimento (Núcleo AMAR).

Cabe destacar que o Núcleo AMAR não se constituiu como uma estratégia produzida para esta pesquisa. Trata-se de uma iniciativa construída pela própria Cebrapcam, resultante dos esforços da associação em articulação com estudantes vinculados ao projeto de extensão " “Educação Permanente dos Agentes Populares de Saúde dos Assentamentos e Acampamentos do MST na Paraíba: o povo cuidando do povo”", mobilização iniciada em 2024 com o objetivo de ampliar as ações de acolhimento e cuidado ofertadas aos seus associados.

Neste caso, os encontros aconteciam de forma remota via *Google Meet* em virtude da distância territorial entre as pessoas, o que dificulta o contato com outros elementos do ambiente e reduz a interação espontânea entre as pessoas, o que configura uma fragilidade. No entanto,

vale salientar que o “participante” ocorria no momento do encontro do grupo, sendo um dos seus membros, mas também na própria concepção do momento que acontecia anteriormente. A pesquisadora, neste caso, não estava alheia e distante do seu objeto, mas dialeticamente o construía. Abaixo estão sistematizados os encontros que ocorreram em 2024 e que são materiais reflexivos importantes para a discussão dos resultados desta pesquisa. Vale salientar que entre os encontros com os associados/as, havia também momentos intermediários para pensar e planejar a construção.

Quadro 2. Encontros e temáticas do AMAR com associados/as em 2024.

	Temática do encontro	**Data**	**Número médio de participantes**	**Convidado/a externo**
1	“Cebrapcam e Núcleo AMAR”	06/06/2024	15 pessoas	-
2	“Criminalizar para quê?”	02/07/2024	30 pessoas	-
3	“SUS e Cannabis”	16/07/2024	19 pessoas	-
4	“Terapia Ocupacional e Saúde”	30/07/2024	15 pessoas	Raquel Fernandes
5	“Saúde popular e Cannabis”	13/08/2024	15 pessoas	Luciano Bezerra Gomes
6	“Terapia Ocupacional e cuidado em Saúde”	27/08/2024	10 pessoas	Luciano Belas e Silva Filho
7	“Cannabis e Saúde Mental”	10/09/2024	24 pessoas	Alexandre José de Melo Neto

4.1.3 Entrevistas Semiestruturadas

As entrevistas semiestruturadas foram pensadas como forma de consolidar os diálogos e vivências junto a algumas das pessoas que fizeram e fazem parte da associação, registrando as trajetórias e os sentidos produzidos pelos entrevistados. As entrevistas semiestruturadas foram selecionadas devido à sua flexibilidade e à natureza aberta das questões, que permitiram explorar temas como o vínculo com a Cebrapcam, o histórico com a associação e a medicação à base de maconha. Também foram abordados como o participante conheceu a Cebrapcam, seu cotidiano de trabalho (se aplicável), a percepção sobre a maconha e seus medicamentos, e as expectativas em relação à associação (Apêndice A).

Os encontros ocorreram de forma conversacional entre pesquisador e participante, possibilitando o surgimento de novas indagações, possibilidades e conceitos (Pope; Mays, 2011). Com a anuência dos participantes a partir da assinatura do TCLE, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para uma melhor análise e memória de seu conteúdo. Conforme já mencionado, as informações do quadro a seguir foram autorizadas de divulgação para fins científicos por meio do TCLE (Apêndice B).

Quadro 3. Síntese das entrevistas semiestruturadas realizadas para a pesquisa

Nome	**Atividades de vida e trabalho**	**Relação com a associação**	**Tempo da entrevista**
Saulo Lúcio Dantas	Advogado de formação, formado na segunda turma de Direito para Beneficiários da Reforma Agrária pelo Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária. Mestre em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Direitos Humanos pela Universidade Estadual do Maranhão.	Sócio-fundador e organiza as competências jurídicas da Cebrapcam.	56min10s
Adarlam Tadeu da Silva	Graduação em Administração pelo Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix com apoio do Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária, PRONERA. É mestre pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em Gestão Pública e Cooperação Internacional, vinculado à linha de Políticas Públicas.	Está na Vice-Presidência da Cebrapcam.	34min40s
Larissa Padilha de Brito	Assistente Social. Atuou no Levante Popular da Juventude. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos da Universidade Católica de Pelotas na qual estudou "Soberania alimentar e solidariedade: ações dos movimentos populares em tempos de pandemia a partir da campanha "Periferia Viva"" e atualmente também Coordenadora	Compõe o setor de acolhimento a população acampada/assentada e hoje trabalha ativamente no setor de comunicação e mídias	1h14min40s

	Pedagógica do Centro De Formação Elizabeth e João Pedro Teixeira do MST, em Lagoa Seca/PB.		
Ana Maria Trindade de Sousa Vieira	Formada na área de Ciências Agrárias com experiência profissional na área de assistência a famílias agricultoras, com trabalho expressivo na Extensão Rural.	Coordenadora da equipe de acolhimento da Cebrapcam.	52min23s
Ednaldo Correia Novaes "Didi"	Dirigente do setor de saúde do MST do estado da Bahia. Terapeuta holístico, cuidador e educador popular em saúde.	Participou da idealização da Cebrapcam, incluindo os diálogos internacionais.	42min17s
Gilmar Felipe Vicente	Militante do MST há 30 anos. Integrante da Coordenação Nacional do MST representando a Paraíba.	Participa das articulações desde a criação da Cebrapcam até os dias atuais.	52min11s
Luana Gonçalves Cardoso Mororo	Psicóloga de formação na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atua na Clínica e é Mestre em neurociência clínica e básica pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Morfológicas da Universidade Federal do Rio de Janeiro.	Psicóloga na Cebrapcam e coordena as atividades do Núcleo Amar.	1h12min47s

4.2 ANÁLISE DOS DADOS

A análise documental foi realizada selecionando os documentos de maior relevância para compreender a disputa judicial da Cebrapcam. Priorizaram-se aqueles que continham os argumentos das três partes envolvidas: a associação, a União e a Anvisa. As etapas da análise incluíram: (1) organização cronológica dos documentos; (2) leitura exploratória; (3) identificação dos elementos e trechos que evidenciam contradições, interesses divergentes e pontos de conflito; e (4) reflexões à luz da discussão sobre o direito à saúde.

Já os registros do diário de campo, elaborados durante a observação participante da visita in loco e do Núcleo Amar, foram essenciais para pensar os diálogos das entrevistas. Eles englobam descrições, reflexões da pesquisadora e anotações de frases relevantes do grupo,

contribuindo significativamente para a compreensão dos sentidos e significados do momento. Essa interação configurou-se como uma valiosa experiência de aprendizado, que também norteou as reflexões desta pesquisa.

As entrevistas foram a última etapa da coleta de dados e sua análise iniciou-se por uma leitura flutuante de cada uma delas, de forma individual, com o objetivo de familiarização com o conteúdo e identificação inicial de elementos significativos. Em seguida, procederam-se leituras mais detalhadas, nas quais foram destacados os trechos que apresentavam maior afinidade com a proposta e com os objetivos da pesquisa. A partir desses trechos destacados, foram atribuídos títulos de significado, buscando sintetizar o sentido central de cada fragmento.

Após a titulação de todos os excertos, elaborou-se uma lista contendo os títulos de significado. Essa lista foi revisada de modo a eliminar repetições e sobreposições, resultando em um conjunto mais conciso de significados representativos. Por fim, atribuiu-se uma síntese para cada título que, por similaridade, foram agrupados em três categorias temáticas que vão orientar a discussão desta pesquisa, sobretudo no Capítulo III. Essas etapas foram cruciais para uma compreensão aprofundada das discussões que o material poderia suscitar, sem a intenção de categorizar rigidamente as falas.

Quadro 4. Lista dos títulos de significados atribuídos às falas em destaque

1.	Consolidação do Coletivo da Associação
2.	Formas de cuidado em saúde
3.	Esferas de luta para garantia de direito
4.	Disputa no campo institucional e político
5.	Organização social para construção de direitos
6.	Desobediência civil como mobilizador de direitos
7.	Lógica institucional e financeira
8.	Tecnologias de Cuidado e Construção de Saúde
9.	Jogo Institucional e Insegurança Coletiva

10.	Direito para Além da Cannabis
11.	Construção Coletiva e Popular de Saúde
12.	Resistência e Trajetória
13.	Linha de Resistência e Cuidado Popular
14.	Entraves nos Poderes Institucionais e Homogeneização dos Processos
15.	Cuidado Político e Social
16.	Afirmação de não poder retroceder
17.	Histórias de Vida de quem constrói
18.	História da Associação marcada pelo MST
19.	Acolhimento e Atenção ao Sujeito
20.	Linha de Cuidado Popular
21.	Linhas para Atuação do Acesso ao Cuidado
22.	Cuidado com quem está dentro do processo e acolhimento de dentro para fora
23.	Direito à Saúde e Direito à Vida
24.	Diferentes Tecnologias de Cuidado
25.	Ampliação do Conceito de Cannabis e de Saúde
26.	Histórias entre a Planta e a Terra
27.	Relação e Impasses com a Indústria Farmacêutica
28.	Historicidade do Cuidado

29.	Cuidado e Luta de Mães
30.	Intenção de Transformação e Farmácia Viva
31.	Sentimentos de Esperança
32.	Acolhimento para Além da Oferta do Óleo
33.	Luta Política enquanto Associação
34.	Atenção com os Perfis Profissionais alinhando com o Propósito Político
35.	Evidência Científica e Evidência Política
36.	Os Dilemas e Desafios do Começo da Associação
37.	Diálogos e Internacionalismo
38.	Relação entre o Grande e o Pequeno Produtor dos Produtos à Base de Maconha
39.	Saúde enquanto Direito de Todos
40.	Diálogo, Conhecimento e Internacionalismo
41.	Entendimento de Mundo e de Sujeito
42.	Pensar uma Nova Saúde e Sociedade
43.	Acesso Popular à Cannabis
44.	Desafio para Pensar uma Nova Saúde
45.	Defesa de uma Cannabis Popular
46.	As Contradições de Cuidado e Oferta em Saúde
47.	Acolhimento e Esperança de Vida

Quadro 5. Síntese da construção das categorias de análise

Consolidação do Coletivo da Associação	Síntese da trajetória formal da associação, linha do tempo com os fatos narrados e os documentos normativos;	Histórias, vidas e movimentos com a associação
Histórias entre a Planta e a Terra	Relaciona-se com a história da associação com os movimentos sociais do campo;	
Histórias de Vida anteriores à associação	Diz sobre a trajetória de vida, seja ela profissional, acadêmica e/ou de militância antes mesmo da existência da associação;	
Os Dilemas e Desafios do Começo da Associação	Reflete sobre os desafios e inseguranças para pensar a criação da associação, sobretudo com seu vínculo com o MST;	
Diálogo, Conhecimento e Internacionalismo	Demonstra os diálogos, parcerias e alcances para construção da agenda política;	
Defesa de uma Cannabis Popular	Para defender a construção de uma associação que oferta o produto pensa-se não apenas na oferta, mas como o acesso pode ser popular, que não é a mesma coisa de "ser barato".	
Pensar uma Nova Saúde e Sociedade	A mobilização é instrumental para atuar na construção de um novo entendimento de saúde e de sociedade.	Saúde enquanto direito (à desobediência)
Organização social para construção de direitos	Para além das estratégias institucionais, a desobediência civil ativa como manifestação política.	
Direito à Saúde e Direito à Vida	Defender o direito à saúde não é apenas defender um campo de atuação específico, mas defender onde essa saúde se assenta.	
Jogo institucional e insegurança coletiva	O jogo advém da relação entre Anvisa e União que travam disputas de responsabilidades e causam essa insegurança no coletivo da associação	
Relação e Impasses com a Indústria Farmacêutica	A expansão das associações com caráter empresarial aproximando-se do industrial farmacêutico baliza decisões e condutas político-institucionais	Território e tecnologias de cuidado

Evidência Científica e Evidência Política	Perpassa pelo entrave do discurso biomédico da "construção de evidências" para a saúde e os caminhos da associação para disputar esse campo.	
Cannabis e SUS	Mostra que a construção de uma legislação para a oferta da maconha passa, inclusive, pelas mudanças de políticas no campo do SUS e suas contradições, aliada à assistência farmacêutica e perspectivas de futuro para a associação;	
Linhas de Resistência e Cuidado Popular	Pensar o acesso não apenas em como o produto irá chegar, mas em quem ele irá chegar e quem irá acolhê-lo;	
Acolhimento e Atenção aos Sujeitos	Além de um setor, o acolhimento é a porta para o cuidado da associação junto aos associados/as, mas também é a ponte do acompanhamento longitudinal para além da oferta do óleo, com exemplo do Núcleo Amar;	
As Contradições de Cuidado e Oferta em Saúde	Quem são e onde buscar os aliados para essa construção de cuidado?	
Acolhimento e Esperança de Vida	É costumeiro que a possibilidade de uso do óleo venha cheia de esperança para aqueles que procuram	

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CAPÍTULO I: OS PAPÉIS DO DIREITO À SAÚDE

> Inclusive, quando o juiz fez a inspeção judicial lá na sede, com a procuradora da República, representante do Ministério Público, representante da Agevisa, eu fui uma das pessoas que disse que ninguém precisava ter medo de ser preso porque a gente estava salvando vidas. E quando o juiz ouviu isso, silenciou e viu que era o coerente, era o razoável e o proporcional. Então, quando pega o CNPJ da associação, que foi fundado em 29 de novembro de 2022, Associação Brasileira de Pacientes e Pesquisadores de Cannabis Medicinal, o nome fantasia CEBRAPCAM. – Saulo

A disputa em torno da maconha medicinal no Brasil não se restringe ao plano regulatório, mas envolve diferentes regimes de verdade e formas de produção de legitimidade, atravessados por processos de judicialização, medicalização e por uma persistente abordagem moral das drogas. Nesse cenário, tensionam-se distintas concepções sobre a maconha, seja como planta, vinculada a práticas sociais e territoriais, desde a sua transformação em medicamento, regulado por dispositivos sanitários e pela lógica da indústria farmacêutica. É nesse sentido que a palavra “papel” no título desempenha dupla função, pois evoca a discussão que vem a partir dos ordenamentos jurídicos (documentos), mas que também representa as funções exercidas e os personagens interpretados nessa disputa.

É preciso entender que a necessidade de recorrer ao judiciário para viabilizar o funcionamento das associações canábicas está diretamente relacionada às lacunas e tensões presentes na regulamentação da maconha no Brasil. Embora a Lei 11.343/2006 preveja a possibilidade de autorização para o cultivo de plantas destinadas a fins medicinais ou científicos, essa autorização permanece pouco regulamentada no plano administrativo. Ao mesmo tempo, a Anvisa avançou na normatização da importação e da comercialização de produtos derivados da cannabis, especialmente a partir da RDC nº 327/2019, sem, contudo, estabelecer regras claras para o cultivo em território nacional.

Essa combinação de permissões parciais e ausências regulatórias cria um cenário no qual o acesso ao tratamento se torna juridicamente possível, mas operacionalmente restrito, levando diferentes atores a recorrerem ao judiciário como forma de viabilizar práticas. Nesse contexto, a judicialização aparece como um mecanismo por meio do qual demandas relacionadas ao direito à saúde passam a ser mediadas pelas instituições jurídicas, fenômeno que se insere em um movimento mais amplo de judicialização da saúde no Brasil.

A judicialização da saúde no Brasil refere-se ao crescente acionamento do Poder Judiciário para garantir o acesso a bens e serviços de saúde que não são ofertados ou são ofertados de forma insuficiente pelo Estado. Esse fenômeno ganha corpo por meio da

promulgação da Constituição de 1988, que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado e tem como marco as ações judiciais para os tratamentos da AIDS, na década de 1990 (Figueiredo; Costa, 2022). Com o passar do tempo, o Poder Judiciário tem assumido uma posição cada vez mais importante na mediação das demandas de saúde. Esse movimento resultou em um ciclo vicioso de judicialização, gerando mais demandas judiciais e evidenciando a necessidade de um maior e melhor conhecimento do Judiciário sobre a temática da saúde (Figueiredo; Costa, 2022).

Asensi (2013), no capítulo "Judicialização talvez possa salvar o SUS" discute o caráter ambivalente deste tema. Por um lado, a judicialização representa um importante instrumento de garantia de direitos, ao permitir que indivíduos e grupos acionem o sistema de justiça para acessar medicamentos, tratamentos ou procedimentos que consideram necessários. Por outro, levanta debates sobre seus efeitos na organização das políticas públicas, uma vez que decisões judiciais podem interferir na gestão do sistema de saúde, redirecionar recursos e priorizar demandas individuais em detrimento de estratégias planejadas coletivamente, diminuindo os espaços participativos.

Além disso, o autor aponta que a judicialização tende a concentrar-se em demandas medicalizadas relacionadas a tecnologias médicas que reforçam uma concepção mais curativa da saúde, como os medicamentos, exames e procedimentos de alto custo. Nesse sentido, ainda que o fenômeno possa contribuir para ampliar o acesso a determinados tratamentos, ele também revela limites estruturais das políticas públicas e evidencia desigualdades no acesso à justiça, já que não são todos os segmentos da população que possuem as mesmas condições de mobilizar o sistema judicial.

Então, se a judicialização pode ou não salvar o SUS é uma provocação para refletir o próprio cenário do direito à saúde, como expressa o autor:

> Ao se conceder um medicamento ou se deferir um exame, os juízes estão efetivamente salvando o SUS ou apenas o direito à saúde individual de um determinado cidadão? O que é judicializado corresponde a todas as dimensões do direito à saúde ou a uma parcela deste direito? Há algum tipo de viés no perfil dos litigantes em saúde ou a judicialização é desenvolvida por todos os cidadãos? (Asensi, 2013, p. 56)

Observando essa discussão, voltamos aos dois primeiros documentos organizados que tratam do Estatuto Social da associação Cebrapcam e o cadastro via CNPJ, que em seus termos técnicos são documentos mais individuais que pertencem à associação. O Estatuto Social é um documento jurídico que estabelece as regras de funcionamento, organização e objetivos de uma entidade coletiva, como uma associação. Sobre ele, está disposto no Código Civil brasileiro (Lei nº 10.406/2002), especialmente no Livro I – Das Pessoas, Título II – Das Pessoas Jurídicas,

Capítulo II – Das Associações (arts. 53 a 61). Além do Art. 54 que estabelece seus elementos obrigatórios, o estatuto social expressa os motivos, as ideias e os pressupostos que norteiam a construção da associação.

É nesse sentido o destaque para dois elementos: os princípios adotados pela associação, assim como seu objetivo geral, a saber:

> Artigo 2º – O CEBRAPCAM[7] adota como princípios: I – **O respeito aos direitos humanos;** II – O respeito às práticas sustentáveis e à conservação da natureza; III – O respeito aos interesses das populações tradicionais e à cultura popular, conforme definidas em lei; IV – O repúdio a toda forma de preconceito e discriminação de qualquer natureza, conforme definidos em lei; V – A legalidade, a impessoalidade, a moralidade, a publicidade, a economicidade e a eficiência; VI – O respeito à Constituição Federal Brasileira. (Estatuto Social da Cebrapcam, 2022, p. 01, grifo nosso).

> Artigo 3º – O CEBRAPCAM tem como objetivo geral promover, garantir, consolidar e expandir a inclusão social e o **respeito aos direitos humanos** dos pacientes de Cannabis Sativa L. medicinal, em suas diversas expressões. Isso inclui a criação de uma cultura de acolhimento, autonomia, superação de preconceitos e discriminações, convivência saudável e aceitação incondicional desses pacientes por parte de toda a sociedade. Para atingir esse fim, a associação utiliza todas as ferramentas e mecanismos assistenciais, jurídicos, políticos, técnico-científicos, administrativos, econômicos e de qualquer outra ordem. (Estatuto Social da Cebrapcam, 2022, p. 01, grifo nosso).

Embora cumpra uma função jurídica, estabelecendo finalidades, regras de funcionamento e formas de organização institucional, o documento também parece revelar outros elementos. Por exemplo, a intenção acerca do ‘respeito aos direitos humanos’ aparece redigido nos dois elementos e tornou-se ponto de partida desta discussão. Os direitos humanos são reconhecidos como um conjunto de garantias fundamentais inerentes a todas as pessoas e estão dispostas em diferentes tipologias ou categorizações, como os direitos econômicos, sociais e culturais na qual se inclui o direito à saúde.

O artigo denominado “O Direito à Saúde” (1988) de Sueli Gandolfi Dallari, discute as conceituações do que é saúde e o que é a garantia do direito à saúde, com ênfase no contexto da Assembleia Constituinte de 1988. Reconhecendo as nuances do que é saúde e do que é o direito, a autora estabelece que sendo a saúde definida como direito, ela precisa atentar-se aos seus aspectos individuais e sociais. Individualmente, refere-se à liberdade de escolha de cada pessoa sobre seu ambiente, modo de vida, condições de trabalho e, em caso de doença, os tratamentos e recursos médicos que buscará. No âmbito social, a saúde busca a igualdade,

[7] Embora o nome oficial da associação seja “Centro Pesquisa e Estudos da Cannabis medicinal – Cebrapcam” (gênero masculino), optou-se por utilizar, ao longo do texto, a forma feminina (“A Cebrapcam”) por ser essa a construção mais comum no uso cotidiano dos trabalhadores da associação aqui entrevistados, bem como pelos associados e familiares, e por melhor refletir a naturalidade da referência à associação.

exigindo a imposição de limites comportamentais para garantir que todos desfrutem igualmente da vida em comunidade. Isso significa que, para preservar a saúde coletiva, ninguém deve prejudicar o bem-estar alheio ou induzir à doença. Em ambas, o desenvolvimento socioeconômico e cultural do Estado seria prerrogativa para suas efetivações (Dallari, 1988).

Neste contexto, a tarefa de garantir o direito à saúde que tenta se equilibrar entre a igualdade e a liberdade está posta e a comunidade emerge como o fulcro, ou seja, o ponto de equilíbrio dessa balança. Seria, pois, essa comunidade que definiria os rumos do que é saúde e organizaria os seus alcances individuais e sociais possíveis a partir das suas necessidades de vida e, portanto, de saúde. Parece-nos, então, que essa tarefa não está posta apenas frente à Constituinte de 1988, mas também é atividade deste tempo. Observar a construção da associação, por exemplo, é deparar com elementos das liberdades individuais daqueles que buscaram na maconha uma forma de cuidado. Ao mesmo tempo que é deparar-se com os limites da igualdade que estabelece as normas coletivas que, frente a um estado de frágil desenvolvimento social, entra em uma disputa consigo mesmo, através de suas instâncias representativas.

Rodrigues e Pereira (2022) analisam que a trajetória da maconha no Brasil expressa, dentre outras coisas, os conflitos e tensões existentes na sociedade brasileira que caminham entre posições ético-políticas mais ou menos conservadoras ou progressistas. E esses elementos de disputa não estão somente nos discursos falados, mas sobretudo nas normativas que orientam essa demanda no Brasil, fruto também de uma política proibicionista moldada na moralidade do julgamento social (Fiore, 2018). Parte dessa disputa também se materializa na forma como determinados campos de saber passaram a reivindicar autoridade sobre o tema, orientando as interpretações e as práticas, como aquelas em torno da planta.

Como Brandão (2023) nos chama atenção, a propriedade do problema da maconha no Brasil está sob a jurisdição da medicina desde o século 19. O autor usa do termo “jurisdição” não para delimitar as funções do poder judiciário, mas sim parte da elaboração do sociólogo Andrew Abbott que fundamenta a jurisdição profissional enquanto elementos que identificam determinado grupo profissional e, portanto, orientam suas práticas na e para a sociedade.

Quando a medicina passa a orientar os conhecimentos, as discussões e as práticas em torno da maconha, ou seja, quando exerce jurisdição sobre ela, a mesma passa de um status de planta para um status de doença por meio dos "-ismos", isto é, pela criação de categorias médico-nosológicas que classificam determinados usos da planta como estados patológicos, inserindo-os no campo do diagnóstico, da intervenção e do controle médico.

É no livro “Maconha: Coletânea de Textos Brasileiros” publicado em 1958 e produzido pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Serviço Nacional de Educação Sanitária e a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes que encontramos, em seus textos, o uso de expressões derivadas de 'ismos' (maconhismo, haxichismo, diambismo, canabismo, liambismo) que pode ser interpretado como um analisador da narrativa histórica que no primeiro momento tem a Cannabis sativa L. no conjunto das interações humanas, com cultivo extenso territorialmente e propriedades de bem-estar reconhecidas (Fraga; Rosa; Resende, 2023) para em meados do século XX a Cannabis, ou melhor, a maconha, ganhar contornos de causadora de doenças (Brandão, 2017; 2023). Percebe-se, portanto, que embora o foco discursivo seja a maconha, a disputa em si não é apenas por ela, é pelo modo de vida das pessoas.

E dessa disputa a medicina participa de maneira decisiva. Quando a medicina se estabelece como uma atuação prática e ideológica, ela dissemina a medicalização — entendida como a expansão da prática médica sobre o modo de vida das pessoas (Donnangelo e Pereira, 1979) — e amplia o controle sobre os cuidados relacionados à saúde, cabendo a ela definir e normatizar o bem-estar. Assim, as concepções de saúde são, por exemplo, formuladas em benefício de argumentos que sustentam ou não determinada ordem social, exercendo sua jurisdição profissional. Desse modo, ao deslocar a maconha do campo das práticas sociais para o campo da doença, a medicina participa da produção de um regime de saber que redefine os sentidos atribuídos à planta e legitima formas específicas de controle sobre ela. Essa configuração não pertence apenas ao passado histórico, pois as disputas em torno de quem pode definir, regular e operar os usos da cannabis continuam sendo atualizadas em diferentes arenas institucionais da saúde.

Dentre os documentos analisados, a III) Petição Inicial da Ação Civil Pública; IV) Liminar Parcial; V) Sentença; VI) Parecer e VII) Certidão de julgamento e Acórdão fazem parte da disputa da Cebrapcam em torno do reconhecimento e autorização legal para cultivar a maconha e extrair seu óleo para fins medicinais. E essa disputa, além da associação, tem dois atores principais: União e Anvisa. A participação da União deve-se sobretudo à Lei 11.343/2006, conhecida como Lei de Drogas, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e trata da prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários/as e dependentes, e também das normas de repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Em seu Artigo 2º, parágrafo único estabelece que

> 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, art. 2º, § 1º, grifo nosso)

É também a Lei de Drogas que estabelece que a definição oficial de drogas será dada pelas listas da Portaria SVS/MS nº 344 de 1998, que incluem substâncias entorpecentes, psicotrópicas, precursoras e outras sob controle especial, como os derivados da maconha. A gestão dessas listas está sob a jurisdição da Anvisa, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde. Apesar dessa conexão entre as instâncias, no jogo de papéis estabelecido nos documentos jurídicos mencionados anteriormente, a Anvisa alegava que não possuía competência para regulamentar o plantio e o cultivo da cannabis, sendo essa atribuição da União:

> A Anvisa alegou a sua ilegitimidade passiva, uma vez que a autarquia não possui competência para regulamentar o plantio e o cultivo da planta Cannabis, sendo competência da União regulamentar o assunto, bem como autorizar o cultivo de plantas sujeitas a controle especial (Liminar Parcial, 2023, p. 04)

Tal fato parece contraditório por vista das Resoluções das Diretorias Colegiadas (RDCs) que orientam a Reclassificação do canabidiol (CBD) para lista de substâncias controladas – RDC 16/2014 e a Criação da categoria de "produtos de cannabis" para fins medicinais – RDC 327/2019. E sobre elas a Anvisa admite que

> c) As normas previstas na RDC 16/2014 e na RDC 327/2019 não são suficientes para abarcar todos os requisitos técnicos e administrativos que podem envolver o cultivo da planta, em razão do grave risco da sua utilização para finalidades ilícitas, merecendo discussão ampla, envolvendo diversos órgãos do Governo Federal; (Liminar Parcial, 2023, p. 04)

Alegando ainda que

> e) A produção realizada por essas associações são atividades caseiras e artesanais, que não respeitam as boas práticas de acondicionamento e demais condições sanitárias para a produção pretendida;(Liminar Parcial, 2023, p. 04)

Esses pontos ressaltam a fragilidade das autoridades públicas em lidar com o tema da maconha, apesar da atenção dada a ela desde o século passado. Esse jogo de papéis parece contraditório, pois os argumentos divergem, transferindo a responsabilidade entre as instâncias, ao mesmo tempo em que são criadas normas para regulamentar a produção e o uso da maconha medicinal, principalmente voltados para a indústria farmacêutica.

Nesse sentido, ousamos dizer que desenhar esse caminho regulatório para a indústria farmacêutica tende a ser mais simples. Diferentemente de outros atores envolvidos nesse campo, a indústria não precisa necessariamente revisitar os elementos histórico-sociais que estruturaram o proibicionismo da maconha no país. O que lhe interessa, sobretudo, são os

compostos da planta e suas possibilidades de padronização, isolamento e transformação em produtos terapêuticos, passíveis de inserção no mercado farmacêutico.

Para Sawaia (2003), “A indústria farmacêutica aprendeu a explorar, em benefício do próprio lucro, os ideais normativos de cada época [...]” (p. 91), ou seja, privilegia a capacidade do mercado de consumir seus produtos. A afirmativa coloca a indústria farmacêutica enquanto parte da estrutura do capital e não como serviço à parte, sem intenções expressas. Assim como a medicina que embora seja uma prática técnica, responde a exigências que se definem à margem da técnica, no todo organizado das práticas sociais sejam elas econômicas, políticas e ideológicas (Donnangelo; Pereira, 1979).

Essa exploração da maconha pela indústria farmacêutica pode ser identificada, por exemplo, no caso da farmacêutica paranaense Pratti Donaduzzi que registrou a patente do óleo de maconha em 2019, o que lhe conferiu, antes da derrubada da decisão, o direito de explorar sozinha o mercado. A Prati-Donaduzzi foi a primeira empresa brasileira a obter autorização da Anvisa para fabricar e comercializar, em território nacional, um produto à base da maconha, após a RDC nº 327/2019, podendo ser encontrado por cerca de R$ 2,5 mil reais nas farmácias (Bruno, 2021).

No debate público sobre a regulamentação da maconha medicinal, uma reportagem publicada por Bruno (2021) no portal Brasil de Fato registra o posicionamento do neurocientista e empresário Fabrício Pamplona acerca da tentativa de patenteamento de formulações à base de canabidiol pela indústria farmacêutica. Na entrevista, Pamplona levanta a hipótese de que tal estratégia poderia estar relacionada à futura incorporação desses produtos pelo SUS, uma vez que a existência de uma patente poderia favorecer processos de aquisição sem licitação, diante da exclusividade tecnológica. A reportagem também registra críticas às condições de concessão da patente, especialmente quanto à alegada ausência de inventividade e à celeridade do processo de aprovação.

O texto ainda aponta a aproximação entre o governo federal e a empresa farmacêutica envolvida, materializada no acordo de transferência de tecnologia firmado em 2020 para a produção nacional de canabidiol. O convênio gerou questionamentos por ter sido realizado sem chamada pública, motivando pedidos de esclarecimento ao Ministério da Saúde por parte de integrantes da Comissão da Cannabis Medicinal da Câmara dos Deputados. Diante desse cenário, movimentos sociais, pesquisadores e associações de pacientes mobilizaram-se junto ao Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), contestando a legitimidade da patente, posteriormente indeferida pelo órgão.

O que a Pratti tentou fazer não é algo novo, mas sim parece corresponder à forma de atuação da indústria farmacêutica para garantia de retorno de investimento e mercado (Burgierman, 2019). O que fica evidente, portanto, é a dimensão do medicamento como mercadoria, o que resulta na individualização do cuidado. No contexto da maconha como medicamento, há um esforço para oferecê-la a pessoas físicas, frequentemente por meio de *habeas corpus*, judicialização e importação (RDC Nº 335/2020).

> No entanto, como se infere das normativas mencionadas, o alcance do aludido direito ainda se restringe ao **plano individual**, e, para além de ser dificultoso o acesso de particulares – em razão da complexidade inerente aos mecanismos de importação –, muitas vezes só é viabilizado apenas por decisão judicial que impute seus custos aos entes públicos, em razão do elevado custo para obtenção do produto importado. (Petição Inicial da Ação Civil Pública, 2023, p. 03, grifo nosso)

> **Como se vê, a autorização para o plantio e cultivo da Cannabis para fins medicinais têm sido concedida para pessoas físicas.** E neste ponto, salienta-se que o plantio direto pelo paciente permitiria o uso sem controle médico, tendo em vista a maior dificuldade de controle pela Anvisa. Por outro lado, o plantio e cultivo da Cannabis e a extração de seu óleo quando efetuados por pessoa jurídica, como é o pleito da Associação ora requerente, para além de suprir a demanda de cada paciente pela substância, possibilita a adequada e indispensável fiscalização pelo Poder Público da atividade produtiva, desde a origem das sementes até a distribuição ao destinatário final do produto, além de se aferir padrão de qualidade, concentração da substância ativa, dentre outros requisitos técnicos (Petição Inicial da Ação Civil Pública, 2023, p. 04-05, grifo nosso)

> De fato, a discussão nos autos do REsp 2.024.250/PR[8] se limita à definição da possibilidade de empresas farmacêuticas obterem a autorização para a fabricação e a comercialização de produtos derivados da Cannabis, matéria que é regulada pela Anvisa na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 327/2019. A controvérsia que ensejou a admissão do referido IAC não atinge as pessoas naturais e as associações que promovem o autocultivo da Cannabis para si e para seus associados, uma vez que tais entes não se submetem à autorização regulamentada pela RDC n° 327/2019 da Anvisa (Liminar Parcial, 2023, p. 04).

Queremos, então, chamar atenção para essa lógica individualizante (plano individual, pessoa física, etc.), que, na indústria farmacêutica, não se restringe ao simples fato de que cada pessoa, com seu CPF, pode consumir um remédio. Na nossa interpretação, essa dimensão individual corresponde ao próprio modo de funcionamento da indústria farmacêutica, que tende a transformar necessidades coletivas (como o direito à saúde) em demandas individualizadas de consumo. O que está em jogo, portanto, não seria apenas uma disputa entre indústria farmacêutica vs associações, mas disputas por formas distintas de produzir cuidado e organizar

[8]O REsp 2.024.250/PR é um Recurso Especial julgado pelo STJ que deu origem a um Incidente de Assunção de Competência (IAC). Seu objetivo é uniformizar o entendimento nacional sobre a possibilidade de autorização para importação e cultivo de variedades de *Cannabis* com baixo THC e alto teor de outros canabinoides para fins medicinais, farmacêuticos ou industriais. A tese em discussão é a de que o cânhamo industrial, com THC inferior a 0,3%, não deve ser tratado como droga ilícita.

as respostas em saúde. Nesse sentido, surge a questão: poderiam as associações representar uma tentativa de resgatar a dimensão coletiva da saúde?

Como visto no capítulo I, a associação, neste trabalho, é entendida a partir de um esforço conceitual que diz respeito a diferentes ideias, tempos sociais e, portanto, a diferentes objetivos. Quando a Cebrapcam, em específico, direciona seu objetivo para "promover, garantir, consolidar e expandir a inclusão social e o respeito aos direitos humanos dos pacientes de Cannabis Sativa L. medicinal" ela apresenta um esforço em atingir a dimensão coletiva, na qual o cultivo e o extração do óleo aparece como um dos movimentos para algo que resguarda o direito à saúde em sua dimensão ampliada. Nessa discussão também se imprime a marca dos "direitos humanos" que para assegurá-lo é preciso, inclusive, superar os ordenamentos jurídicos.

Apesar de os documentos analisados advirem da disputa da Cebrapcam, eles não dialogam apenas com a realidade da associação paraibana. Na leitura dos documentos a sensação que fica é que o tema da maconha permaneceu, por muito tempo, circunscrito a estruturas morais e à jurisdição médica, o que parece ter produzido uma certa imobilidade em torno da questão. As próprias instituições responsáveis por regulá-lo demonstram dificuldades em estabelecer caminhos mais claros para sua condução. Em certa medida, isso ocorre porque definir para onde ir implica também saber onde se quer chegar.

Por esse motivo, as associações têm exercido o papel de ampliar e complexificar o debate, visto que, se a solução estivesse sendo pensada apenas para a indústria farmacêutica, esse debate institucional possivelmente já estaria resolvido. Portanto, ainda que as associações nem sempre correspondam imediatamente aos parâmetros estabelecidos pelas regulamentações sanitárias vigentes, sua atuação encontra respaldo em um princípio hierarquicamente superior no ordenamento jurídico brasileiro: o direito fundamental à saúde. Ou seja, as associações não apenas confrontam lacunas regulatórias, mas também mobilizam o próprio fundamento constitucional que sustenta as políticas públicas de saúde no país.

Embora a proposta inicial deste capítulo tenha sido analisar os diferentes papéis desempenhados por instituições como a União e a Anvisa, a leitura dos documentos evidencia que o papel que se torna mais visível é justamente o das associações, que passam a operar como mediadoras concretas da efetivação do direito à saúde, tensionando as instituições estatais e revelando, na prática, formas de como esse direito se disputa, se interpreta e se materializa.

5.2 CAPÍTULO II: QUEM VEIO PRIMEIRO, A PLANTA OU A TERRA? HISTÓRIA, EXISTÊNCIA E TRAJETÓRIAS COM A CEBRAPCAM

> O que eu acho muito bonito da associação é trazer esse cuidado da saúde pelo cuidado com a terra. E isso está muito enraizado no movimento, que a gente cuida das pessoas quando a gente cuida da terra. E isso daqui é uma planta. E por que a gente não tá plantando a planta? Por que a gente não tá cuidando dessa planta? Então, isso é a coisa que eu acho mais significativa na associação, é voltar pra terra. Não é só sobre saúde, é sobre a terra. E aí é sobre reforma agrária, e aí é sobre cuidar, e aí é sobre meio ambiente, e aí é sobre sustentabilidade, aí é sobre direitos. Então, isso é muito bonito assim na associação, que é voltar pra terra. Não é o fim, é o começo. – Luana

O título que condensa a discussão apresentada — *Quem veio primeiro, a planta ou a terra? História, existência e trajetória com a Cebrapcam* — inspira-se em um ditado popular que evoca uma pergunta quase existencial, frequentemente formulada nos termos do dilema entre o ovo e a galinha. Longe de qualquer tom anedótico, essa questão surgiu a partir das próprias falas das pessoas e se impôs como uma chave de leitura para o material empírico. A pergunta desloca o foco da análise e provoca: o que vem primeiro neste contexto? Falar exclusivamente da maconha enquanto planta? Ou falar, desde o início, da terra, essa terra que sustenta, acolhe e possibilita a própria existência da planta?

Trata-se de uma pergunta que não se propõe a ser respondida de forma conclusiva, mas a operar como um convite à reflexão. Ela permite compreender que, ao falar de maconha neste estudo, não se trata de um processo isolado ou de um objeto único e fechado em si mesmo. Fala-se, antes, de um caminho que é anterior a este momento histórico específico e que atravessa tanto a conceitualização quanto a operacionalização da maconha na realidade concreta. Nesse percurso, não se apresenta apenas a história da planta, mas também a história, a existência e as trajetórias das pessoas que compõem a associação aqui estudada, afinal, este não é o fim, é o começo. Por isso, embora esteja organizado em seções intituladas e formalmente delimitadas, essas divisões não devem ser compreendidas como fronteiras rígidas entre os argumentos. Ao contrário, as discussões frequentemente se interconectam e se atravessam.

5.2.1 Seção I – Histórias, vidas e movimento com a associação – *"como se manter vivo e presente no espaço"*

> [...] eu estando na universidade, eu passo a atuar nos territórios, que eram o meu espaço de organização, que era o bairro onde eu nasci, que a gente tinha um grupo de jovens organizados e um grupo de mulheres, as Marias Bonitas, que era um grupo que a gente se reunia e discutia política e discutia também assuntos da vida cotidiana, só que com viés mais organizativos [...] desde então eu sempre convivi com as consequências do capitalismo e as mazelas da desigualdade. São sujeitos que, em suas resistências, eles organizavam formas de **se manter vivo e presente, sabe, no espaço.** – Larissa

Como visto, um aspecto frequentemente observado na trajetória das associações canábicas no Brasil é que muitas delas surgem a partir de iniciativas familiares, especialmente de mães, pais ou responsáveis que, diante de necessidades concretas de cuidado, passam a buscar redes de apoio e alternativas terapêuticas para seus filhos ou familiares. Com o tempo, essas redes tendem a se institucionalizar na forma de associações, transformando demandas inicialmente circunscritas ao âmbito privado e familiar em reivindicações coletivas por reconhecimento e acesso. No caso desta pesquisa, apesar de alguma conexão familiar, a constituição da associação já começa alinhada a um movimento mais amplo de caráter social e político. Trata-se, portanto, de uma iniciativa que dialoga com esse histórico de mobilização por cuidado, mas que emerge de um clamor que é anterior.

Por esse motivo, a intenção de apresentar as histórias de vida e o percurso da associação reside em destacar a dimensão fundamental da sua construção. Esta dimensão está intrinsecamente ligada às trajetórias individuais, que são cruciais tanto para a sua formação inicial e estado atual, quanto para a projeção do seu futuro. Este processo narrativo permite compreender o motivo pelo qual a palavra "associação" foi inicialmente conceituada nos pressupostos teóricos da pesquisa. Ao longo do estudo, dos encontros e das conversas, constatou-se que não há um modelo único de associação canábica. As histórias pessoais, os ideais político-sociais, as motivações singulares e os pressupostos históricos políticos que envolvem a sua criação são vetores que podem fomentar futuros debates, embates, coalizões e enfrentamentos no campo da maconha medicinal e, portanto, da saúde.

> Quando eu comecei a me alfabetizar e fui estudando e comecei a fazer um curso do MST, em 92 eu já fui ser educador de educação de jovens e adultos no meu acampamento. Inclusive, minha mãe foi me educando na época. E de lá eu fui me envolvendo sempre nos trabalhos com educação no movimento, na luta por escola. Quase todas as escolas que tem nos assentamentos, todos os assentamentos da Paraíba, porque eu sou do primeiro assentamento. Então, os outros, todos vêm depois do meu. Então, assim, a gente esteve envolvido nos processos, ajudando a construir, e hoje eu continuo fazendo isso, contribuindo para a gente fazer o debate da educação escolar dentro do MST, que é aquela que acontece dentro da escola, e também a formação não escolar, a educação não escolar, que é aquela que acontece das relações materializado nas relações humanas no cotidiano da vida das pessoas. – Gilmar

> O contato do MST, eu comecei em 2002, quando eu finalizei o curso técnico agropecuário. E depois que eu terminei o curso, eu fiz o estágio interdisciplinar de vivência. Em uma área de acampamento e foi o que marcou a minha entrada, a minha chegada no MST. Lá em Bananeiras, eu só participava mais das palestras, dos encontros, era mais um contato assim, esporádico. E a partir do ERI (Estágio Regional Interprofissional), aí eu comecei a atuar de forma mais orgânica. Cresci nos setores, comecei a fazer parte da direção na capital. –Adarlan

> Na extensão rural eu trabalhava especialmente com mulheres agricultoras. E, assim, e para além do trabalho, assim, do que as mulheres produzem, fazem, enquanto agricultoras, a gente tem um trabalho de formação política e de feminismo mesmo, de

> discussão, como as mulheres vítimas de violência doméstica. Eu acompanhava, nesse trabalho, um território de atuação que tem uma marcha de mulheres agricultoras. Então, a gente sempre teve essa relação. E aí, eu acho que, na Cebrapcam, o vínculo que eu faço com a Cebrapcam é um pouco voltado para esse aspecto das mães, das mulheres que são mães, que geralmente enfrentam praticamente sozinhas a luta com o tratamento com suas crianças. E aí eu faço muito essa relação. – Ana Maria

As histórias se destacaram nas entrevistas. Não se trata apenas da narrativa da fundação da associação, mas também das trajetórias de vida que culminaram nos encontros prévios à sua criação. De algum modo, essas histórias pessoais contribuem para a formação do Coletivo da associação. A construção da Cebrapcam é notadamente marcada por encontros, sendo um dos mais significativos a aliança estabelecida com o MST. Essa relevância se reflete no Quadro 3, que apresenta um panorama das formações e trajetórias dos entrevistados/as. Em conjunto com os trechos das entrevistas acima, essas informações oferecem indícios importantes sobre as motivações centrais da Cebrapcam e as circunstâncias de seu surgimento, que se deu a partir de como se manter ativo e presente no espaço.

Antes de seguirmos, parece importante salientar algumas questões. Como já exposto, o debate da maconha atravessa inúmeras controvérsias no cenário brasileiro e nesta busca por leituras acerca da temática uma tese chamou a atenção. Ribeiro (2008) em sua tese analisa o sindicalismo do Pólo Sindical do Submédio São Francisco, mais especificamente em uma região identificada pela mídia como "Polígono da Maconha". O estudo investiga como o tema do plantio de maconha, uma atividade criminalizada, inseriu-se na agenda do movimento e os impactos dessa "agricultura ilícita" sobre a dinâmica sindical rural.

Para a autora, a inclusão da maconha na pauta gerou um dilema para o sindicato, pois o tema era considerado "indizível" (não dito) e desafiava a legalidade e a identidade construída pela entidade, que tradicionalmente evitava tratar de questões vistas apenas como "caso de polícia", afinal, a agenda sindical rural já era vista com olhos de desconfiança. Na análise, a presença da maconha permitiu que o Estado substituísse o foco em políticas agrícolas e sociais por ações de segurança e repressão nacional, reduzindo o reassentamento a uma questão de "assistência" ou "caso de polícia".

E o que isso tem a ver com a discussão aqui apresentada? A reflexão proposta por Ribeiro (2008) ajuda a evidenciar que o tema da maconha, ao atravessar espaços de organização social e política, tende a produzir tensões que vão além da própria substância. Quando movimentos sociais passam a incorporar essa pauta em suas agendas, como no caso do MST ao

reivindicar participação em iniciativas relacionadas à maconha medicinal, o debate passa a se deslocar por um terreno marcado por desconfianças institucionais e disputas de legitimidade[9].

Isso ocorre porque esses movimentos historicamente enfrentam processos de estigmatização e criminalização no cenário político brasileiro, o que faz com que sua atuação seja frequentemente interpretada sob suspeita. Assim, a entrada de tais atores no debate sobre a maconha pode reativar narrativas que associam suas reivindicações a problemas de ordem policial ou de segurança pública, deslocando o foco de discussões sobre direitos, saúde e políticas públicas.

Por esse motivo, durante as falas dos atuantes da pesquisa é possível perceber que a construção de caminhos institucionais para o tema exige cautela e organização política, pois a incorporação da pauta por movimentos sociais amplia o potencial transformador do debate, mas também expõe essas iniciativas a resistências e disputas que não são apenas jurídicas ou sanitárias, mas profundamente políticas.

Com isso, vamos retornar. Como visto, o debate em torno da maconha e seu caráter medicinal vem se inflamando no país sobretudo a partir dos anos 2010. A avalanche de judicialização para o acesso aos óleos, os habeas corpus preventivos e o cultivo doméstico de famílias tomaram o debate público e impulsionam as pressões pela regulamentação e acesso a maconha medicinal. Essa elevação do tema também chega para os profissionais de saúde e para os movimentos sociais, como o MST que, atravessados pela temática, começam a pensar em como trabalhá-la.

> [...] veio esse *boom* também desse processo da maconha que a gente vai acompanhando, principalmente em alguns casos, assim, às vezes mais próximos de amigos, com filhos, que o filho que tinha epilepsia e começou a utilizar a maconha e partilhou com a gente [...] de que entrar na justiça, outros, às vezes, que pela justiça não foi concedido e trouxe o óleo escondido, que fez esse experimento de dar para o filho, para a filha e que surtiu um efeito muito grande. Então, o movimento, veja a figura do João Pedro *[Stedile]*, um período que colocou a gente para começar a

[9]Com a publicação da matéria "O MST está, enfim, plantando cannabis" (2025), de Anitta Krepp para o portal Poder360, surgiram diversos comentários nas redes sociais e no espaço público digital. Entre eles, gostaríamos de destacar a manifestação do deputado federal Luiz Philippe de Orleans e Bragança, parlamentar com atuação política conservadora/reacionária e filiado ao Partido Liberal, que associou à iniciativa à expansão do narcotráfico e questionou os possíveis impactos da participação do movimento no cultivo de cannabis. Em sua publicação, o parlamentar escreveu: "O MST anuncia projetos-piloto de cannabis medicinal e cânhamo. Mas não se enganem: quando um movimento com forte ideologia agrária passa a cultivar cepas de maconha industrial, estamos diante de graves riscos para a ordem, para a segurança jurídica e para a soberania de nossas leis. Precisamos de respostas claras: quem fiscaliza? Quem regulamenta? Quem lucra? E, sobretudo, quem vai arcar com os danos de descaso institucional?". **Esse tipo de reação ilustra como a entrada de movimentos sociais nesse debate tende a ser rapidamente enquadrada por narrativas de risco, ilegalidade ou ameaça à ordem institucional. O episódio serve, portanto, como exemplo de como a pauta da maconha, mesmo quando situada no campo medicinal ou científico, continua atravessada por disputas morais e políticas que influenciam a forma como determinados atores sociais são percebidos e legitimados no debate público. Fonte:** https://www.facebook.com/lpbragancabr/posts/o-mst-anuncia-projetos-piloto-de-cannabis-medicinal-e-c%C3%A2nhamo-mas-n%C3%A3o-se-enganem/1316331313187194/

> entender, procurar melhor esse processo do uso medicinal da maconha e com a probabilidade da gente se aprofundar, porque já tinha algumas cooperativas que já tinha essa experiência de produção, principalmente da primeira cooperativa aí da Paraíba [...]. Então, porque a gente não pensar em ver isso em nossos territórios, uma coisa que a gente tinha bastante terra, nossos assentamentos, acampamentos. Temos ainda o tabu, o próprio conhecimento do que é. Então, foi nessa tarefa do setor de saúde a gente sentar um grupinho, sentamos um pequeno setor de saúde, direitos humanos, nossos advogados e o setor de produção pra gente começar a pensar, vendo todas essas possibilidades pra gente pensar nesse viés do uso medicinal. – Edinaldo "Didi"

Ao mencionar a "primeira cooperativa da Paraíba", a referência é à Abrace Esperança, uma associação fundada em 2014, localizada na capital João Pessoa e uma das pioneiras no país a conseguir autorização judicial para o cultivo da maconha com fins medicinais. Por conta da história da capital junto às associações canábicas (Abrace, Liga Cannábica, sobretudo), uma matéria da Folha de São Paulo a denomina de "Califórnia Brasileira", fazendo menção "ao estado norte-americano vanguardista no tratamento dado à maconha, legalizada para fins medicinais desde 1996." (Collucci, 2019). Dessa forma, no contexto de construção da Cebrapcam, a Paraíba já despontava como referência no assunto e campo fértil para troca de experiências.

> A Abrace, que foi a primeira que eu fui, pra gente tentar conhecer se era possível, como funcionava, se plantava, como que ele se respaldava legalmente e como é que funcionava e esses efeitos, que tinha para a própria sociedade, esse impacto também. E aí a gente conseguiu marcar uma visita [...] Aí eu lembro quando voltamos desse processo, a gente fez um relatório e encaminhamos para a nossa direção do movimento, para também a gente começar a discutir e pensar esse tema para dentro do movimento. Não dá para a gente abraçar esse tema se o conjunto da nossa direção, da nossa militância não tem esse conhecimento e ainda também está com todos os seus tabus e preconceitos que também foi imposto para eles de certa forma. – Edinaldo "Didi"

A troca de experiências aparece como uma das bases que sustentaram a construção da Cebrapcam. O diálogo com associações como a Abrace Esperança evidencia a busca pela construção das bases para os ideais já pretendidos. Esse processo incluiu ainda o debate junto aos militantes do MST, que incentivou e articulou diálogos internacionais, trazendo à tona o princípio do internacionalismo. Tal princípio se manifesta, nesse contexto, por meio do intercâmbio de experiências políticas e organizativas entre diferentes iniciativas.

> Então a gente foi fazer uma visita na Colômbia, em Bogotá, para a gente visitar as grandes e maiores empresas que são produtoras de cosméticos, medicação, produtos de beleza, à base de cannabis. Aí a gente foi para a Colômbia e a ideia era a gente também visitar os pequenos produtores de cannabis, que tinham que produzir a cannabis orgânica, e que era tudo a uso e a fim medicinal. E ver também todo esse impacto que era essas grandes empresas que são hoje produtoras e como é esse processo quando se pensa nos pequenos produtores também, como é que esse processo se dá. Principalmente pensando no Brasil que a gente começou também a fazer essa discussão e debate. **Como é que será quando o Brasil se legalizar? Quem é que vai realmente ter esse domínio dessa produção de cannabis no Brasil quando se legalizar? Será que são os pequenos produtores? ou vão ser as grandes empresas?** como a gente já

> vê, o processo do próprio agronegócio, o processo de produção nesse país. Então, era um dos debates quando a gente foi. E as grandes empresas têm esse domínio na Colômbia, por exemplo, pelo nome, pela marca, e que eles começam a alegar um montão de processos que os pequenos não podem, por não ter tecnologia, aí que isso influencia na qualidade da própria maconha, no resultado e se interferir no resultado do óleo que pode dar impacto na gestão de saúde… E aí, quando a gente teve acesso de dialogar com alguns pequenos produtores, a gente viu que é tudo muito pelo contrário, né? Que aí está todo esse sistema capitalista também já envolvido nesse processo. – Edinaldo "Didi"

> Quando a gente chegou na Colômbia todas as conversas que a gente teve com o diretor da empresa, o dono, o grupo familiar da empresa, eles nunca colocavam em primeiro lugar a preocupação em ajudar, curar, minimizar o problema do ser humano a partir dos adoecimentos das doenças. Um ou duas [vezes] que eles, tipo, deram mais ênfase nisso. Os outros, considerou muito os dados, os milhões que se ganha nesse processo, como esse mercado é produtivo, como que o Brasil tem um potencial muito grande nesse sentido. Como que eles já poderiam, no final dessa conversa, a gente tentar fechar acordos de comercialização como que ele já tem escritórios montado no Brasil só esperando esse processo da legislação, ou seja, é tudo visando esse processo e principalmente que muito impactou esse domínio, porque as três demarcam os territórios ali dentro do país e cada um tem seu território e não tem aquele processo da construção do popular, do pequeno, do produtor e todos esses argumentos que eu escutei eles iam argumentar que era impossível produzir cannabis, cannabis orgânico, pequeno produtor, porque não tem a tecnologia. **Aí eu falei, beleza, discordo de você, porque nós somos um movimento que hoje nós produzimos orgânico muitas vezes, em alguns determinados lugares, sem tecnologia. E é orgânico, então com a cannabis também é possível.** Então, ou seja, já nisso que você coloca essa mercantilização desses processos. [...] e aí tem leis que eles criaram também no Colômbia, que tem que comprar dos pequenos produtores 10%, aí as indústrias já criaram os seus próprios documentos dizendo que não compra porque o dos pequenos produtores, esses 10% que são obrigados a comprar, não tem a mesma qualidade do produto deles, então isso justifica que vai interferir na qualidade do princípio ativo. – Edinaldo "Didi"

A lei mencionada refere-se à Lei nº 1.787 de 2016, que institui o marco regulatório colombiano para garantir o acesso seguro e a informação sobre o uso médico e científico da cannabis e de seus derivados. Regulamentada pelo Decreto nº 613 de 2017, esses dispositivos normativos estabelecem quatro tipos de licenças: cultivo de cannabis psicoativa, cultivo de cannabis não psicoativa, uso de sementes e fabricação de derivados. Além disso, o marco regulatório criou mecanismos voltados à proteção e ao fortalecimento de pequenos e médios cultivadores, produtores e comerciantes nacionais, determinando que empresas responsáveis pela produção de derivados destinem pelo menos 10% de sua matéria-prima à cannabis proveniente de pequenos e médios cultivadores licenciados.

Apesar da importância, Rivera (2019) aponta que persiste o risco de as grandes empresas adotarem o modelo, porém, contratando os agricultores apenas como trabalhadores/as diaristas, sem apoiar seus empreendimentos. Tal prática reforçaria o modelo da indústria farmacêutica, dificultando a atuação de pequenos e médios cultivadores. Além disso, estes podem ter problemas em cumprir protocolos e padrões de produção rigorosos, o que exige investimentos

significativos e, muitas vezes, inviáveis, em um mercado que está sendo rapidamente dominado por grandes investidores nacionais e capital estrangeiro.

No Brasil, o "Plano de Ação para regulação e fiscalização da produção e acesso a derivados de Cannabis para fins exclusivamente medicinais" protocolado pelo Governo Federal em maio de 2025 por meio da Advocacia-Geral da União (AGU), além de estabelecer um calendário para a regulamentação (já não cumprido), identifica cinco arranjos produtivos em torno da maconha medicinal e científica: o Regime Associativo, a Indústria e Rede Farmacêutica, os Laboratórios Públicos, os Saberes Tradicionais e o Setor Agrícola.

A ideia, ao que parece, é que as normativas que serão deliberadas a nível federal devem abranger as necessidades de cada um desses arranjos, o que não é uma tarefa fácil, à medida que cada um desses debates expõe interesses, necessidades e disputas que podem não ser convergentes, sobretudo na escrita da lei que pressupõe uma disposição base e outras que são acessórias e complementares. Ainda assim, parece-nos que, de diferentes maneiras, todas essas discussões acabam por versar sobre o campo que orienta este trabalho: o campo da saúde. É importante notar, como já mencionado, que a própria pesquisa foi (re)moldada a partir dos encontros realizados, especialmente das entrevistas. Nesse processo, a necessidade de demarcar o entendimento do que se compreende por saúde emergiu da articulação entre as diferentes vozes presentes na pesquisa, uma vez que essa noção se estabelece como uma das bases que orientam tanto as ações do MST quanto da própria associação:

> **A saúde sempre foi, ela sempre fez parte da luta do movimento**. Uma saúde que, de fato, tem duas intenções. Primeiro é recuperar aquilo que a humanidade historicamente construiu como saúde popular e desenvolveu para cuidar da própria vida, para o autocuidado, o povo construir suas alternativas a partir da relação com a natureza e também com a outra intenção de a gente projetar, buscar projetar e construir um novo projeto de saúde para a sociedade a partir da luta pela terra, a partir dessas pessoas que foram se envolvendo na luta pela reforma agrária. Então, no MST a gente diz que temos três objetivos fundamentais, que é a luta pela terra, a luta pela reforma agrária e a luta pela transformação da sociedade, ou a luta pelo socialismo. E nesse terceiro objetivo, tudo no MST que a gente constrói é buscando construir uma nova possibilidade de sociedade. E a saúde também entra nesse debate para o MST, de a gente projetar uma nova sociedade. E os últimos tempos têm sido marcados por uma destruição dos corpos, a partir da comida, a partir da própria medicina, a partir de toda essa carga química que vem dos remédios, que vem da indústria farmacêutica, E também o último período é marcado por um desequilíbrio da sociedade, a sociedade apresentando muitos problemas de ódio emocional, de ódio mental. **E isso exigiu, também exige, dos movimentos, buscar alternativas de saúde, de medicina, para contribuir para que a gente tenha cada vez mais um ser humano que consiga ter um equilíbrio para lidar com essa sociedade toda desestruturada. E foi assim que o debate de cannabis apareceu na MST, na busca por uma medicina cada vez mais natural para a gente cuidar cada vez mais da vida.** cuidar do nosso povo, cuidar da nossa militância, adoecida por essa conjuntura muito tensa, muito pesada, que a gente tem vivenciado de 2014 para cá. E aí a gente surgiu esse debate na nossa vida desse jeito. Vários companheiros e companheiras começaram a conversar com psicólogo, psiquiatra, e foram dizendo, olha, tem um negócio aí, né? Que os povos originários que usam para ajudar no equilíbrio do corpo, da mente. E a gente, então,

> tá bom, vamos conhecer, né? Vamos se apropriar também disso.[...] então, o movimento dá essa tarefa para o setor de saúde, a nível nacional, de buscar se relacionar com alguma entidade de cannabis ou com entidades, conhecer experiências não só no Brasil, foi coletivo nosso para fora do Brasil, para países latino-americanos, como Colômbia, Uruguai, Paraguai, conhecer como era que trabalhava com a cannabis medicinal. E aí o movimento joga essa responsabilidade no setor de saúde. E o Nordeste é um território propício pelas condições de clima, de sol, de temperatura, para a produção de cannabis. E aí exatamente é desafiado algum estado do Nordeste a construir isso, e o **MST da Paraíba então topa.** A gente topa a construir a experiência, juntamente com o estado de Pernambuco. E aí, como eu era o dirigente nacional da Paraíba na época, então, entre eu e duas pessoas, pegamos a tarefa de acompanhar essa experiência e com detalhe: **eu nunca tinha visto um pé de maconha na minha frente!** *(risadas)* – Gilmar

Esse relato nos apresenta uma síntese importante da saúde enquanto dimensão política do cuidado. O interesse em embarcar no desafio de construir uma associação canábica não se configura apenas como uma motivação individualizada ou como resposta ao modismo em torno da temática, mas resulta de uma discussão social mais ampla na qual a saúde já se apresenta como um conceito político orientador de práticas. Nessa perspectiva, o cuidado é compreendido a partir dos princípios da integralidade e da equidade de acesso, reconhecendo, ainda, que saberes tradicionais e populares também operam nessa trama de conhecimentos que sustentam e orientam a operacionalização das práticas de cuidado.

Ao analisar materiais como boletins, jornais, cadernos e cadernetas produzidos pelo MST, Barros (2021) destaca que esses documentos evidenciam uma prática política e teórica do movimento em relação ao campo da saúde. Essa análise o constitui como um "ator político importante de luta pelo direito à saúde, ainda que não se reconheça enquanto base do Movimento Sanitário Brasileiro" (p. 208) e propõe algumas hipóteses para esse não reconhecimento, como a centralidade urbana do Movimento Sanitário Brasileiro ou dos discursos acadêmicos que pouco dialogam com as experiências fora dos eixos centrais.

"Qual a necessidade concreta em nossas áreas que demandam a organicidade do setor saúde?" É uma pergunta que aparece no Caderno de Formação em Saúde Popular, Nº 1 de 2022 e podemos remetê-la à construção da associação que, como exposto na fala anterior, emerge a partir de uma necessidade concreta da população adoecida em busca de cuidado e é por isso que a associação também constrói um acesso e acolhimento equânime para os seus militantes, acampados e assentados que possam se beneficiar do uso do óleo ou de outros produtos à base de maconha:

> **Eu acho que o fato de nós termos destinado uma pessoa só para compreender essas dinâmicas *[dos assentados e acampados]*, ela acaba se tornando uma prioridade.** Então, por exemplo, sempre tem os relatos do acolhimento e tem os meus, que é quase que um acolhimento à parte. Faz o mesmo processo que todo mundo faz ali, mas que é com especificidades muito particulares. Então, por exemplo, atendo pais de assentados com Alzheimer que estão com crises absurdas e a gente foi

> monitorando semanalmente o uso do óleo. Eu tenho pessoas da direção nacional que vivenciam crises de ansiedade, insônia e que também conseguiram obter melhora com óleo. Eu tenho acampados há mais de 10 anos e que sofrem aquela ameaça da violência da terra e que isso gerou vários gatilhos emocionais e que estão hoje em tratamento do óleo. Então são até estudantes do PRONERA que na dinâmica de vai pro curso, volta pro território e **essa dinâmica do território, desse processo de adoecimento que também estão entrando em tratamento. A gente tem estabelecido essa linha com o movimento desde a sua origem, porque eu acho que o MST é fundamental para o entendimento o que é Cebrapcam hoje, mas também numa linha de que ela tem que fazer sentido quando ela chega no nosso povo**. A Cannabis, e essa é uma discussão que a gente faz em nível de sociedade, a Cannabis, para quem tem dinheiro, ela sempre foi acessível, ela sempre foi legalizada. Para quem tem dinheiro, isso nunca foi um problema, só que quando a gente olha para o nosso povo, quando eu falo isso, nosso povo sem terra, por exemplo, a cannabis sempre foi um tratamento muito distante, de 'ah, eu ouvi falar disso, eu pesquisei isso, me indicaram, mas eu fui na farmácia e era muito caro', então **existia um distanciamento, não só sobre a necessidade, mas sobre a necessidade e o acesso a isso**. Então, acho que essa linha de entendimento a gente tem dialogado muito dentro do setor de saúde, inclusive com o compromisso de amadurecer um pouco mais também sobre isso. A gente teve um encontro no Nordeste [...] e a gente fez uma apresentação das associações e tudo, e os setores de saúde eles ficaram, nossa, nós precisamos entender o que é o sistema endocannabinoide. Porque também não é só a Cannabis que ativa o sistema endocanabinóide, a gente tem outros alimentos, outras plantas medicinais que podem também dialogar com esse sistema, mas que hoje a Cannabis está sendo um dos mais efetivos e de fato a gente está produzindo, né? Então a gente também está acumulando um conhecimento em saúde nisso. **Então, eu acho que quando ela faz essa ponte, a Cebrapcam produzir o óleo de forma acessível, agroecológica, e com o compromisso de chegar até os territórios mais longínquos, isso se torna assim uma linha de atuação, que é o incentivo tanto ao incentivo à agricultura agroecológica, mas também a acessibilidade, o acesso que as pessoas têm a essa informação, ao tratamento, a continuidade do tratamento, Porque, às vezes, é isso.** Muita gente consegue comprar o primeiro óleo. Mas a manutenção disso depois é muito importante. Porque, assim como existem doenças que são permanentes, o tratamento também vai ser. Esse é o tratamento que começa a funcionar para os sujeitos. – Larissa

Policarpo e Martins (2019) em sua análise das demandas judiciais por salvo-conduto para cultivo caseiro, destacam que a categoria central mobilizada para legitimar esses usos é a dignidade da pessoa humana, uma escolha que desloca o debate do eixo crime/violência (associado aos direitos humanos) para o eixo direito/saúde. Nesse sentido, para ser reconhecido como digno do uso medicinal, a pessoa precisa ser, antes de tudo, paciente: precisa ter uma doença e uma prescrição médica e, sem esses elementos, a demanda permanece no campo do crime, associado ao uso recreativo ou ao tráfico. No entanto, os autores observam que, na prática, a dignidade acaba sendo distribuída de forma desigual, aproximando-se da noção de honra, pois apenas as doenças graves são consideradas dignas de afastar a lei penal. Essa lógica produziria um escalonamento dos sujeitos dignos, pois excluiria aqueles cujas condições de saúde não são consideradas "graves o suficiente".

É certo que a pesquisa de Policarpo e Martins (2019) mobiliza metodologia e atores distintos dos que compõem esta investigação que está focada em uma associação canábica específica. No entanto, a discussão por eles travada nos interessa por expor as entrelinhas dos

embates jurídico-sanitários que constituem o campo da maconha medicinal no Brasil. Nosso pensamento é que, ao estruturar, no âmbito geral de seus atendimentos e acompanhamentos, uma linha de acolhimento voltada mais especificamente para acampados, assentados e militantes, a Cebrapcam busca operar uma (re)significação da dignidade tal como os autores a descrevem. Mais do que um atributo concedido individualmente a quem comprova a gravidade de uma doença, a associação constrói uma dignidade fundada em um princípio coletivo que reconhece a vulnerabilidade social, política e existencial daqueles que lutam por direitos e que, por isso mesmo, têm necessidades de cuidado e reivindicam a autonomia para produzir sua própria saúde.

> A Cannabis é uma forma de produzir saúde ou de cuidado com um adoecimento, porque a cannabis ela vai, ela vai dialogar com o nosso sistema interno, mas ela vai produzir uma estabilidade física, né, física, emocional do corpo, mas **ela vai nos ajudar a ter condições de produzir saúde**, de lutar, inclusive a síntese do setor de saúde, de que **saúde é a capacidade de lutar contra tudo aquilo que nos oprime**, é sobre não estarmos adoecidos. Então, a cannabis ajuda nisso, ela ajuda a gente a sair dessa condição de adoecimento para uma condição de dignidade de lutar, de possibilidade de vontade, de saúde mesmo, de estar bem. – Larissa

> Uma das missões institucionais é fazer aquilo que o Estado não faz, que é justamente possibilitar acesso como uma forma de saúde. Pois, saúde **é lutar contra tudo aquilo que nos oprime ou nos reprime**. Então, a associação está fazendo um esforço coletivo de possibilitar o acesso para pessoas acampadas, assentadas, militantes, de maneira de modo geral, sejam militantes, moradores sociais do campo, da cidade, a ter acesso a um produto que vai melhorar a saúde não só dele, do indivíduo, como também do círculo familiar e de forma não tão cara como os produtos hoje vendidos aí na rede farmacêutica. – Adarlam

Já discutimos neste trabalho que abordar demandas no campo da saúde implica também discutir o SUS e o movimento sanitário brasileiro, uma vez que ambos são instituintes de um conceito de saúde que ultrapassa a mera ausência de doença. Pensar a saúde como criação significa compreendê-la como produto de sujeitos coletivos que atuam como mobilizadores criativos da realidade, isto é, sujeitos capazes de movimentar ideias e desejos que se materializam em ações, em práxis, sobretudo a partir de seu lugar no mundo e de seu conhecimento produzido com e no mundo. Essa compreensão também permite aproximar o debate da Reforma Sanitária de outras lutas sociais que incidem sobre as condições de produção da vida, entre elas a Reforma Agrária, uma vez que parecem compartilhar o compromisso com a democratização de direitos e com a transformação das condições materiais que sustentam a existência.

A Reforma Agrária embora frequentemente vinculada ao enfrentamento da concentração de terras, ela também expressa um projeto político de reorganização das condições de produção da vida, envolvendo a consciência social. Nessa perspectiva, a terra

deixa de constituir apenas um recurso econômico para tornar-se condição de existência e de garantia de direitos, afinal “Se a luta ficasse localizada apenas no problema de terra, as elites assimilariam com muita facilidade e não haveria uma luta por mudança social” (Stédile, 1997). A Cebrapcam por meio da atividade militante dos sujeitos coletivos que a constitui, evidencia que o cultivo da maconha medicinal integra uma concepção mais ampla de organização coletiva.

Nesse sentido, quando o MST formula a síntese de que “saúde é a capacidade de lutar contra tudo aquilo que nos oprime”, convoca exatamente esses sujeitos coletivos que mobilizam e transformam a realidade. Assim, quando militantes do movimento se organizam para pensar a construção de uma associação voltada à oferta de óleo de maconha, não está em jogo apenas a disputa por um mercado, mas a afirmação de uma determinada lógica de cuidado com as pessoas e também com a própria planta. Mais do que com a maconha, a trajetória do MST se constrói, historicamente, em torno da saúde

> [...] E quando você estuda essa parte da planta, da plantação, de como que pessoas que começaram a plantar, começaram a entender que ela era muito sensível a mexer na terra, você vê o quanto que é importante ter pessoas que sabem mexer na terra para mexer nas plantas… E isso vai mudar o medicamento que aquela planta dá, porque ela também é sensível ao que ela vai produzir de THC e o que ela vai produzir de CBD. Dependendo do que ela recebe de nutriente, do que que ela recebe de sol, do que que ela recebe de água, do que que ela recebe de solo. [...] Então quando você vai entendendo isso, você vai vendo assim, isso é pra tá na mão de quem cuida bem da terra. Isso não é pra tá na mão de qualquer outro. Isso é pra tá na mão de quem tem amor à terra. **E aí você volta pro início.** Eu acho isso muito, muito lindo. E muitas pessoas, até mesmo agricultores, não têm noção, porque ficam ainda com aquela noção de que, ‘ai, mas é maconha, é maconha, você é traficante, maconheiro, sei lá’. Não têm noção de que essa planta, que traz esses benefícios, era pra ser tratada por eles. Por quem trata bem a terra. E é onde ela vai se desenvolver com maior potência. Então, isso, assim, eu acho que é muito bonito dessa ligação, da associação, da produção com o movimento social. – Luana

> Para nós, é fundamental a gente retomar essa dimensão de que a cannabis tem que ser do povo, tem que ser das classes populares, porque é as **classes populares que historicamente usaram ela com fins medicinais e curativos**, enfim, de lidar com a alma das pessoas, com o bem-estar, enfim. E a gente não pode perder isso. A gente não pode. A gente não pode deixar que o capital farmacêutico e da agricultura se apropriem da cannabis com essa dimensão. E mesmo que ela se aproprie, é nossa tarefa fazer a luta de resistência. Por quê? Porque a cannabis está diretamente ligada ao território. Ao território. Se você pensar que os povos nativos, os povos originários, que sempre cultivaram cannabis e sempre utilizaram ela como planta medicinal e de de produzir bem-estar. Então, esses povos só fizeram isso porque tinham território. Sem território, eles não teriam isso. Então, qualquer luta que a gente fizer nesse Brasil, ela tem que estar diretamente vinculada à luta pela terra. Porque, sem os territórios, a gente não consegue afirmar diversas pautas que a gente precisa. Porque é uma questão, inclusive, identitária. E a identidade dos povos, os povos só têm identidade se eles tiverem território. Então, a gente não pode... Por que que hoje, por que que a gente tem a apropriação do tráfico? Do tráfico, quando a gente fala tráfico, a gente não está falando das classes populares, não. A gente está falando da classe dominante. Que é eles que são... os donos, os mentores. Por que que existe? Porque como o povo perdeu o território, mas o povo sempre teve a cannabis como parte da sua vida, em algum

> lugar eles precisam dela, eles vão buscar. E vai buscar como? Se eu não estou mais no meu lugar, que me tiraram de lá, eu já não tenho minha planta, eu já não tenho meu cultivo, aí como é que eu faço isso? – Gilmar

> Então, é isso a gente consegue muito fazer quando a gente discute [cannabis] dentro do movimento, porque quando a gente discute a produção da vida, principalmente dentro dos nossos territórios, ela não pode estar alinhada com a violência, ela não pode estar alinhada com o uso de agrotóxicos, ela não pode estar alinhada com a exploração do trabalho, então a gente não quer, e inclusive essa é uma das grandes sínteses da reforma agrária popular, ela não é sobre a produção de alimentos, ela não é sobre só ter terra, ela é sobre uma produção de vida saudável, sobre uma produção de direitos, uma produção de uma nova sociedade saudável, e isso quer dizer que a gente precisa sim ter o acesso à terra. Uma das grandes mazelas do capital é a desigualdade territorial. Então, a gente não quer que as pessoas vivam espremidas nos seus territórios. A gente não quer que as pessoas vivam sob violência do tráfico, da polícia, dos cangaceiros, dos fazendeiros, de quem for. A gente não quer que as pessoas vivam comendo veneno industrializado. A gente não quer que as pessoas vivam trabalhando 12 horas por dia. Então, isso tudo faz parte da produção de saúde. Então, quando a gente faz o debate da Cannabis e a gente apresenta, por exemplo, ela num espaço nosso, do movimento, seja ele qual for, eu já falei, a gente apresentou a Cannabis no espaço da educação, no setor de educação, na formação da EJA (Educação de Jovens e Adultos), a gente apresentou a Cannabis numa atividade do plantio de árvores, porque ela está diretamente relacionada com a construção de uma nova sociedade. – Larissa

Seguiremos com um exemplo. Em 2025 a farmacêutica Prati-Donaduzzi lançou no mercado o canabidiol em comprimido. No site de promoção do produto, a empresa enfatiza que essa forma farmacêutica auxilia e traz mais segurança no armazenamento, transporte e administração, facilitando, por exemplo, a deglutição em alguns casos (Prati-Donaduzzi, 2025). É fato que tais elementos não podem ser desconsiderados e merecem atenção, sobretudo em situações que demandam produção em larga escala.

Esse movimento também permite observar um deslocamento simbólico importante. O fitocanabinoide, originalmente derivado de uma planta atravessada por significados históricos, sociais e políticos, passa a ser apresentado sob a forma de um comprimido padronizado, pequeno e geometricamente uniforme, disposto nas prateleiras como qualquer outro medicamento. Nesse processo de padronização e estabilização farmacêutica, parte da complexidade que envolve a maconha tende a ser diluída. Caso esse modelo torne-se único, a substância até permanece, mas o contexto que lhe conferiu significado torna-se menos visível, ele é desconectado de suas múltiplas dimensões e reorganizado em um sistema mais palatável.

> E a gente tenta, em forma de associação, manter esse vínculo com a planta, manter esse vínculo com a terra, nessas reuniões das associações, ou até com outras associações, é manter o que é a planta, o que é a planta, o que é a parte espiritual da planta, sabe? Então, assim, pensar no contexto de uso, porque já tem vários estudos mostrando que o contexto de uso de qualquer droga muda a eficiência da droga. Então, a gente ainda vai tentando caminhar por esses caminhos, sabe? De informar o uso da planta, transformar o pensamento social em relação à planta. E a indústria vai simplesmente pegar aquilo, colocar num potinho, colocar uma plantinha, colocar uma

> palavra bonita ali e vender. E isso pode acontecer a qualquer momento. Então, esse é um dos nossos receios, de forma geral [...] A gente já começa como um coletivo de um movimento social, que é um pouco diferente, mas ainda com uma ideologia, um posto de vínculo, vínculo com a terra, vínculo com a produção, ser sustentável. E a indústria farmacêutica não vai chegar nesse lugar. Não vai chegar por essa via. E vai chegar muito com a via do financeiro. E aí tem toda a questão, por exemplo, do uso do cânhamo. [...] Podemos produzir cânhamo. Cânhamo para tudo. Quem vai produzir cânhamo? Para onde vai a produção? Quem vai usar? Quais são as indústrias que estão interessadas também no cânhamo? Então, tem muito interesse comercial e financeiro e a gente fica com medo também disso em algum momento achatar das associações, né? espremer as associações e deixar a gente pequenininho ali no meio das nossas ideologias. E as pessoas muitas vezes sofrem pelo que é mais barato, né? É mais acessível. Então, tem essa parte desse futuro. Não é algo que a gente pode ignorar. É isso. – Luana

Portanto, resgatar a maconha como planta, e não apenas como um fármaco, implica na (re)construção e (re)incorporação de um conjunto de significados sociais, políticos e culturais vinculados a ela. Essa perspectiva convida à consideração de outros aspectos fundamentais: ao referir-se à planta, aborda-se a terra, o território, o cultivo, a agricultura, os/as agricultores/as e o clima, dentre outros elementos que inserem a maconha em um ideal preexistente de relação de cuidado entre a planta e a sociedade. Sendo justamente essa relação que posteriormente possibilitou sua "descoberta" como fármaco em tempos mais recentes. Defendemos, portanto, o entendimento que a Cannabis/Maconha é uma planta, e esta dimensão é crucial, não devendo ser esquecida; pelo contrário, relembrá-la é condizente com a luta histórica pela sua descriminalização. Perder a dimensão da planta, oferecendo-a meramente na forma de um comprimido, pode desvanecer essa discussão e reduzir os esforços políticos de movimentos sociais, usuários/as e associações à lógica de oferta de um produto, em vez de consolidar a construção de um direito.

5.2.2 Seção II – Saúde enquanto direito (à desobediência) – "*nós não vamos esperar.*"

> Então a gente conseguiu essa autorização por meio de uma sentença da Justiça Federal e aí claro, que a Anvisa e a União recorreram, porque eles alegam que nenhum e nem outro tem competência e atribuição para estar autorizando isso. A Anvisa diz que a atribuição e a competência é da União, por meio do Ministério da Saúde, e já a União diz que a competência e a atribuição é da Anvisa. Então, é um jogo institucional e burocrático das instituições estatais que ficam empurrando uma para a outra e não se resolve o problema. E aí, quando isso acontece, **nós não vamos esperar.** – Saulo

A frase "Saúde é um direito de todos e dever do estado" já foi citada neste trabalho e é emblemática por pavimentar o caminho para a consolidação do SUS, de caráter universal. Para esta análise, podemos dividir esta frase em três proposições: saúde enquanto direito, saúde enquanto direito de todos, saúde enquanto dever do estado. A saúde enquanto direito é uma

discussão que permeia as bases da saúde pública e da saúde coletiva, sendo uma conquista do movimento sanitário brasileiro. E, diferente do que possa parecer, essa conquista não é um ganho pronto e definitivo, mas é, até hoje, um campo de contradições e luta social.

E dizer que a saúde é um direito não se relaciona apenas a partir do contraponto a organização antecessora da saúde no país que estava destinada aos trabalhadores/as formais e seus dependentes. Para além do aspecto da universalidade, a luta pelo direito à saúde vem arraigada de uma dimensão de cidadania que, portanto, faz emergir outras necessidades econômicas, políticas, culturais, ambientais que não se resumem ao acesso a uma medicina curativa. Desse modo, concordamos com Cohn et al. (1991) ao afirmar que para construir saúde como direito é preciso voltar-se, dentre outras coisas, aos movimentos e manifestações sociais por saúde e o Estado.

E nessa ideia que é aproximando-se dos movimentos que se movimenta, a saúde enquanto direito de todos remete à perspectiva do reconhecimento e do alcance das diferentes necessidades de saúde, o que mobiliza, por exemplo, a criação e/ou atualização das políticas do SUS sob a lógica da equidade. Tais mudanças não emergem de uma ideia espontânea ou da benevolência do Estado, mas de processos de resistência social.

> A gente sabe que a luta vai em dois rumos, tanto a luta institucional, por meio do sistema de justiça, através do impulsionamento do Poder Judiciário para que os direitos sejam defendidos, garantidos e promovidos, mas também essa luta social de estar mobilizando a própria comunidade como um todo, então não é só uma comunidade que se resume ali no Sertão da Paraíba. – Saulo

> A gente quer trabalhar a saúde tendo participação. Por quê? Porque embora seja dever do Estado efetivar o direito à saúde, mas esse direito à saúde ele também pode ser efetivado por meio de parceria com a sociedade. Então assim, a nossa associação hoje ela realiza um trabalho de saúde, ela realiza um trabalho que poderia ser o poder público realizando e o que a nossa associação além de realizar esse trabalho deseja é participar também da política pública, porque a política pública ela só é eficiente quando o agente promovedor dessa política pública ouve, escuta os assuntos e as denúncias A política pública não pode ser implementada de cima para baixo, tem que ser implementada de baixo para cima. – Saulo

Para Negri (2002), a resistência não deve ser entendida como simples reação posterior a uma ação, mas como potência constitutiva da vida social. Ela se enraíza nas práticas coletivas, na cooperação entre singularidades e na produção de novas formas de vida, permanecendo em tensão com a formalização político-jurídica. Assim, o que ocorre na formulação dos direitos é a captura (parcial) de processos que emergem da produção social. Desse modo, como mesmo ressalta Dias (1991), o cotidiano deixa de ser um espaço de carências e ganha um salto significativo podendo operar nos movimentos sociais.

Na esfera da maconha medicinal, esta é uma discussão importante à medida que a disputa entre a Anvisa e a União em torno deste tema não é um evento isolado, mas sim o

resultado de um intenso debate, impulsionado por famílias, pacientes, associações e movimentos sociais. Estes atores reivindicam o acesso a uma forma de cuidado que, apesar dos progressos alcançados, ainda se encontra em uma situação de insegurança jurídica.

No início da pesquisa, ainda nos estudos de caráter mais teórico, havia a sensação de que as associações atuavam nas "brechas jurídicas". Contudo, à medida que as análises avançaram e houve o encontro com os discursos dos sujeitos da pesquisa, essa compreensão foi sendo deslocada. Dizer que as associações operam nas brechas implicaria, de certo modo, supor a existência de uma lacuna entre duas instâncias, um espaço vazio no qual elas se instalariam. O que se revela, entretanto, é outra coisa: as associações não atuam nas lacunas, mas se constituem a partir da base de um direito fundamental, o direito à saúde.

Ou seja, a atuação das associações de pacientes não acontece "nas brechas", mas sim na criação de novos espaços a partir dessa base fundamental. Seus esforços ativos de ação política e coletiva aproximam-se, como os/as próprios/as trabalhadores/as da Cebrapcam destacam, da noção de desobediência civil que aparece menos como um gesto de simples afronta à ordem jurídica e mais como uma forma de tensionar os próprios limites dessa ordem quando ela se mostra incapaz de responder a determinadas necessidades sociais.

> Enquanto não existia essa autorização, nós estávamos trabalhando, vamos dizer assim, na desobediência civil. Ou seja, não é razoável e proporcional uma autoridade policial, uma autoridade judiciária, prender representantes de uma associação que está cuidando da saúde de várias famílias. Então a gente estava trabalhando na perspectiva de desobediência civil mesmo, e exigindo e pressionando o poder público para que pudesse cumprir com esse dever. – Saulo

> Bom, eu acho que a gente tem um desafio até para a própria possibilidade de a gente atuar. É uma força que vem contra a gente. A gente vai nadando contra a maré. Eu acho que a gente tem a Anvisa por si. Ela é um órgão que não tem facilitado para que a gente acesse esse espaço. Acho que a maioria das associações no Brasil têm atuado por força da justiça. E aí a gente está nadando nessa contracorrente, mas nessa luta constante – Ana Maria

> Então, para manter isso, tem toda uma luta política. Como eu disse a você, como a gente só tem autorização judicial para manter o nosso trabalho, a gente fica meio com aquela sensação de que está andando na corda bamba. A gente já teve relatos de outras associações em sentido de delegado o direito perante a justiça porque o Ministério Público recorreu ou a Anvisa recorreu contra as decisões. E eu acho que a gente tem que cada vez mais ampliar o debate e buscar caminhos para que a gente possa estar segurando e levando mesmo como um debate de saúde pública, se aproximando do curso, se aproximando da relação com as outras instituições, as instituições de saúde pública e movimentos, para que a gente possa cada vez mais fortalecer, porque a gente não pode retroceder, sabe? A gente tem muitas famílias dependendo desse trabalho. – Ana Maria

Concordamos com Paz, Themudo e Melo (2024) que os enfrentamentos realizados pelas associações podem ser caracterizados como práticas de desobediência civil, na medida em que a utilização dos medicamentos à base da maconha em benefício à saúde das pessoas se configura

como uma ação política orientada à efetivação de direitos, pois elas tensionam os limites da legalidade estatal ao reivindicar a primazia da dignidade humana, do direito à saúde e da justiça social como fundamentos de legitimidade jurídica e política.

Lanças (2023), ao analisar os dilemas da Marcha da Maconha, aponta a existência de ao menos três concepções de desobediência civil: a liberal, ancorada na centralidade dos direitos individuais; a comunitarista, orientada pelos ideais de participação política e atuação na esfera pública; e a deliberativista, que articula elementos das duas anteriores. O que se destaca nesse debate é que, a partir dos achados empíricos da pesquisa, o autor problematiza os distintos discursos mobilizados pelos organizadores da Marcha da Maconha, identificando pelo menos duas linhas principais. A primeira assume um caráter liberal, enfatizando as escolhas individuais e seus efeitos sobre determinadas dinâmicas de mercado; a segunda se aproxima de uma perspectiva mais ampla e social, incorporando pautas relacionadas ao encarceramento, à redução de danos e à segurança pública.

Como o próprio Lanças (2023) destaca, os discursos apresentados não são intransponíveis, mas, para esta pesquisa, representam algo que estamos buscando ao apresentar associação enquanto conceito, que é debater algumas racionalidades que orientam discursos aparentemente neutros ou homogêneos, tal questão que incide, inclusive, sobre o que é o direito à saúde. Junges (2009) discute uma certa determinação ideológica que incide sobre o direito à saúde a partir do crescente aumento do biopoder das empresas biotecnológicas que transformam o direito à saúde em direito ao consumo. Para Lefévre (1991), no decurso do processo histórico, a saúde está perdendo a sua “premissa existencial” para ser uma condição a ser resgatada/recuperada através de um mercado de bens de consumo, sendo o medicamento uma dessas materializações, fazendo a saúde perder seu sentido de direito.

Desse modo, a saúde enquanto dever do estado deveria caminhar no sentido das necessidades coletivas, não devendo ser resumida a busca individual por acesso como é visto nas dinâmicas de judicialização da saúde, por exemplo. No que concerne à maconha medicinal, a leva de judicialização crescente não é mero fruto do aumento de relatos de seus benefícios, mas sim é reflexo de uma política proibicionista do próprio estado brasileiro e que traz consequências como a precarização das políticas de saúde por gerar gastos elevados e imprevistos que são potencializados, por exemplo, pela ausência de programa orçamentário específico (Kazmierczak, Costa, Correia, 2024).

Como visto anteriormente, até antes da publicação das RDCs de início de 2026, a regulação e fiscalização da produção e acesso da maconha medicinal ainda estavam sendo debatidas, ou seja, não havia normativas gerais consolidadas para guiar o trabalho das

associações. Diante dessa ausência de parâmetros definidos pelo poder público, impunha-se a questão: quem os determina? Seria o Regime Associativo? A Indústria e a Rede Farmacêutica? Os Laboratórios Públicos? Os Saberes Tradicionais? O Setor Agrícola?

> Mas o que nos preocupa é o quanto que o governo brasileiro, o quanto que as instituições brasileiras estão entendendo que a produção de saúde é só através das mega indústrias, das grandes indústrias farmacêuticas, das grandes produções e que isso cria uma ponte entre o paciente que precisa do uso e de fato acessibilidade ao acesso a esse óleo. Então assim, é muito preocupante isso de criar uma legislação que vai regular o uso do óleo de cannabis, proibindo o THC, por exemplo, proibindo que seja fornecido por associações, porque as associações, elas são grandes experiências, grandes conglomerados de trabalho coletivo, mas que vão produzir o óleo para um fim, que é chegar ao paciente e melhorar a qualidade de vida daquele paciente. Não é fornecer 5 mil vidros. Não é sobre isso que nós estamos querendo falar. Nós estamos querendo falar sobre produção de saúde. – Larissa

> Mas um dos problemas que a gente encontrou lá da associação, é que a Anvisa, quando foi fiscalizar a gente, ela quer nos enquadrar como laboratório farmacêutico. [...] A nossa grande luta é fazer com que a Cebrapcam seja enquadrada como uma uma associação fitoterápica, que vai mais na linha da farmácia viva e trabalha essa perspectiva da fitoterapia. E não como laboratório farmacêutico, não ser enquadrado como laboratório farmacêutico. Aí você entra nos patamares dos grandes laboratórios farmacêuticos, a gente visualizou muito isso na pandemia, lucrou muito aí com a morte de muita gente com as questões da vacina, todos os grandes laboratórios farmacêuticos. [...] a Anvisa vai verificar de maneira geral, ela não vai fazer separações, nem levar em consideração particularidades, singularidades. Aí generaliza, ela vai dizer, olha, se a Abrace, por exemplo, pode ser enquadrada ali, como laboratório farmacêutico, por que as outras associações não podem? Então, isso acaba sendo um outro desafio também, que a gente enfrentou, enfrenta e vai continuar enfrentando. Aí tem uma outra discussão, que parece que só pode ser considerada farmácia viva algum órgão público, e dado que a sociedade civil não pode. Aí já é outra briga que a gente tem que enfrentar também, mas são lutas que a gente está ciente que vão ser de longo prazo. – Adarlam

> Então, tudo que for configurado como grande indústria farmacêutica, ela vai poder seguir produzindo e fazendo o beneficiamento da cannabis e transformando ela em óleo, né? Mas as associações vão continuar dentro de uma ilegalidade que só o que nós temos hoje é uma autorização judicial, nós não temos legalidade sobre o processo. Nós temos uma autorização judicial que diz que, se a gente produzir, a gente não vai ser preso. Só isso. Não é que é legal o que nós fazemos ou que tem uma contribuição para a sociedade. Porque essas associações, elas são diferentes de uma produção farmacêutica em grande escala, que é o que fazem as empresas que hoje tu vê em uma Redepharma da vida. [...] Tem algumas determinadas farmácias que tu consegue ter acesso aos óleos de cannabis, só que são empresas que não estão interessadas em saber como o paciente vai passar a adaptação, não estão interessadas em saber se o óleo está fazendo efeito ou não, que não estão interessadas em contribuir positivamente para a associação; elas estão interessadas em fazer um medicamento, mais um medicamento dentro do seu portfólio e que vai ser vendido e comercializado no Brasil. – Larissa

A utilização da maconha é milenar, um fato que já abordamos. Portanto, é importante ressaltar que esse uso não é um caso isolado: no contexto histórico, o emprego de plantas para a promoção do bem-estar também é uma prática que remonta o decorrer dos anos, assim como sua perseguição. Almeida (2011), ao analisar a influência das heranças africanas no uso desses recursos no Brasil, destaca que a obtenção das plantas, muitas vezes, ocorria em mercados

populares e com vendedores ambulantes, os chamados "erveiros de rua" (p. 45), um sistema não oficial e paralelo que era alvo de perseguição pela sociedade e suas forças policiais.

Além das matizes africanas, a tradição indígena e a adaptação de plantas europeias passam a fazer parte e influenciam o uso popular de plantas medicinais que atravessam o tempo e ainda ressoam no cotidiano como a mamona, a copaíba e a erva doce (Almeida, 2011). E falando em cotidiano, é a partir deste contato com a realidade que o professor Francisco José de Abreu Matos, na década de 1980, idealiza o "Programa Farmácia Viva" propondo uma assistência farmacêutica alicerçada no uso científico de plantas medicinais e fitoterápicos, em consonância com os princípios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e com forte entrelaçamento com os saberes tradicionais e populares (Bandeira, Leal, Viana, 2024).

Com inspiração e assessoria técnica do professor Francisco, o Ministério da Saúde em 2010 instituiu as Farmácias Vivas no SUS por meio do Decreto Nº 886/2010 e estabelece:

> § 1º A Farmácia viva, no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, deverá realizar todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos.
>
> Art. 2º A Farmácia Viva fica sujeita ao disposto em regulamentação sanitária e ambiental específicas, a serem emanadas pelos órgãos regulamentadores afins.

Esta regulamentação pode ser exemplificada por meio da RDC N.º 18/2013 da Anvisa que dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas do SUS e, em conformidade com a RDC Nº 14/2010, estabelece as definições sobre fitoterápicos e plantas medicinais, a saber: "XL - planta medicinal: espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos;" e "XXV - fitoterápico: produto obtido de planta medicinal, ou de seus derivados, exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa;". Atualmente, 12 fitoterápicos estão listados na atualização mais recente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

A fitoterapia, segundo Carnevale (2018), pode ser vista como um objeto de fronteira, pois estabelece uma conexão e aproximação entre diferentes culturas, saberes e racionalidades no campo do cuidado em saúde. Isso se deve ao fato de ela coexistir simultaneamente nos âmbitos científico e popular/tradicional, o que possibilita o desenvolvimento de uma linguagem comum, além de resgatar valores culturais, o fortalecimento do vínculo entre as equipes de saúde e as comunidades, como o exemplo da Farmácia Viva junto a promoção do cuidado

autônomo, o incentivo à participação comunitária, o desenvolvimento local e a construção de sociabilidades baseadas na solidariedade (Carnevale, 2018).

> Além disso, enquanto o Cebrapcam é um espaço que, para além do trabalho da associação, a gente também é um centro de pesquisa e a gente também tem uma perspectiva de **consolidar o espaço como farmácia viva e fazer um trabalho aliado com agricultores e assentados da reforma agrária**. E aí, eu acho que o tema farmácia viva também é um tema muito vinculado com o trabalho de mulheres agricultoras. A gente acompanhava, assim, as mulheres que têm conhecimento ancestral nessa temática, né? E aí, Inclusive, futuramente, a gente espera na Cebrapcam, quando, dentro do centro, a gente tiver as possibilidades de transformar no espaço de farmácia viva, de que a gente consiga desenvolver trabalho com mulheres agricultoras assentadas da reforma agrária nos municípios. – Ana

A relação entre a Farmácia Viva e os assentados da reforma agrária possui raízes históricas. Conforme detalha Barros (2021), o MST sempre adotou e incentivou práticas de cuidado baseadas na medicina popular e, especialmente a partir da década de 1990, houve a difusão e promoção da fitoterapia e das Farmácias Vivas nos acampamentos e assentamentos, visando um cuidado em saúde territorializado. Ainda em sua pesquisa, Barros (2021) apresenta uma edição do Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – Nº 195 de 1999 na qual o coletivo de saúde do MST apresenta o “Terra e Saúde Viva”.

Em uma apresentação concisa, mas de grande significado, o coletivo destaca o "Programa Farmácia Viva", que, por questões de patente, foi renomeado para "Terra e Saúde Viva" – o vivo permanece. Na apresentação, o programa cita a Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90 que aponta os determinantes e condicionantes para saúde, associando que a luta pela terra também é uma luta por saúde e pela defesa do SUS, afinal

> [...] nós não estamos pensando nem queremos construir um sistema de saúde paralelo ao SUS. No contrário, a gente quer fortalecer o nosso sistema de saúde para a gente. Então, esse foi muito o pensamento nosso nesse sentido, sabe? Pra gente poder pensar, a gente poder fazer plantio, a gente poder ter, quando a gente tem terras, a gente poder plantar, a gente regular os recursos que a gente tem” – Edinaldo “Didi”

No jornal, ainda há espaço para citar os objetivos centrais do programa, que na produção de medicamentos (horta e laboratório, integrando saberes populares e científicos), visa solucionar problemas básicos de saúde da população, mas não só. Mais do que uma distribuição unilateral de medicamentos, o programa busca ser um espaço de formação de consciência política e social, promovendo a reflexão sobre as causas sistemáticas do adoecimento e atuando como um mediador para a transformação social. Assim, o programa constitui-se como uma estratégia de cuidado e, simultaneamente, como um dispositivo de formação política, capaz de fortalecer a autossuficiência em saúde e forjar sujeitos coletivos críticos nos territórios da reforma agrária (Barros, 2021).

> Então, é um trabalho que passa desde esse acompanhamento psicossocial, de

> acolhimento, realização de terapia, realização de acompanhamento de assistência social, esse trabalho de estar informando como acessar os direitos sociais fundamentais, a gente também realiza esse trabalho de formação, para que as famílias também possam estar elevando o seu nível de consciência cidadã, E aí, a gente sabe que a associação não se resume apenas ao plantio de maconha, para fins medicinais, é muito mais abrangente, então a gente trabalha numa perspectiva para além do plantio, a gente também trabalha o cuidado, o ouvir as pessoas, ouvir as famílias para poder estar realizando um trabalho que realmente tenha seus frutos positivos. – Saulo

Portanto, não surpreende que esse anseio esteja presente naqueles que trabalham a associação, visto que diversas de suas trajetórias convergem com as visões e propósitos de um movimento social que almeja edificar práticas contra-hegemônicas a partir dos saberes populares que concebem a saúde para além da simples ausência de sintomas, entendendo-a como um movimento de vida e resistência.

> [...] tem essa diferença no movimento, que é um trabalho de forma ecológica e sustentável a produção. Para que essa produção, nesse caso, de uma erva nesse final, e não de algo que se come, mas algo que se dispõe para a saúde, além da nossa saúde alimentar, isso também, isso é sobre ecologia, isso é sobre sustentabilidade, isso é sobre soberania, isso é muito sobre o movimento, isso é sobre mudanças, isso é sobre tudo. — Luana

E essa insistência naquilo que é vivo me pôs a lembrar e pensar nos processos relacionais a partir dos referenciais teóricos da micropolítica do trabalho em saúde (Merhy et. al, 2016; Franco; Merhy, 2013; Merhy, 2002), evidenciando o cotidiano. Na leitura aqui proposta, o cotidiano torna-se o cotidiano do direito e não um espaço de carências (Dias, 1991), uma vez que é nele que encontramos as pessoas, as ideias, lugar no qual a inventividade e a criação emergem como alternativas à falta de acesso ou às normativas, por vezes engessadas, oriundas de elaborações distantes, produzidas por sujeitos cujos rostos, lugares e implicações são desconhecidas.

Portanto, quando os/as trabalhadores/as da Cebrapcam falam da construção de uma associação na perspectiva da Farmácia Viva, da fitoterapia, das plantas medicinais, para além de explicitarem um cenário de disputa com um modelo de produção de saúde capturado pela medicalização da vida, falam também da produção de vínculos, da valorização dos territórios e da ampliação das possibilidades terapêuticas a partir da escuta e da corresponsabilização. Abre-se, assim, um espaço relacional no qual o trabalho se encontra com as necessidades daqueles aqui denominados associados/as, ativando Redes Vivas (Merhy et. al, 2016) que se sustentam na escuta e na reinvenção de si mesmo.

Nesse movimento, o trabalho junto aos associados/as, por exemplo, assume também um valor ético-político, pois mobiliza e reinventa ferramentas, protocolos e diretrizes a partir das singularidades que emergem no ato do cuidado, que é vivo. Adianto a possibilidade que esse cenário seja lido, por alguns, como uma idealização ou como uma aposta abstrata em relações

que nem sempre se sustentam na materialidade do cotidiano. No entanto, a intenção deste trabalho não é produzir uma imagem harmoniosa ou consensual, mas tensionar concepções cristalizadas, ancoradas em discursos homogêneos que tendem a reduzir o direito à saúde a uma noção simplista de acesso a serviços, procedimentos ou insumos.

Ao contrário, parte-se do entendimento de que muitos discursos, ao pretenderem universalidade, frequentemente invisibilizam conflitos, singularidades e modos diversos de produzir cuidado, esvaziando a dimensão relacional, política e viva que sustenta o próprio direito (Feuerwerker, 2016). Assim, este trabalho não idealiza o real, mas aposta na sua problematização, entendendo o direito à saúde não como uma abstração normativa acabada, mas como uma produção concreta, situada e permanentemente disputada no cotidiano de vida e trabalho.

Neste fim, deixo as propostas da Associação Brasileira de Farmácias Vivas (ABFV) para a inclusão da cannabis em seu escopo, como exemplo: Criação de Hortos Oficiais de *Cannabis sativa*, com o suporte dos Ministérios da Saúde e da Agricultura e Pecuária (MAPA), além das secretarias de Segurança Pública. O Estabelecimento de laboratórios farmacêuticos oficiais para a produção do Insumo Farmacêutico Ativo Vegetal (IFAV), que funcionaria como a matéria-prima fornecida às Farmácias Vivas. As Farmácias Vivas seriam as responsáveis pela manipulação das formas farmacêuticas a partir de prescrições individualizadas e a dispensação dos fitoterápicos ocorreria nas próprias Farmácias Vivas ou em unidades de saúde municipais (Guimarães, 2025).

5.2.3 Seção III - Territórios e tecnologias de cuidado é saúde – "*evidência política… [correção] evidência científica"*

> Evidência é a palavra. "Não tem evidência". E eu acho que a gente, enquanto associação, tem esse papel de construir essas evidências. Eu falo muito no acolhimento, na associação, que o mais rápido possível a gente quer sistematizar, publicar em revista, em congresso, publicar mesmo, sistematizar, construir essa **evidência política… [correção] científica**, evidência científica, já que eles tanto falam sobre isso, que não há evidência.– Ana Maria

Esta seção, que talvez represente o caminho inicial vislumbrado na formulação do projeto de pesquisa, curiosamente se apresenta agora, em um momento posterior, e não por acaso. Resgatando o objetivo da pesquisa, a ideia foi analisar como os agenciamentos operados pela Cebrapcam produzem cuidado em saúde para pessoas que necessitam do medicamento à base de maconha. E talvez seja essa ideia de agenciamento que possibilitou essa abertura a outras conexões e narrativas possíveis. Usá-lo vem da concordância com as elaborações propostas por autores(as) no campo da saúde coletiva (Feuerwerker, 2016; Guizardi; Lopes;

Cunha, 2015; Merhy, 2002; Merhy, 2015; Merhy; Franco, 2013; Merhy; Feuerwerker, 2016; Merhy et al., 2016; Silva; Moebus; Ferreira, 2016), que se ancoram nas produções da filosofia da diferença, como as ideias de Gilles Deleuze e Félix Guattari. Portanto, falar de agenciamento permite-nos compreender as práticas sociais como composições dinâmicas e provisórias formadas por elementos heterogêneos, humanos e não humanos, materiais e imateriais, que se articulam no processo de ação e transformação.

Portanto, o agenciamento é produtivo, na medida em que engendra modos de existir, podendo tanto reproduzir relações de poder quanto abrir brechas para a invenção e a transformação e possui conexão indissociável com o desejo que opera no social. Sendo, pois, o desejo um agenciamento coletivo no qual o sujeito enquanto unicidade é parte-produto dessas relações (Hur, 2020) coproduzindo existencialidades que não seguem um fluxo único, atravessam fronteiras e desterritorializam aquilo que parecia fixo e inauguram novos territórios no quais também irão surgir novas invenções que vão retraduzir esses territórios, tornando suas fronteiras não como linhas delimitadoras, mas como linhas convite para um novo desenho (Guizardi; Lopes; Cunha, 2015).

A ideia de território é particularmente pertinente para pensar a produção da saúde, uma vez que, para muitas políticas públicas, ele é compreendido como um espaço geográfico mais ou menos homogêneo onde as pessoas vivem, funcionando como referência para a organização das ações e como área de abrangência a partir da qual se observam as necessidades de saúde (Silva; Moebus; Ferreira, 2016). É possível destacar, por exemplo, a relevância da Cebrapcam por sua abrangência territorial, que ultrapassa os limites da sede, alcançando os 26 estados brasileiros através de suas ações e da distribuição dos óleos de maconha.

Contudo, o aspecto que nos interessa ressaltar é que a mera noção de delimitação ou distribuição espacial não constitui o elemento central no processo de produção do cuidado em saúde. Optamos, assim, por conceber o território como um espaço de existências (Silva; Moebus; Ferreira, 2016), entendido como um conceito-ferramenta (Deleuze, 2006 apud Silva; Moebus; Ferreira, 2016), que permite sustentar práticas de cuidado mais sensíveis aos modos de vida, aos afetos e às relações que se produzem no cotidiano.

> Eu acho que o fato de nós termos destinado uma pessoa só para compreender essas dinâmicas [dos assentados, acampados e militantes], ela acaba se tornando uma prioridade. Então, por exemplo, sempre tem os relatos do acolhimento e tem os meus, que é quase que um acolhimento à parte. Faz o mesmo processo que todo mundo faz ali, mas que é com especificidades muito particulares. Então, por exemplo, atendo pais de assentados com Alzheimer que estão com crises absurdas e a gente foi monitorando semanalmente o uso do óleo. Eu tenho pessoas da direção nacional [do MST] que vivenciam crises de ansiedade, insônia e que também conseguiram obter melhora com óleo. Eu tenho acampados há mais de 10 anos e que sofrem aquela ameaça da violência da terra, e que isso gerou vários gatilhos emocionais e que estão

> hoje em tratamento do óleo. Então são até estudantes do PRONERA que na dinâmica de vá pro curso, volta pro território. Essa dinâmica do território, desse processo de adoecimento que também estão entrando em tratamento. A gente tem estabelecido essa linha com o movimento desde a sua origem, porque eu acho que o MST é fundamental para o entendimento do que é Cebrapcam hoje, mas também numa linha de que ela tem que fazer sentido quando ela chega no nosso povo. A Cannabis, e essa é uma discussão que a gente faz em nível de sociedade, a Cannabis, para quem tem dinheiro, ela sempre foi acessível, ela sempre foi legalizada. para quem tem dinheiro, isso nunca foi um problema, só que quando a gente olha para o nosso povo, quando eu falo isso, nosso povo sem terra, por exemplo, a cannabis sempre foi um tratamento muito distante, de ah, eu ouvi falar disso, eu pesquisei isso, me indicaram, mas eu fui na farmácia, era muito caro, então existia um distanciamento entre, não sobre a necessidade, mas sobre a necessidade e o acesso, a isso. Então, acho que essa linha de entendimento, e a gente tem dialogado muito dentro do setor de saúde, inclusive com o compromisso de amadurecer um pouco mais também sobre isso. – Larissa

> Então, esse processo do setor de saúde que a gente vem fazendo com a Cannabis, a gente faz com os outros também, plantas e outros processos na saúde, é isso, né? Que a gente possa ter essa saúde e ter acesso a essa saúde, a essa qualidade de vida com essa saúde a partir de onde a gente está. Não temos que sair dos nossos territórios para ter que ir na saúde, para ter que ir na cidade para a gente ter saúde, porque a gente foi no hospital, na cidade. Não, a gente tem que ter saúde. Tem que ter um assentamento, um acampamento lá no meio do mato, na roça, que nós podemos cultivar, nós podemos construir a nossa saúde, fazer esse cuidado da gente de saúde. – Ednaldo "Didi"

> Ela tem 60 e poucos anos, uma camponesa, militante, e ela disse que a pior perda que ela tem para a vida dela é não poder cultivar a terra, porque sente muita dor no corpo. E aí eu brinquei com ela assim… mas a gente tem remédio para isso [...] Quando foi ontem que a gente ia sair, ela me abraçou e disse …olha, que essa é a fala sobre a maconha: Esperança. "Isso aqui é a minha esperança". Então as pessoas sempre, quando rompem a barreira do preconceito e conseguem ter um médico, uma médica e um processo político, que é a próxima pessoa, que ela decide usar, ela decide usar com esperança. E isso é muito forte. Porque você não está tomando qualquer coisa que você vai na farmácia. Não, eu vou tomar para ver. Aqui, eu vou tentar, não. Sempre que decide usar o óleo de maconha, é porque é com esperança, sabe assim? E sempre as pessoas falam de forma muito emocionada, assim, porque o próprio, por isso que eu disse que ela é uma relação com a vida, ela não é apenas uma medicação, é uma relação. – Gilmar

É nessa toada que os capítulos anteriores nos levam até aqui, porque não bastava citar ou esquematizar uma ideia em cima apenas dos produtos do cuidado, mas sim conhecer as dinâmicas na qual o cuidado se produz no entrelaçamento entre pessoas, suas histórias socialmente situadas, atualizando-se através dos diferentes encontros que, na associação em si, começa e recomeça no acolhimento.

> Bom, o acolhimento é ele vindo do acolher, né? Então, é o setor que, digamos assim, é os braços abertos da associação. Então, ele recebe todas as demandas possíveis de gente que quer iniciar o tratamento, de gente que já faz o tratamento, de gente que quer trocar o óleo de uma outra associação para o nosso, gente que o tratamento não está dando certo e a gente precisa fazer algum ajuste ou quer fazer reconsulta, gente que tá muito certo e só quer ficar mandando monitoramento. O acolhimento, gente que está com dúvida lá no setor de despacho ou está buscando uma ajuda judicial. – Larissa

> O acolhimento é assim, é a porta de entrada da associação. E acolher é justamente isso de ouvir. Como eu coloquei para vocês, eu acompanhava o trabalho que a Daguia

> fazia, que era a nossa primeira acolhedora, e a primeira coisa era ouvir as pessoas, os pacientes, mães e responsáveis por pacientes. Entender... e o problema que eles vivenciam, e como é que a gente pode contribuir para a vida dessas pessoas. E aí o espaço é esse mesmo, de escuta, principalmente, acho, de escuta, para poder a gente agir, para poder orientar, para poder encaminhar e acompanhar essas pessoas, porque o tratamento nem sempre nem sempre correspondem às expectativas assim imediatamente, né? Como eu falei pra você, muitas mães, muitas pessoas, assim, que... porque geralmente quem procura tratamento com cannabis, eles já vêm de outros tratamentos, né? Que não conseguiram ter os resultados desejados. Então, assim, vem com muita ânsia, muita esperança, assim, de que vai resolver logo. E às vezes não corresponde a essa expectativa de tanta rapidez, né? E a gente tem esse papel de animar, de continuar acompanhando, de fazer com que a pessoa tenha mais paciência, espere, acredite e continue, né? – Ana Maria

> Isso, acolhimento ele é... eu acho que ele é o setor mais importante da associação. Porque o acolhimento é isso, são aquelas pessoas que são as primeiras a receber a angústia de quem tá passando por um processo difícil. Então, assim, seja alguém que, assim, ah, eu soube seu número por alguém, tal, preciso entender, seja alguém que já tá no tratamento, seja alguém, sabe, são famílias, o acolhimento ele recebe uma família, muitas vezes é uma família, não é uma pessoa sozinha, é uma família, é pai, é mãe, é tio, é avó, assim, sabe, e o acolhimento é esse, vai ser o primeiro bom dia. Então, ela vai ser a primeira cara que você vê da nossa associação. Vai ser o "bom dia, como eu posso te ajudar?" E esse como eu posso te ajudar não é um robô. Não é uma mensagem automática. É uma pessoa que fala isso. É uma pessoa que tá ali. É uma pessoa que conversa. A gente teve até problemas com os nossos acolhedores. Converso, converso, converso, aí chega uma hora que eu falo assim "eu não posso mais conversar", porque eu tenho que ter o meu outro trabalho, todo mundo tem o seu trabalho na associação, mas também dupla, tripla, quarta, quinta jornada. – Luana

Do ponto de vista etimológico, a palavra acolhimento deriva do verbo acolher, do latim *ad colligere*, expressão composta por *ad* (para, junto de) e *colligere* (reunir, juntar, recolher). Essa origem confere ao termo a ideia de estar junto, indicando que o acolhimento é, em sua própria ação, um ato essencialmente relacional. E é nesse sentido que para a associação, o acolhimento não se confunde com o acesso.

Entendemos que o acesso se refere à entrada, ao primeiro contato, à chegada inicial do associado. Já o acolhimento é o que se produz a partir desse encontro, no interior do trabalho vivo em ato (Merhy, 2002), como abertura para a construção de uma relação. Nesse sentido, o acolhimento não é um momento anterior ou posterior ao acesso, tampouco um procedimento previamente definido, mas uma tecnologia leve (Merhy, 2002; Merhy; Franco, 2013) que se atualiza na micropolítica do encontro entre trabalhadores/as da associação e associados/as para a produção de possibilidades de cuidado.

No caso da associação, há uma série de documentos e exigências burocráticas que o associado precisa cumprir para ter acesso, especialmente ao óleo derivado da maconha. Esses dispositivos são majoritariamente protocolos fechados, com pouca abertura à singularidade das trajetórias de vida. No entanto, mesmo nesses espaços fortemente normatizados, é possível

operar deslocamentos micropolíticos, transformando a chegada do associado em um processo relacional, no qual os protocolos não eliminam o encontro, mas são atravessados por ele. É nesse movimento que o acolhimento se afirma como tecnologia leve, capaz de produzir cuidado mesmo em contextos de forte institucionalização.

Ainda, quando a Cebrapcam assume uma linha de acolhimento singular voltado para pessoas acampadas, assentadas e militantes ela reconhece o caráter ético-político que precisa estar presente nos atos de cuidado, sobretudo naqueles que padecem das condições históricas de desigualdade, exclusão e precarização. Muitas vezes, são corpos marcados por longos anos de trabalho na terra, por esforços repetitivos, por exigências ergonômicas que produzem dor, desgaste e fragilidade ao longo do tempo. Esses corpos chegam à associação demandando mais do que respostas técnicas, é preciso reconhecê-lo não apenas a partir do suporte biológico, mas como território de existência.

Ao apostar no acolhimento como relação, a associação se distancia de uma lógica de "oferta de prateleira" e se aproxima de uma produção de cuidado centrada no trabalho vivo em ato. Sustentada por uma história de proximidade, familiaridade e singularidade, a associação busca afirmar o acolhimento como um território compartilhado, no qual trabalhadores/as e associados/as coproduzem o cuidado, resistindo à captura do processo de trabalho por uma racionalidade exclusivamente instrumental e recolocando a vida como eixo central da produção de saúde.

> O nosso intuito, não é unicamente fornecer o óleo, né? Mas também acompanhar e fazer um tratamento mais humanizado com as pessoas que necessitam. Por exemplo, quando eu trago pra você esse olhar que a gente tem sobre as mães de crianças autistas, né? Então, na indústria farmacêutica, a gente não vai ter isso. É uma relação de compra, né? Você vende o produto, é, unicamente. E as associações, elas têm esse papel, né, de romper com isso – Ana Maria

5.2.4 Seção especial: Associação com A de AMAR

> Então, acho que o pontapé inicial foi abrir o microfone para os associados, abrir um dia pra gente sentar e conversar. Vamos sentar e conversar, ver o que as pessoas estão achando, o que a gente tá caminhando na nossa associação. Então, no primeiro momento, além de apresentar o que é uma associação, o que é esse coletivo, a gente tinha essa preocupação de apresentar a associação como um coletivo e como um coletivo inclusivo, de ser uma associação inclusiva. [...] Tanto que um dos nossos primeiros encontros, não sei se vocês já estavam, foi sobre desestigmatizar a maconha. A pessoa já é usuária do óleo, mas ainda carrega muitos preconceitos. Então, é meio que isso assim, por que você está fazendo isso? Por que é isso? Além disso, dá essa autonomia para os nossos associados. O que é isso? O que é esse uso? E fortalecer esse coletivo. Tentar fazer com que as pessoas se conectassem. Esses associados também se conectassem. Tá muito ousado [risadas] nossa, eu tô falando agora, estou pensando muito. – Luana

Como já destacado, o Núcleo AMAR antecede esta investigação e torna-se o porquê da

pesquisa, justamente por este espaço que a própria problemática da pesquisa começou a ganhar forma. Os encontros evidenciaram que a oferta do óleo de maconha, embora constitutiva da associação, não era suficiente para compreender a produção do cuidado, que se revelava, sobretudo, nas relações, nos encontros e na construção coletiva de sentidos entre as pessoas. Os encontros aconteciam geralmente às terças-feiras, a partir das 20 horas. Destaco que esse horário apesar de avançado, era o possível tanto para a profissional responsável pelo Núcleo, como o desejo de alguns familiares, pois a esta hora seus filhos já estavam dormindo, conseguindo manter a atenção ao momento. Como já mencionado, o grupo ocorria de forma remota e o convite ocorria via grupo de *Whatsapp* que a associação possui com parte de seus associados/as.

> O que as pessoas sabem sobre a gente? E o que a gente tem que saber sobre o que as pessoas sabem pra ver como é que a gente vai se apresentar também como esse coletivo. Quem somos nós? Quem são as pessoas que estão fazendo a associação? Estão colocando isso pra frente. Quem são essas pessoas que são os nossos pacientes, os nossos associados? Então, no primeiro momento, era fazer isso e depois pensar em pequenos grupos que a gente pudesse dialogar a partir também da patologia, ou desse diagnóstico mesmo, para fazer grupos mais concisos. Pensando em terapia de grupo, a gente precisa fazer grupos concisos para não misturar todas as demandas e todas as histórias, e a gente tentaria ficar um pouco sem foco. Mas, no primeiro momento, era uma apresentação, assim, de, olha quem somos, e quais são os nossos objetivos, os nossos propósitos. – Luana

> Porque é [a cannabis] uma pauta histórica, não é uma pauta desse tempo apenas, ela sempre foi remédio medicinal, em diferentes eras, e a partir disso a gente precisa reconstruir a nossa forma de concepção de produção de saúde, reconstruir a nossa forma de concepção do gerenciamento da vida, da organização dela, da organização do trabalho com a vida, com a operação da vida subjetiva, dos relacionamentos, de outras expressões também dessa vida. – Larissa

O primeiro encontro, intitulado “Cebrapcam e Núcleo AMAR”, teve como objetivo principal apresentar a associação e a recém-formada equipe do Núcleo AMAR aos seus associados/as. A intenção ia além de meramente informar: era crucial que os associados/as e suas famílias, que recebem o produto mensalmente, conhecessem os indivíduos e as ideias por trás de todo o processo. Portanto, o evento foi um convite à reflexão sobre a importância e a força da ação coletiva. Além disso, proporcionou um aprofundamento em temas de interesse geral, como uma explicação didática sobre o sistema endocanabinoide, essencial para a compreensão dos efeitos benéficos do óleo de maconha.

> A gente tem essa preocupação de manter esse vínculo com as famílias, de acompanhar a evolução das famílias, de levar o acesso de tornar cada vez mais acessível. Hoje a gente tem... Ainda não tem as condições que a gente gostaria. A gente gostaria que chegasse um paciente que precisa de 100% do tratamento disponível da gente oferecer. Inclusive, a gente também tem essa luta no campo jurídico. Nosso advogado já se dispôs a tentar nós reunirmos esses pacientes que são fundos, que tem o desconto social, que tem essa necessidade para manter o tratamento e mover a ação para que o Estado financie esses tratamentos. A ideia é que a gente cada vez torne mais acessível e alcance mais pessoas, que esse tratamento alcance mais pessoas e que a gente se

> mantenha sempre, por mais que o número de pacientes cresça, mas que a gente se mantenha nesse vínculo, nesse palco. Jamais que a gente saia desse caráter de trabalho, porque a gente não tem nenhuma ambição comercial longe da gente. A gente quer ampliar o trabalho para que o trabalho, para que chegue a mais pessoas que precisem.. – Ana Maria

Aliado a esse primeiro momento, o espaço ampliou-se para troca de experiências, sobretudo das mulheres e mães cuidadoras. Os relatos acerca do cuidado e da melhoria da saúde de seus filhos e familiares através do uso do óleo da maconha que acontecia ali remontam o cenário brasileiro já destacado das famílias em movimento. Nesse contexto, destacam-se as mulheres que, impulsionadas por necessidades de vida e saúde, lideraram ações de contestação e desobediência em relação ao medicamento.

Já no encontro "Criminalizar para quê?" ocorreu em um período oportuno, coincidindo com o julgamento do STF sobre a descriminalização do porte de maconha para consumo pessoal, o que tornou o tema central da discussão. O planejamento era trabalhar os discursos sociais acerca da maconha e qual era o impacto disso naquela geração de cuidado em saúde. O diálogo envolveu ativamente os Associados/as, que participaram tanto na dinâmica de esclarecer mitos e verdades com perguntas como: *"Maconha é 'porta de entrada' para outras drogas e para o crime?"; "O cigarro é mais prejudicial que a maconha?"; "Maconha pode viciar?; "O uso da cannabis para fins terapêuticos/medicinais é algo recente?"; "Os únicos canabinóides que existem são o THC e o CBD?"; "Existem relatos de melhoria das interações do cotidiano de crianças com TEA ao fazerem o uso do canabidiol?"; ""A dor é algo muito subjetivo, então, os canabinóides não têm efeitos importantes sobre ela".*

A comunicação através dessas perguntas abriu margem para o compartilhamento de experiências pessoais, sobretudo quanto ao preconceito sofrido devido ao uso de um óleo derivado da planta. Ao reafirmar que "*sim, estou dando maconha pro meu filho",* a mãe-associada não deixa de lado receios sociais acerca da planta, ao mesmo tempo que os vê esvaecer ao olhar o filho com mais possibilidades de vida. Registro do diário de campo: "*Muitas vezes, entre a vergonha, o medo e a injustiça, os associados/as e seus familiares escolheram o direito à vida. Inquietação é saúde".*

Esta escrita prontamente remeteu-me ao título da pesquisa de Oliveira (2016) que chama atenção com o termo "maconheirinho" que emergiu do campo de estudo, sendo utilizado pelas famílias em um movimento de ressignificação do estigma: o que antes seria motivo de vergonha ou ocultamento transforma-se, por meio da brincadeira e da familiaridade, em um elemento de integração e reconfiguração simbólica. Em um dos relatos, uma mãe comenta que sua família tradicional passou a brincar com a ideia de ter um "maconheirinho" em casa, evidenciando

como o cuidado terapêutico opera também no plano simbólico, ressignificando a maconha de "droga perigosa" a "medicamento necessário".

Falando em medicamento, o SUS é parte fundamental para pensar não apenas na oferta da maconha medicinal para a população, mas em como consolidar o direito à saúde de forma universal e equânime (Nishida e Cavedini, 2023). O terceiro encontro “SUS e Cannabis” foi pensado para dialogar acerca dos dispositivos existentes no SUS e que também são aliadas no tratamento de diversas condições, na ideia de não isolar o tratamento com uso maconha, mas vê-la como mais um meio de cuidado. Partiu-se, portanto, a apresentação do próprio SUS para pensar a nossa rede de atenção e cuidado e inclusive como ela se distribui na Paraíba com destaque a 6ª Região de Saúde que é onde está alocada a Cebrapcam.

Outro fator que conferiu grande significado ao encontro foi o fato de ter ocorrido imediatamente após a decisão judicial que autorizou a associação a realizar o plantio, o cultivo e a extração do óleo (documento V desta pesquisa), o que reuniu outros atores da associação como os sócio-fundadores e Apoiadores Institucionais da Secretaria Estadual de Saúde. Juntos, foi possível não apenas comemorar a conquista da associação, mas também vislumbrar alguns futuros sobre como fortalecer o diálogo junto aos gestores municipais de saúde, como estabelecer protocolos para a construção de cuidado compartilhado com os municípios discricionais que podem ser favorecidos pela atuação da Cebrapcam não só enquanto associado com valores próprios, mas como oferta gratuita via SUS. A partir das falas entre o grupo, no diário de campo escrevo *"não sei se devo partir da premissa que a Cebrapcam produz cuidado, as pessoas que já produziam cuidado! o que se faz é ofertar uma tecnologia (leve? leve-dura? relacional!) para potenciar o que já se produzia de saúde, em uma relação dialética”.*

Os quatro encontros subsequentes contaram com a participação de quatro convidados, incluindo profissionais da assistência e professores interessados. O objetivo do Núcleo ao buscar essa diversificação era ampliar os conhecimentos e incorporar as perspectivas de pessoas com diferentes formações para aprimorar o processo educativo oferecido aos associados/as, mantendo sempre o diálogo aberto como elemento central. Observou-se que, ao longo desses encontros, alguns temas e elementos se mostraram recorrentes, tanto nas contribuições dos convidados quanto nas falas dos/as próprios/as associados/as.

A maconha aparece como catalisador de bem-estar e autonomia, uma vez que planta é vista não apenas como medicação, mas como "vida", expressão de coletividade e um meio para alcançar autonomia e aliviar dores, como demonstrado pelo desejo da associada em *"acalmar às dores crônicas”.* Ainda, os relatos dos/as associados/as sobre suas experiências positivas com profissionais/serviços de saúde e a conversa sobre saúde popular destacam a importância

das vivências pessoais e do conhecimento popular, tornando a maconha não só um medicamento, mas um instrumento de mudança de rotinas.

Junto a isso, percebe-se uma crítica à medicalização da vida e à visão individualista da saúde pela contestação ao "poder médico" que não se envolve com os sujeitos e à apropriação da saúde, necessitando que o diálogo do grupo reafirmasse a saúde enquanto condição humana, não linear, e a saúde mental como expressão da coletividade, não da individualização. Essa expressão colocaria em perspectiva inclusive a própria construção de evidência científica questionando o porquê de o medicamento sintético corresponder a essa lógica, mas o óleo produzido pelas associações não.

Olhando em retrospectiva, o Núcleo Amar foi não só importante para o começo dessa pesquisa, mas para entender o propósito da própria associação, uma expressão do que seria a construção coletiva de cuidado. O meio remoto trouxe alguns desafios para os momentos, a falta do olho no olho e da troca de afetos presencial seria um elemento chave também para construção desse acolhimento e dos momentos de educação em saúde. Ainda, a pouca adesão dos associados para os encontros também foi um fator dificultador para a diversidade de diálogos.

A ausência da presencialidade não impede a sensibilidade e a atenção ao outro, especialmente em um grupo menor. A participação online permite acessar o ambiente doméstico das pessoas e captar os sons de fundo, como o choro de uma criança que acorda, os ruídos de atividades na cozinha ou o barulho de uma criança que, agora mais independente, pode estar fazendo bagunça enquanto toma banho sozinha.

> Sim, a gente produz saúde, né? Até porque é muito gratificante quando você vê alguém que usou um produto, seja o óleo, seja a fumada, seja o creme ou qualquer outro produto que a gente usa para produzir.. E que a gente escuta os relatos de que aquela pessoa, aquele filho, aquela filha, aquele avô, aquela avó, aquele tio, aquela tia, enfim, aquele parente tá bem, ou está em processo de melhoramento no coração. Então, é isso que nos gratifica de ver que o trabalho tá fluindo bem e que a gente só tem que continuar. Então, eu acho que esse é o principal retorno que a gente recebe do ponto de vista do cuidado na saúde. – Adarlam

Quando nos deparamos com os relatos, seja desta própria pesquisa, seja de outros trabalhos, torna-se difícil, para não ousar em dizer impossível, não reconhecer que eles evidenciam que o uso da maconha medicinal surte efeitos importantes na saúde das pessoas. E aqui o uso da palavra evidência é uma provocação, uma vez que a corrida por evidências se tornou um dos grandes debates em torno desse assunto.

Em matéria de dezembro de 2025 no jornal O Globo destacou o título: "‘Evidências fracas ou inconclusivas’, revela maior estudo já feito sobre o uso medicinal da cannabis"

(Hoffman, 2025). Este estudo, publicado na *The Journal of the American Medical Association* (JAMA), ressalta que as evidências dos benefícios medicinais da cannabis são frequentemente limitadas ou incertas, indicando um descompasso entre a percepção pública de quem a utiliza e os dados científicos, o que reafirma a necessidade de mais ensaios clínicos robustos para preencher essa lacuna.

Esta nossa pesquisa não se propõe a ter um caráter clínico, tampouco objetiva atestar ou refutar a eficácia da maconha medicinal; consideramos mais próximo do nosso objetivo questionar a razão pela qual as evidências provenientes do uso pelos pacientes e as evidências científicas parecem estar de lados opostos na produção do cuidado em saúde. É importante notar a crescente relevância da Medicina Baseada em Evidência (MBE), que, conforme Castiel e Póvoa (2002), estabeleceu-se a partir da década de 1970 como um novo paradigma assistencial, pedagógico e de saúde. Nesse modelo, existe uma valorização da objetividade, da mensuração e da hierarquização das formas de produção do conhecimento em uma escalada para se atingir o tal "padrão-ouro". Para Castiel e Póvoa (2002), apesar dessa transfiguração voltada ao novo, o MBE não seria um novo paradigma, mas sim um refinamento da racionalidade médica ocidental hegemônica.

É nesse horizonte crítico que se insere a noção de racionalidades médicas, desenvolvida por Madel Therezinha Luz, cuja hipótese central dos primeiros estudos afirmavam a coexistência de múltiplos sistemas médicos complexos, para além da biomedicina (Nascimento et al., 2012). Contrariando o senso comum ocidental que reconhece apenas a biomedicina como legítima, o conceito de racionalidade médica evidencia que diferentes sistemas de cuidado possuem coerência interna própria, sustentada por dimensões teóricas, práticas e simbólicas que orientam a produção do cuidado em saúde.

> E alguns médicos também são ligados, vindo da relação com o movimento social, e outros médicos que têm interesse pelo tema, que chegam até a Cebrapcam e têm experiência, se demonstram interessados, e aí a gente tem essa relação. tem sido uma relação tranquila. Acho que todo mundo está bem conectado com o tema e o propósito da associação, porque a gente tem muito esse cuidado da associação de não... de não... de não enveredar por caminho comercial, de não ter profissional que vá querer enveredar por essa coisa, literalmente, comercial, de fazer a consulta, pelo valor, né? A gente tem essa preocupação. Então, são pessoas que são vinculadas com o propósito do trabalho. – Ana Maria

> Então, o primeiro foi, como é que a gente se apropria do do cultivo. Segundo desafio, como é que a gente se apropria do processo químico de industrialização, de extração do óleo, de conhecer todos os equipamentos, de montar o laboratório, sabe assim? O terceiro desafio seria investimento. De onde vamos buscar dinheiro? E a gente foi fazendo assim a em nosso laboratório. E outro desafio foi no campo, sim. Era no campo mesmo, aí, mais organizativo. Como que a gente organiza coletivos de médicos e médicas? Que se sensibilize a esse processo, no sentido de que retire, que não olhe para esse processo apenas como um processo de viabilizar a sua vida econômica como

> médico e que olhe para esse processo como uma ação política, social, humana, solidária, com a classe trabalhadora. Assim, pensando que você conhece o que é comportamento de médico dentro do processo, na sociedade. Então, assim, isso era ou não, continua sendo um desafio para nós. É como é que a gente sensibiliza essa coletividade desses médicos para receitar as pessoas, para consultar, para ouvir, sabe? Não apenas dar uma receita, que a cannabis não tem essa intenção de ser apenas um medicamento, né? A intenção dela é construir uma relação com a vida da pessoa, que vai fazer o uso do óleo. – Gilmar

Assim, para uma associação comprometida com a mobilização social e com a produção de um cuidado interessado na vida, torna-se central a recusa da ideia de uma medicina de atuação neutra. Tal recusa parte do entendimento de que a prática médica não pode se desvincular dos contextos políticos e sociais nos quais se insere, uma vez que o suposto desinteresse por essas dimensões não configura ausência de posição, mas sim a adesão implícita a outros discursos e racionalidades que ocupam esse lugar. Discursos esses que, ao se apresentarem como técnicos ou objetivos, frequentemente se afastam da relação terapêutica e das experiências concretas de sofrimento, cuidado e produção de sentido vividas pelos sujeitos.

Nesse sentido, embora o modelo da MBE tenha ampliado a capacidade de avaliar a eficácia de intervenções específicas, ela se mantém ancorada em uma racionalidade que privilegia determinados critérios de validação científica, reduzindo a complexidade do cuidado a parâmetros mensuráveis e replicáveis. O que, muitas vezes, não encontra correspondência imediata na produção do cuidado, uma vez que este é mobilizado por dimensões que escapam à razão instrumental.

A busca por escuta, acolhimento e compreensão das vivências diárias, o sentido atribuído ao sofrimento, as respostas para questões práticas do cotidiano e a busca por sustentação simbólica diante das dificuldades, são elementos perpassados por valores morais, crenças, afetos, esperanças e desejos (Tesser, 2012). E, diante dessa complexidade, não há encaixe que resista, afinal, “A saúde seria um pré-requisito para o ‘viver’, que inclui o prazer, a dor, a invenção, a criatividade, os arrebatamentos. E ‘viver’, infelizmente, não é passível de ser baseado em evidências.” (Castiel e Póvoa, 2002, p. 120).

> A grande produção da saúde parte primeiro da escuta, das demandas e desse filtro que a gente consegue fazer de, às vezes, é deixar as pessoas falarem, falarem, falarem, o que nós podemos agora pensar a partir disso e dessa escuta a gente fazer um acompanhamento dos usos do que for, do que o médico vai fazer a leitura de que é o melhor óleo para adaptação, mas principalmente o período da adaptação é um período muito difícil Porque tu não sabe quantas gotas vão te dar sono, tu não sabe em que momento que tá fazendo efeito. Tu vai fazendo uma mudança gradual e com muita paciência sobre o processo. Então, isso requer que a gente também tenha paciência e que não desanime os pacientes com isso. Só que a produção do óleo, ela nunca pode ser isolada. Então, por exemplo, eu já tive situações de que a paciente estava com crise de ansiedade e o óleo sozinho não ajudava e a partir da escuta a gente viu que a alimentação era apenas industrializados, ela não tinha perspectiva de fazer terapia ou de buscar um apoio psicológico, ela não fazia exercícios físicos. Então, a condição de

> qualidade de vida, ela precisa estar alinhada à produção, ao cuidado com óleo, porque o óleo não pode, ele não deve e não pode ser tratado só como medicamento que tu vai tomar de hora em hora ou de oito em oito horas. Então, inclusive, essa é uma das orientações básicas que a gente dá quando a pessoa vai começar o óleo. Olha, então, a partir de agora a gente vai tomar, você vai tomar por turnos, a gente não bota horários específicos, você vai tomar por turnos, após o seu café da manhã, que seja um café da manhã variado. estimula que faça exercício físico, que tenha um planejamento da sua **produção de vida alinhada com uma produção de saúde**. – Larissa

Ressaltamos que essa defesa não extingue a produção de evidências no cotidiano, tampouco está se buscando uma nova nomenclatura fora do campo considerado científico. As próprias associações de pacientes, famílias, ativistas antiproibicionistas e movimentos sociais assumem um ativismo terapêutico baseado em evidência no qual a construção conjunta de conhecimento assume um papel crucial na dinâmica de mobilização, inclusive para organização de evidências para embasar as reivindicações nos âmbitos político, jurídico e moral (Barbosa, 2022). O que se busca é o tensionamento deste debate, ampliando e situando suas fronteiras de entendimento.

> Sim, a gente tem gestores do SUS, inclusive o nosso presidente, que é o Dantas, e ele é médico do SUS, do município de Caicó, no Rio Grande do Norte, mas também chega por meio das parcerias, né, a própria UFPB, através do professor Luciano, e outros grupos que também, outros médicos, outras médicas, né, que também fazem contato com a gente. A gente acabou de receber uma demanda da SEDH, que é a Secretaria de Estado e Desenvolvimento Humano, pautando que o óleo fosse entregue para os imigrantes, principalmente os venezuelanos e bolivianos que estão aqui no Brasil, na Paraíba, e também no sistema prisional, que formalizasse, motivando a gente a formalizar uma parceria com a SEDH, para fazer a distribuição do óleo. E um outro aspecto que vocês têm recebido também, via SUS, foi da Prefeitura do município de Quixaba, que também está localizada ali na região metropolitana de Patos, e quer também distribuir o óleo em si por meio do SUS. Então, esses são passos que começam a se delinear, a se construir, e é importante, principalmente nesse processo de é como você colocou, que não tem uma regulamentação nacional ainda. Esses passos que a gente está dando no município é fundamental para pressionar o Congresso Nacional e fazer uma regulamentação que funcione. – Adarlam

Neste capítulo, a proposta de discutir território e tecnologias de cuidado não se orienta pela intenção de enumerar ações, práticas ou iniciativas realizadas. Ao contrário, parte-se do entendimento de que tais categorias funcionam como ferramentas analíticas para compreender os modos de produção do cuidado, as relações que se estabelecem nos encontros e os sentidos atribuídos às práticas em saúde da Cebrapcam. Assim, o foco recai menos sobre o levantamento de atividades e mais sobre os processos, disputas e agenciamentos que atravessam a construção de cuidado em saúde

Aqui, tomo emprestada a expressão “evidência política” que, apesar de ter sido corrigida por Ana durante sua fala que abre esta seção, parece expressar de forma adequada o movimento de atuação das famílias, associações e movimentos sociais diante da maconha medicinal. Tomando como inspiração as discussões de Haraway (1995) sobre o saber situado para uma

objetividade epistemológica e de Negri (2002) acerca da resistência como força constitutiva da realidade social, fazemos esse balanço entre a evidência política e a evidência científica.

Se a evidência científica é um conjunto de conhecimentos produzidos por pesquisas realizadas de forma sistemática e metodologicamente rigorosa, obtidas por meio de métodos científicos como experimentos, estudos observacionais, revisões sistemáticas e ensaios clínicos. A evidência política pode ser compreendida como a produção de conhecimento que emerge das experiências situadas e das lutas coletivas que tornam visíveis determinadas necessidades sociais. Nesse sentido, ela não apenas antecede a evidência científica, mas também orienta a produção de evidências científicas, ao inscrever na realidade social os problemas que posteriormente poderão ser objeto de investigação. Entendendo que essa investigação não precisa ser sob as ordens da ciência tradicional, mas também pode inaugurar outras práxis de produção de conhecimento.

Nessa perspectiva, dialoga-se também com Dias (1991), ao reconhecer que o saber científico enquanto conhecimento estruturado externamente também se encontra presente no interior do saber popular desde sua origem, sendo incorporado, reelaborado e recriado pelas classes populares em suas experiências concretas. Desloca-se, então, o cenário: enquanto essas evidências científicas são construídas a partir de conjuntos de dados alfanuméricos, nos laboratórios, nos protocolos e seus testes duplo ou triplo cegos; a evidência política é achada na rua, nos encontros, no cotidiano de vida das pessoas. Afinal, antes de serem organizadas em tabelas ou convertidas em variáveis, as informações já estavam ali, inscritas nas condições concretas do dia a dia, que continuam sendo o espaço fundamental de reconhecimento das necessidades. Ou seja, apesar dos grandes números de participantes que uma produção de evidência científica exija, a aproximação com o conceito de coletivo não acontece necessariamente nela.

Por essa razão, e em consonância com Feuerwerker (2016), entendemos que, quando essas expressões coletivas (famílias, associações, movimentos sociais) se inserem no debate da saúde, elas não podem ser massificadas e traduzidas em uma única expressão, comumente denominada no SUS como “usuário”. Torna-se fundamental, portanto, reconhecer os diferentes lugares de luta e de expressão de necessidades de saúde específicas e não transfigurar as expressões em um usuário que, muitas vezes, é entendido de modo apático em relação a si mesmo e às suas próprias reivindicações. Desse modo, compreender os diferentes territórios como espaços de produção de evidências políticas permite reconhecer, mais uma vez, que as tecnologias de cuidado não se restringem às inovações técnico-científicas, mas também se constituem no laço da vida social.

5.3 CAPÍTULO III – AFINAL, QUAIS OS SENTIDOS DO CUIDADO COMO REDES DE SOLIDARIEDADE ATIVA E COLETIVIDADE?

> Como que a gente constrói uma entidade de cannabis, uma organização de cannabis, que não seja pautada na individualidade? que ela não seja concentrada na mão de uma pessoa e que, de fato, ela seja um processo coletivo na busca do cuidado coletivo, construída coletivamente para cuidar da coletividade. Então, isso era uma preocupação nossa e desafio, que a gente não reproduzisse outras entidades de cannabis que uma pessoa é o ápice do negócio, tem um dono. A gente não quer isso. A gente quer construir uma entidade que, de fato, tenha pessoas que cuide, mas que ela seja um patrimônio coletivo. Coletivo, daqueles e daquelas que precisam, e dos que não precisam também. – Gilmar

Para esta pesquisa, os objetivos inicialmente formulados foram refinados ao longo do processo, especialmente após a análise documental e a realização das entrevistas, quando o contato com o material empírico permitiu um avanço teórico-analitico. Esse movimento não alterou o escopo central da pesquisa nem os procedimentos éticos apresentados, mas aprofundou a compreensão sobre os agenciamentos da Cebrapcam e as formas de produção de cuidado em saúde, resultando em uma formulação mais consistente com os achados do campo.

Voltando a síntese objetiva "analisar como a associação canábica Cebrapcam agencia o cuidado em saúde a partir de uma disputa de concepção de saúde mediante a oferta da maconha medicinal." O "como" no início da frase denuncia a pergunta que estava por vir, então, primeiro ponto: Sim, a Cebrapcam opera agenciamentos. Mas isso não é um privilégio da associação, afinal agenciamentos são fluxos contínuos que sempre hão de pintar por aí. Porém, na pesquisa nos referimos, sobretudo, a agenciamentos coletivos específicos que se coproduzem a partir das relações anteriores, atuais e futuras.

Como já falado, agenciamento não é uma palavra apenas retirada do vocabulário de sinônimo. A trajetória de vida e trabalho das pessoas entrevistadas para esta pesquisa denota não apenas antecedentes biográficos, mas forças ativas que entram em composição com a Cebrapcam, produzindo modos singulares que organizam o cuidado e a luta coletiva. Por isso, essas histórias aparecem como componentes de um agenciamento coletivo e não como atributos individuais isolados, ao qual se assenta os sentidos do cuidado como rede de solidariedade ativa e coletividade.

Além de que, as experiências junto aos movimentos do campo constituem um repertório micropolítico importante, que versam sobre a produção coletiva, relação com a terra, solidariedade ativa, saber popular, luta por direitos que vai atravessar o trabalho na associação. Estes elementos anteriores entram em movimento e agenciam novos componentes como a própria maconha medicinal, os saberes técnico-científicos, marcos e documentos legais, as

normas institucionais. Esses diferentes fluxos não se interrompem, mas se desterritorializam e se reterritorializam em outro arranjo, dando origem a novos agenciamentos. Nesse sentido, a solidariedade aqui é ativa, pois indica, como expressa Brito (2022), um movimento que se constrói a partir da responsabilidade coletiva, e não apenas da oferta individual de soluções.

A associação canábica torna-se, então, um território onde se atualizam práticas aprendidas em experiências anteriores: decisões coletivas, desconfiança em relação às instituições tradicionais, centralidade do cuidado com a vida, valorização do saber da experiência e construção do comum. O que se produz, portanto, não é apenas a ideia de uma associação que oferta um produto, mas uma busca por um modo singular de produzir cuidado. Este movimento se expressa, por exemplo, no acolhimento singular para pessoas vinculadas aos militantes e movimentos do campo, no qual são chamados com frequência de "nosso povo" "nossa gente", e representam uma reafirmação da identidade não apenas de pessoas, mas de sujeitos-coletivos que compartilham vivências que atravessam seus corpos, na qual o medicamento à base de maconha não torna-se um indutor de letargias, mas sim um promotor de outras possibilidades de vida e movimento.

Nesse sentido, o acolhimento ganha especial relevância, à medida que ele também atua como um dispositivo de análise sócio-sanitária. É nesse encontro que se tornam visíveis as condições concretas de vida dos sujeitos, permitindo identificar aqueles que não possuem meios de arcar com os custos de consultas ou com a aquisição dos medicamentos. A partir dessa leitura situada das necessidades, a associação maneja estratégias para garantir, por exemplo, acesso à gratuidade integral ou parcial, tanto nas consultas quanto no fornecimento dos produtos que ela própria produz.

Essas estratégias não são isoladas, mas sim fruto da relação da associação com o MST que possibilita a constituição de uma rede ampliada de profissionais que atendem, de forma gratuita ou a preços reduzidos, pessoas encaminhadas pela Cebrapcam. Essa articulação não apenas viabiliza o acesso ao cuidado, mas materializa, na prática, os princípios de solidariedade ativa e corresponsabilidade anteriormente destacados, configurando uma rede que opera para além dos limites institucionais do SUS. Trata-se de um arranjo sustentado por meio da disponibilidade técnica e de compromissos ético-políticos compartilhados.

Esse cenário também é, em parte, impulsionado pela presença de médicas e médicos formados em Cuba, como é o caso do médico fundador da Cebrapcam, Dr. Eulampio Dantas, muitos dos quais, ao retornarem ao Brasil, assumem o compromisso de atuar junto ao movimento. Essa experiência formativa, marcada por uma orientação ético-política, produz sujeitos médicos orientados para a ética do cuidado coletivo, conforme discutem Gomes, Merhy

e Ferla (2018). Para os autores, esse processo ajuda a explicar por que médicos formados em Cuba tendem a integrar redes de atendimento popular, incorporando a solidariedade ativa e sustentando compromissos ético-políticos na atuação coletiva.

Destacamos também que o MST desempenha um papel central na articulação de iniciativas no campo da saúde, sendo um dos promotores da Rede de Nacional de Médicas e Médicos Populares (RNMP). Essa atuação fortalece espaços coletivos de prática e reflexão, nos quais o cuidado é compreendido não apenas como intervenção técnica, mas como ação política e compromisso social. Por isso, pode-se dizer que o movimento também atua como catalisador de sujeitos interessados em práticas solidárias, mesmo para aqueles que não possuem vínculo orgânico com o MST ou com outras entidades acabam se aproximando dessas iniciativas, mobilizados por valores compartilhados – como é o caso desta pesquisadora que escreve este trabalho. Assim, amplia-se a rede de apoio, sustentando práticas de cuidado que respondem às necessidades concretas e reafirmam o caráter coletivo e relacional da produção da saúde.

Esta mobilização impulsionou a construção do Núcleo Amar, que também aparece como uma aposta no acolhimento coletivo através não apenas de recomendações, mas de uma educação voltada a uma consciência política dos sentidos e significados que estão envolvidos nesta aposta de cuidado em saúde. Portanto, há ainda um cuidado direcionado a quem cuida, reconhecendo que o trabalho em contextos marcados por disputas legais, estigmatização e sofrimento exige espaços de sustentação coletiva. O cuidado entre os próprios trabalhadores/as aparece como elemento estruturante para a continuidade das práticas. Evidenciando que, para além do que foi proposto na pergunta de pesquisa, o cuidado ultrapassa aqueles que necessitam do medicamento à base de maconha.

Outro ponto de interesse são as parcerias institucionais, que por sua vez, ampliam o alcance dessas ações ao articular a associação com outros setores, como saúde, assistência social e universidade, possibilitando maior sustentabilidade, legitimidade e circulação de saberes. Estes elementos podem até responder de forma mais sucinta a pergunta de interesse “como esses agenciamentos produzem cuidado em saúde”, mas mostram algo a mais, pois, diferente do que estava no início, não é apenas para as pessoas que necessitam do medicamento à base de maconha que este cuidado está direcionado.

A intenção aqui não é retomar o debate sobre o cuidado na família que transcende o indivíduo usuário do medicamento, afinal, é preciso pensar naqueles e naquelas que precisam, e dos que não precisam também, mas sim compreender como a conjuntura do debate apresentada tensiona e reacende discussões já existentes e muitas vezes intensamente disputadas que, não raro, acabam sendo apagadas diante das burocracias institucionais. Nesse

sentido, o debate sobre a maconha medicinal pode ser compreendido como uma das grandes expectativas da última década, especialmente no contexto brasileiro.

No entanto, os argumentos sociais que sustentam sua defesa não emergem de forma isolada ou recente, eles se ancoram em histórias, lutas e reivindicações que precedem esse debate específico e que estão no cerne da discussão da saúde enquanto direito, resgatando elementos que remete aos princípios e às lutas da Reforma Sanitária brasileira, que afirmaram a saúde como um direito social e dever do Estado, produzida nas relações sociais, nas condições de vida e no acesso equitativo às políticas públicas. Nesse marco, o cuidado não pode ser reduzido à centralidade da medicina ou à prescrição de fármacos, uma vez que a medicalização da vida opera frequentemente como estratégia de normalização dos corpos e de silenciamento das determinações sociais do adoecimento.

Além disso, assim como a Reforma Sanitária brasileira ampliou o conceito de saúde ao compreendê-la como produto das condições sociais de existência, a Reforma Agrária amplia o entendimento da terra, reconhecendo-a como fundamento material para a reprodução da vida e para a efetivação de direitos. É nesse ponto de convergência que se insere a experiência estudada, ao articular direito à saúde e direito à terra como dimensões inseparáveis de um mesmo projeto político de cuidado.

Portanto, o debate sobre a maconha medicinal, ao mesmo tempo em que dialoga com o campo biomédico, tenciona seus limites ao evidenciar que o cuidado em saúde o ultrapassa e convoca outros saberes, práticas e formas de organização coletiva. Trata-se, portanto, de um debate que recoloca em cena disputas históricas da saúde coletiva, ao questionar a hegemonia médico-centrada e ao reafirmar a saúde como produção social, atravessada por direitos, políticas públicas e experiências subjetivas de vida.

Da mesma maneira os argumentos de quem a condenam também não surgem agora, mas são frutos de moralidades estendidas marcadas por processos de preconceito, criminalização e punição social, que incidem de forma desigual sobre determinados corpos, territórios e modos de vida. Essas racionalidades punitivas e moralizantes operam como forças que tensionam, limitam ou mesmo interditam a possibilidade de reconhecer o cuidado em saúde para além dos marcos estritamente biomédicos e legais. Nesse sentido, o embate em torno da maconha medicinal revela um conflito mais amplo entre projetos de sociedade, concepções de saúde e regimes de verdade.

Portanto, construir na coletividade talvez signifique, antes de tudo, abrir espaços. Espaços nos quais circulem ideias, experiências e necessidades específicas que, muitas vezes, permanecem invisibilizadas ou negligenciadas nos arranjos institucionais mais formais. Nesse

sentido, a construção coletiva implica criar condições para que diferentes vozes, trajetórias e experiências possam se expressar e, a partir desse encontro, produzir leituras compartilhadas da realidade. Talvez construir na coletividade signifique justamente sustentar esse espaço aberto, no qual novas interpretações sobre os problemas vividos possam emergir e, com elas, novas possibilidades de luta e de organização.

5.4 CAPÍTULO IV – MACONHA MEDICINAL: COMO COEXISTIR NA DISPUTA ENTRE DIFERENTES PROJETOS DE SAÚDE?[10]

Na introdução, salientamos que este trabalho foi reestruturado a partir dos encontros com os atuantes da pesquisa, de modo que suas vozes não estão confinadas aos resultados, mas ressoam em toda a discussão. Pois bem, na reescrita resultante desses encontros, surgiram argumentos que expressam que há projetos distintos em torno da maconha medicinal que criam um campo de disputas que envolvem a formulação e a implementação das políticas das políticas.

É inegável a existência de um projeto impulsionado pelos usuários/as e pacientes que utilizam produtos à base de maconha, diretamente vinculado às necessidades concretas de cuidado em saúde vivenciadas por eles e por suas famílias. Esse projeto emerge da experiência cotidiana do adoecimento e se estrutura a partir da busca pela diminuição de sintomas, pela mitigação dos efeitos colaterais de tratamentos convencionais e pela ampliação das possibilidades de sobrevivência, especialmente em contextos de condições crônicas, raras ou de difícil manejo terapêutico.

Para além da dimensão clínica, o uso da maconha medicinal se relaciona à melhoria da qualidade de vida no cotidiano e no trabalho, à retomada ou ampliação das atividades de lazer, à permanência na escola e ao fortalecimento dos processos de socialização. Tudo isso, ainda é fortemente atravessado pela reivindicação do acesso à maconha medicinal de forma regular, segura e não criminalizada, bem como pela redução dos custos associados ao tratamento. Trata-se, portanto, de um projeto que compreende o cuidado em saúde a partir de uma experiência que inicialmente pode ser individual, mas que necessariamente extrapola para o coletivo, ao envolver famílias e diferentes redes de apoio.

[10] A inspiração para este capítulo surge a partir dos diálogos da banca de qualificação deste trabalho realizada no dia 31 de outubro de forma virtual e contou com a presença de Túlio Batista Franco e Francini Lube Guizardi enquanto membros titulares. Agradeço as pontuações e inspirações que floresceram neste dia.

De modo indissociável do projeto dos usuários/pacientes, o projeto das associações se constrói na intersecção entre cuidado, ativismo e organização coletiva. Conforme evidenciado ao longo deste trabalho, as associações operam como mediadoras entre as necessidades concretas de cuidado e o Estado, produzindo formas alternativas de acesso diante da insuficiência ou ausência de políticas públicas. Ao fazê-lo, tensionam o debate no campo dos direitos, da participação social e do reconhecimento político, deslocando a maconha medicinal do lugar de exceção para o campo da construção de direitos e, portanto, da cidadania.

Além disso, as associações produzem saberes, promovem educação em saúde, fortalecem redes de apoio e reivindicam reconhecimento institucional. Nessa lógica, esse projeto tensiona a racionalidade mercantil e a centralidade médico-científica ao fomentar práticas de cuidado mais próximas dos conceitos de solidariedade ativa, na autogestão e na participação social, elementos que neste trabalho relacionamos às lutas da Reforma Sanitária e à construção do SUS.

Por outro lado, o projeto das indústrias farmacêuticas em torno da maconha medicinal se estrutura fundamentalmente a partir da incorporação da maconha como insumo terapêutico passível de padronização, regulamentação e inserção no mercado formal de medicamentos, com tendência a subordinar o acesso ao cuidado às dinâmicas do mercado, como a lógica do patenteamento e da propriedade intelectual. Como resultado e de forma contraditória, apesar de ampliar em larga escala a distribuição, ao mesmo tempo pode reduzir o cuidado à oferta de um produto terapêutico padronizado, descolando-o das dinâmicas relacionais, territoriais e cotidianas nas quais o cuidado efetivamente se produz. Nesse sentido, torna-se insuficiente para atingir a dimensão do cuidado aqui trabalhado, que envolve, dentre outras coisas, o acompanhamento contínuo, o manejo cotidiano dos efeitos, o suporte familiar, a construção de vínculos e a produção de autonomia.

Além disso, o projeto das indústrias farmacêuticas tende a invisibilizar ou deslegitimar formas comunitárias, artesanais ou associativas de produção e uso da maconha medicinal, ao posicioná-las como não seguras, não científicas ou ilegais. Tal questão apresenta confluência com o projeto da medicina científica que se fundamenta na discussão da produção de evidências científicas, na validação por meio de ensaios clínicos, na definição de diagnósticos e na prescrição médica como condição para o reconhecimento do tratamento como legítimo. Assim, a maconha medicinal passa a ser aceita à medida que se conforma aos parâmetros da medicina científica, aos protocolos clínicos e às normativas regulatórias vigentes.

E isto não é necessariamente ruim, uma vez que esses elementos desempenham um papel fundamental na produção de conhecimento, na segurança terapêutica e na ampliação do

reconhecimento institucional da maconha medicinal, porém pode também reforçar a jurisdição da medicina sob a planta. Ainda, ao definir quem pode prescrever, em quais condições e para quais diagnósticos, o projeto médico-científico pode operar como um dispositivo de controle e regulação do acesso, produzindo inclusões e exclusões no campo do cuidado.

Nessa lógica, saberes produzidos fora do escopo científico-institucional, como aqueles construídos no cotidiano do uso, nas associações, comunidades ou nas redes familiares, tendem a ser deslegitimados ou tragados a uma lógica de mercado, como as *techs* que oferecem atendimentos médicos online, rápidos e de baixo custo para aqueles que buscam tratamento a partir da maconha medicinal.

Então, seria esta a hora de escolher um projeto? É evidente neste trabalho que nos aproximamos de um debate crítico-social em torno dessa disputa. No entanto, é importante destacar que o objetivo desta análise não é escolher ou hierarquizar um projeto em detrimento de outro, uma vez que tais projetos não atuam de forma isolada ou linear. Ao contrário, eles operam como forças que se cruzam, se sobrepõem e se tensionam mutuamente, compondo um emaranhado de interesses, racionalidades e estratégias de atuação. O foco, portanto, está em demonstrar que diferentes interesses circulam no debate sobre a maconha medicinal e delimitam os contornos possíveis dos projetos de regulamentação, influenciando os critérios de acesso, os modelos de controle e as formas de legitimação que vêm sendo construídas.

Essa complexidade se manifesta, por exemplo, em movimentos políticos que, à primeira vista, poderiam parecer contraditórios. Como exemplo, em março de 2026, a matéria de Anita Krepp no Poder360 revelou que a nova Frente Parlamentar da Cannabis no Congresso Nacional é composta majoritariamente por parlamentares do Centrão e da direita (Krepp, 2026). A princípio, essa composição pode soar paradoxal, considerando as moralidades conservadoras que historicamente contornam a temática da maconha no Brasil.

Contudo, se o debate em curso se desloca progressivamente para o eixo do mercado, esses contornos parecem que se tornam mais permeáveis a uma variedade de interesses. O que se observa, então, não é uma contradição, mas a evidência de que diferentes projetos de regulamentação coexistem e disputam hegemonia, e que a pauta medicinal, ao ganhar legitimidade social, passa a ser também apropriada por forças políticas cujo alinhamento ideológico não seria, em outros contextos, associado à agenda. Mas, nesse caso, a agenda é a cannabis, não a maconha.

Essa matéria vem após os debates de janeiro de 2026, no qual a Anvisa apresentou e aprovou, durante a 1ª Reunião Pública da Diretoria Colegiada, a regulamentação de todas as etapas da produção de cannabis para fins medicinais no Brasil, por meio da publicação de quatro

RDCs, nas quais destacamos três. A primeira delas, a RDC nº 1.012/2026, dispõe sobre os requisitos para o cultivo da espécie vegetal *Cannabis sativa* L. destinada exclusivamente a fins de pesquisa. A norma abrange as Instituições Científicas, Tecnológicas e de Inovação (ICT) públicas, as instituições de ensino superior ou técnico reconhecidas pelo Ministério da Educação (MEC), bem como órgãos ou instituições de defesa do Estado ou de repressão a drogas, além de estabelecimentos detentores de Autorização Especial (AE) para a atividade de fabricação de insumos farmacêuticos ou medicamentos.

A RDC estabelece as especificações para a concessão de AE às instituições de ensino e pesquisa, contemplando o plantio, a cultura, a colheita, a manipulação, a transferência, a doação, a importação, a exportação, o armazenamento e o processamento da espécie vegetal, até o desenvolvimento de produtos, incluindo a realização de pesquisas com os coprodutos obtidos. Entre seus dispositivos, destaca-se a determinação de que produtos destinados à pesquisa com teor de THC superior a 0,3% não poderão ser obtidos por meio de cultivo nacional, devendo necessariamente ser importados mediante autorização prévia, em conformidade com as exigências e convenções internacionais da ONU (Anvisa, 2026).

Já a RDC nº 1.013/2026 dispõe especificamente sobre os requisitos para o cultivo da espécie vegetal *Cannabis sativa* L. com teor de THC menor ou igual a 0,3%, destinado exclusivamente a fins medicinais e/ou farmacêuticos (Anvisa, 2026). A normativa prevê a emissão de AE restrita a pessoas jurídicas, condicionada à inspeção sanitária prévia e à adoção de mecanismos de rastreabilidade, controle e segurança. A produção autorizada, portanto, limita-se a variedades com teor de THC de até 0,3%, classificadas como não psicotrópicas, delimitando os contornos técnicos e institucionais do cultivo permitido no país.

Até aqui, não obstante o importante avanço de propor regulamentações que faziam falta no nosso país, em ambas as RDCs percebem-se uma excessiva preocupação com o THC, o que reflete uma lógica de desconfiança que não se aplica com a mesma intensidade a outros fármacos de uso comum, que também podem alterar estados de consciência ou causar dependência. O efeito "psicoativo" é, assim, tratado como um marcador de risco em si, descontextualizado de sua dose, finalidade terapêutica ou uso supervisionado. Essa abordagem serve como justificativa técnica para intensificar mecanismos de controle. Essa interpretação não é neutra e não emerge puramente do campo científico (Vargas, 2026); ela é, na verdade, uma construção social que historicamente associou a substância a grupos marginalizados, vistos sob a ótica da desordem, do perigo e da indolência.

A RDC nº 1.014/2026, a de maior discussão para este trabalho, institui um Ambiente Regulatório Experimental chamado de “sandbox regulatório” voltado especificamente para “as

associações de pacientes sem fins lucrativos, visando a criação de um arranjo excepcional e temporário para a testagem controlada de atividades relacionadas à *Cannabis* para fins medicinais" (Anvisa, 2026, p.01). O chamado "sandbox regulatório" pode ser compreendido a partir da metáfora da "caixa (box) de areia (sand)": um espaço delimitado, vigiado e provisório, no qual determinadas práticas são autorizadas a ocorrer sob regras próprias, sem que isso implique necessariamente sua liberação ampla no ordenamento regulatório. Essa ferramenta está prevista no Marco Legal das *Startups* e do Empreendedorismo Inovador por meio da Lei Complementar nº 182/2021 para que aquelas inovações que enfrentam barreiras normativas possam ser avaliadas (Anvisa, 2025)

Diferentemente da primeira RDC, essa resolução não autoriza a comercialização, delimitando a atuação das associações à produção e operação em pequena escala justamente para produzir dados e evidências empíricas sobre a viabilidade sanitária, a qualidade e a segurança dos processos desenvolvidos por essas organizações, subsidiando futuras decisões regulatórias da Agência. Para tanto, a norma prevê a realização de chamamentos públicos com número limitado de projetos por ciclo, definidos a partir de critérios técnicos e sanitários, bem como limites de produção e de pacientes atendidos. Assim como nas demais RDCs, o *sandbox* regulatório impõe a elaboração de planos de monitoramento, com indicadores previamente definidos, exigências de controle de qualidade e mecanismos de rastreabilidade dos insumos e produtos até a dispensação aos pacientes, reforçando o caráter experimental, avaliativo e não comercial dessa modalidade regulatória. Em contraste com as outras RDCs, esta entrou em vigor a partir da data de sua publicação.

Por isso, e, no caso das associações, o *sandbox* não representa um reconhecimento definitivo ou um modelo acabado, mas um dispositivo transitório de experimentação regulatória, voltado à construção de evidências para subsidiar decisões futuras. Ou seja, residem algumas inseguranças que ainda não estão expressas neste documento. Destacam-se, por exemplo: as exigências relacionadas à adoção de protocolos rigorosos de controle de qualidade, rastreabilidade, segurança, monitoramento e padronização produtiva exige infraestruturas e competências que não são todas as associações que dispõem, especialmente aquelas cuja atuação se constituiu a partir de arranjos mais recentes ou comunitários.

Desse modo, poderíamos nos perguntar se esse desenho proposto pode favorecer associações que já operam segundo uma lógica próxima à industrial, com capacidade instalada, padronização de processos, linguagem técnico-sanitária e adequação prévia às exigências de rastreabilidade, controle e monitoramento. Inspirados por essa discussão, salientamos que esse caminho não diz respeito a algumas associações serem maiores, mais antigas ou mais

organizadas que outras, mas sim diz respeito sobre o tipo de racionalidade a partir da qual estruturam suas práticas.

Associações que atuam sob outras perspectivas mais comunitárias, relacionais ou baseadas em arranjos cooperativos de cuidado e produção, encontram maior dificuldade de enquadramento, não por ausência de legitimidade, mas porque seus modos de operar não foram tomados como referência no desenho do instrumento regulatório. Dessa forma, poderíamos pensar que pode haver decisões políticas inscritas na própria regulamentação, que definem quais formas de produzir, controlar e validar o cuidado são reconhecidas como testáveis e quais permanecem à margem. O *sandbox*, ao se apresentar como espaço neutro de experimentação, acaba por hierarquizar práticas, privilegiando aquelas que se aproximam de um modelo específico e relegando outras formas associativas a um lugar de difícil tradução normativa. O debate, portanto, não é sobre escala ou tempo de existência, mas sobre quais projetos são executáveis e quais seguem escapando ao campo regulatório.

E, de modo até contraditório, o que escapa a esse modelo regulatório é justamente aquilo que deu origem às associações canábicas. Antes da norma, da autorização especial, do *sandbox* e dos critérios sanitários, havia demandas concretas que não encontravam resposta nas políticas existentes e que floresceram na urgência do cotidiano, na improvisação orientada, na construção coletiva de soluções e a circulação de saberes fora dos circuitos formais para tentar aplacar o sofrimento persistente, a ausência de alternativas terapêuticas disponíveis, as barreiras de acesso, os custos elevados, sempre no risco iminente da criminalização. As associações emergem exatamente nesse vazio, como desvio, como instituinte e como resposta prática à ausência do Estado e do mercado de absorver, em seu tempo e em sua forma, as necessidades de vida e, portanto, de saúde.

Não será agora, portanto, que se produzirá uma resposta definitiva sobre qual caminho deverá ser seguido pelas instituições competentes no tratamento da maconha medicinal com relação às associações. Este trabalho, por limites temporais, não conseguirá acompanhar os desdobramentos desse processo, mas se posiciona na defesa da consolidação daquilo que compreendemos como direito à saúde a partir de uma perspectiva popular, justa e socialmente situada. Nesse sentido, sustenta-se a necessidade de que a maconha medicinal não exista apenas como objeto normativo ou dispositivo institucional, mas que continue vinculada aos saberes, práticas e tradições dos povos que historicamente a produziram, utilizaram e preservaram, mesmo diante das tentativas históricas e recorrentes de captura.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o processo de escrita deste trabalho, foi possível percorrer diferentes ideias, muitas delas não previstas no momento inicial da pesquisa. Um ponto central que merece destaque é a opção por trabalhar com conceitos, e não apenas com palavras isoladas. Essa escolha permitiu compreender que os termos como associação, cuidado, saúde e direito não possuem sentidos fixos ou universais, mas são produzidos em contextos históricos, sociais e políticos específicos, abrindo espaço para diferentes interpretações, questionamentos e disputas. Assim, o trabalho buscou não apenas nomear palavras, mas tensionar seus sentidos e significados.

Nesse percurso, tornou-se evidente que as associações não constituem um bloco homogêneo, assim como a saúde não pode ser compreendida como um conceito acabado. Para além das diferenças organizacionais relacionadas ao tempo de atuação, ao número de trabalhadores/as ou à existência de autorizações judiciais, essas organizações são compostas por sujeitos diversos, atravessados por temporalidades, motivações e experiências distintas. Ao compreender a associação como conceito, foi possível evidenciar que também sua própria definição é objeto de disputas, as quais interferem diretamente nas formas de reconhecimento, regulação e inserção dessas organizações no campo socioinstitucional.

Especificamente para a associação estudada, a pesquisa demonstrou que a constituição da Cebrapcam está vinculada às trajetórias de sujeitos comprometidos com a luta pelo direito à saúde, mas também à defesa da terra enquanto condição material de produção da vida, do cultivo e da autonomia coletiva. Nesse sentido, saúde e terra aparecem articuladas na conformação da associação, aproximando o debate da maconha medicinal de processos históricos dos movimentos sociais e da luta por direitos.

Ainda, a pesquisa permitiu analisar sua constituição jurídico-política e as disputas relacionadas à produção e distribuição dos medicamentos, cenário que não difere daquele vivenciado por outras associações que operam sob a instabilidade de decisões judiciais provisórias, e não a partir de um reconhecimento sanitário consolidado. Nesse contexto, evidenciou-se que essa sustentação institucional depende também da construção de redes de solidariedade ativa, nas quais usuários, trabalhadores, familiares e militantes compartilham saberes, experiências, responsabilidades e disputas políticas. O cuidado produzido, portanto, extrapola a dimensão técnico-assistencial, constituindo práticas coletivas que fortalecem vínculos, pertencimentos e formas de apoio mútuo.

Também enquanto contribuição, a pesquisa evidenciou a existência de projetos orientados pela centralidade do mercado, pela medicalização e pela institucionalização restrita do acesso; de outro, projetos que reivindicam a saúde como direito, a participação social, a produção coletiva do cuidado e o fortalecimento das associações como atores legítimos na construção de políticas públicas. Nesse cenário, a pesquisa evidencia que o debate sobre a maconha medicinal é também um debate sobre quais formas de produzir saúde pretende-se reconhecer e incorporar.

Considera-se, portanto, que este trabalho cumpre seu papel enquanto pesquisa exploratória ao analisar um fenômeno relativamente recente a partir de uma perspectiva também recente no campo da saúde coletiva, trazendo novos elementos e ampliando o espaço de possibilidades para novas investigações, tensionamentos e perguntas futuras. Mais do que oferecer respostas definitivas, a pesquisa buscou ampliar o campo de problematização, reconhecendo que os debates em torno da maconha medicinal, das associações, da regulamentação e do cuidado em saúde permanecem abertos, em constante transformação e atravessados por disputas que extrapolam os limites institucionais da saúde.

Nesse percurso, reafirmou-se que a saúde não se reduz à ausência de doença ou à oferta de serviços, mas envolve processos históricos, sociais e políticos que remetem à construção da cidadania e à garantia de direitos. Ao resgatar elementos constitutivos da saúde coletiva, como os movimentos sociais, a noção de direito à saúde e a participação social, este trabalho buscou recolocar a saúde em sua densidade política, evidenciando que as disputas em torno da maconha medicinal também são disputas sobre diferentes projetos de sociedade, de cuidado e de produção da saúde.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. Z. de. **Plantas medicinais**. 3. ed. Salvador: EDUFBA, 2011.

AMOROZ5O, B. Cannabis medicinal: governo pede ao STJ mais seis meses para publicar regras. Disponível em: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2025/10/01/agu-pede-mais-prazo-para-governo-regulamentar-cannabis-medicinal-pacientes-relatam-angustia-e-incerteza.ghtml>. Acesso em: 1 out. 2025.

ASENSI, F. D. Judicialização talvez possa salvar o SUS. In: PINHEIRO, R.; MÜLLER NETO, J. S.; TICIANEL, F. A.; SPINELLI, M. A. dos S. (Orgs.). **Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS-UERJ: ABRASCO, 2013. p. 55-64.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002.

BRASIL. **Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad. Diário Oficial da União: Brasília, DF, p. 1-23, 23 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n° 14, de 31 de março de 2010**, dispõe sobre Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos. Diário Oficial da União, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n° 335, de 24 de janeiro de 2020**. Define os critérios e os procedimentos para a importação de Produto derivado de Cannabis, por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, para tratamento de saúde. Diário Oficial da União, 27 de jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 344 de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União. Brasília, 31 de dez. de 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 327, de 09 de dezembro de 2019**.Dispõe sobre os procedimentos para a concessão da Autorização Sanitária para a fabricação e a importação, bem como estabelece requisitos para a comercialização, prescrição, a dispensação, o monitoramento e a fiscalização de produtos de Cannabis para fins medicinais, e dá outras providências. Brasília, Brasil: Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 1.012, de 30 de janeiro de 2026.** Dispõe sobre os requisitos para o cultivo da espécie vegetal Cannabis sativa L. destinado exclusivamente a fins de pesquisa. Brasília, Brasil: Diário Oficial da União, 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 1.013, de 30 de janeiro de 2026.** Dispõe sobre os requisitos para o cultivo da espécie vegetal Cannabis sativa L. com teor de THC menor ou igual a 0,3% destinado exclusivamente a fins medicinais e/ou farmacêuticos. Brasília, Brasil: Diário Oficial da União, 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 1.014, de 30 de janeiro de 2026.** Institui Ambiente Regulatório Experimental (Sandbox Regulatório) para testagem controlada de atividades relacionadas à Cannabis para fins medicinais. Brasília, Brasil: Diário Oficial da União, 2026.

BARBOSA, L. Redes canábicas e usos medicinais de maconha: associativismo como parte do processo terapêutico. **Teoria e Cultura**, v. 17, n. 2, p. 111–125, 8 nov. 2022.

BARBOSA, R. L. **Pele de cordeiro? Associativismo e mercado na produção de cuidado para as doenças raras**. 2014. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/25621/1/Rogério_Barbosa_FEUC_2014.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BARBOSA, R. L.; PORTUGAL, S. O Associativismo faz bem à saúde? O caso das doenças raras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 417–430, fev. 2018.

BARROS, L. D. V. **Análise política da saúde no MST: problemas, práticas e projeto**. 2021. 243 f. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

BANDEIRA, M. A. M.; LEAL, L. K. de A. M.; VIANA, G. S. de B. “Centenary of Professor Francisco José de Abreu Matos: Professor and Scientist from Ceará, Reference in the Study of Medicinal Plants in Brazil.” **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, vol. 26, no. 1, 31 Dec. 2024, pp. 1–10, www.sbpmed.org.br/admin/files/papers/file_lGeIfeDU3pFD.pdf. Acesso em 21 ago. 2025.

BRANDÃO, M. D. **Dito, feito e percebido: controvérsias, performances e mudanças na arena da maconha**. Tese (doutorado), Universidade Federal de Pernambuco, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/27601>.

BRANDÃO, M. D. A maconha na jurisdição médica brasileira. In: FRAGA, P.; ROSA, L.; REZENDE, D. (Org.). **De maconha à cannabis: entre política, história e moralidades**. Juiz de Fora: Editora UFJF/Aldeia, 2023. p. 21-40.

BERTUSSI, D. et al. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: MATTOS, R. A. de; BAPTISTA, T. W. de F. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 461-485.

BRITO, L. P. de. **Soberania alimentar e solidariedade: ações dos movimentos populares em tempos de pandemia a partir da campanha "Periferia Viva" / 2020-2022**. 2022. 136 f. Dissertação (Mestrado em Política Social e Direitos Humanos) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2022.

BURGIERMAN, D. Maconha contraria a lógica financeira tradicional da indústria farmacêutica. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/epoca/maconha-contraria-logica-financeira-tradicional-da-industria-farmaceutica-24123832>. Acesso em: 5 out. 2025.

BRUNO, M. Alvos da Anvisa, associações de cultivadores democratizam acesso à cannabis medicinal. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/04/13/alvos-da-anvisa-associacoes-de-cultivadores-democratizam-acesso-a-cannabis-medicinal/>. Acesso em: 10 set. 2025.

BRUNO, M. Prati-Donaduzzi obtém patente de CBD por 20 anos no Brasil e setor teme monopólio. Disponível em: <https://www.cannabisesaude.com.br/patente-cbd-prati-donaduzzi/>. Acesso em: 15 set. 2025.

CAETANO, H. M. dos S. **Com mais técnica, com mais ciência: controvérsias em torno dos procedimentos regulatórios e científicos com cannabis no Brasil**. 2021. 163 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2021.

CARNEVALE, R. C. **Fronteiras da implantação e implementação da Farmácia Viva no Brasil**. 2018. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 55-78.

CANNABIS HOJE. #96 Eulâmpio Dantas – Cannabis no MST. YouTube, 21 out. 2025. Disponível em: https://youtu.be/I5KzisU4zHU. Acesso em: 22 out. 2026.

CARLINI, E. A. A história da maconha no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 4, p. 314–317, 2006. Disponível em: c<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/xGmGR6mBsCFjVMxtHjdsZpC/>. Acesso em: 05 set. 2024.

CECILIO, L. C. DE O. et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1502–1514, jul. 2014.

COLLUCCI, C. "Califórnia brasileira", Paraíba tem plantio de maconha para 2.500 pacientes. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2019/09/california-brasileira-paraiba-tem-plantio-de-maconha-para-2500-pacientes.shtml>. Acesso em: 24 nov. 2025.

COLÔMBIA. Lei nº. 1.787, de 06 de junho de 2016. Cria a estrutura reguladora que permita o acesso seguro e informado ao uso médico e científico da cannabis e seus derivados no território nacional colombiano. Diário Oficial nº 49.926, de 6 de julho de 2016.

COLÔMBIA. Ministério da Saúde e Proteção Social. Decreto nº. 613, de 10 de abril de 2017. Pela qual a Lei 1787 de 2016 é regulamentada e o Título 11 da Parte 8 do Livro 2 do Decreto 780 de 2016 é sub-rogado, no que diz respeito ao acesso seguro e informado ao uso médico e científico de cannabis.

COHN, A..; NUNES, E; JACOBI, P. R.; KARSCH, U. S. **A Saúde como Direito e como Serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

CROCQ, M.. History of Cannabis and the Endocannabinoid System. **Cannabinoids**, v. 22, n. 3, p. 223–228, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7605027/>. Acesso em: 06 out. 2024.

DALLARI, S. G. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 22, p. 57–63, 1988.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: rizoma. In: DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, 1995. v. 1. p. 11-37.

DIAS, N. M. DE O. **Mulheres: Sanitaristas de Pés Descalços**. I. ed. São Paulo: Hucitec, 1991. v. 1.116p.

DONNANGELO, M. C. F. ; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FIGUEIREDO, I. V. O.; COSTA, N. DO R. O direito à saúde no Brasil: entre a judicialização e a desjudicialização. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 11, n. 4, p. 142–164, 13 dez. 2022.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743–752, jun. 2009.

FRAGA, P.; PRADO, M. A construção de um direito: A regulamentação da Cannabis medicinal na Argentina e no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 34, n. 1, 2025.

FEUERWERKER, L. C. M. A produção do SUS como política: Os modos de fazer política marcando a produção do SUS. In: MERHY, E. E. et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 73-76.

FRAGA, P.; ROSA, L.; REZENDE, D. De veneno a medicamento: a cannabis como ator social e político. Apresentação do livro " De maconha à cannabis: entre política, história e moralidades". In: **De maconha à cannabis: entre política, história e moralidades**. Juiz de Fora: Editora UFJF/Aldeia, 2023, p. 206.

FIORE, M. Escolhas morais e evidências científicas no debate sobre política de drogas. **Boletim de Análise Político-institucional**, v. 18, n. 1, dez. 2018.

GANANÇA, A. C. G.; AVELAR, L. M. **Associativismo no Brasil: características e limites para a construção de uma nova institucionalidade democrática participativa**. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006.

GUIMARÃES, C. F. **O Coletivo na Saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

GUIZARDI, F. L. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 9–34, jun. 2009.

GUIZARDI, F. L.; LOPES, M. R.; CUNHA, M. L. S. Contribuições do movimento institucionalista para o estudo de políticas públicas de saúde. In: MATTOS, R. A. de; BAPTISTA, T. W. de F. (orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 319-345.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2022.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F.; MOREIRA, M. C. N. As abordagens qualitativas na Revista Ciência & Saúde Coletiva (1996-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4703–4714, dez. 2020.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E.; FERLA, A. A. Subjetivação dos médicos cubanos: diferenciais do internacionalismo de Cuba no Programa Mais Médicos. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 899–918, dez. 2018.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. Tradução de Mariza Corrêa. **Cadernos Pagu**, n. 5, p. 07-41, 1995. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773. Acesso em: 15 dez. 2025.

ILEGAL: a vida não espera. Direção: Tarso Araújo e Raphael Erichsen. Produção: 3Film Group. Brasil: [s. n.], 2014. 1 vídeo (90 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=c-jhJY6Q3ro>. Acesso em: 01 out. 2024.

JUNGES, J. R. J. Direito à saúde, biopoder e bioética. **Interface**, v. 13, n. 29, p. 285–295, 1 jun. 2009.

HUR, D. U. Desejo e política em Deleuze: máquinas codificadora, neoliberal, neofascista e esquizodramática. **PoliÉtica. Revista de Ética e Filosofia Política**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 173–202, 2020. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/PoliEtica/article/view/50130. Acesso em: 4 jan. 2026.

KALANT, H. Medicinal Use of Cannabis: History and Current Status. **Pain Research and Management**, v. 6, n. 2, p. 80–91, 2001.

KAZMIERCZAK, L. F.; COSTA, L. B.; CORREIA, C. G. Judicialização do acesso à Cannabis medicinal no Brasil: o paradoxo do proibicionismo no controle de drogas e a efetivação do direito à saúde. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 14, n. 2, 23 nov. 2024.

KREPP, Anita. Por dentro da maior fazenda de cannabis do Brasil. **Veja**. [S. l.], 23 ago. 2023. Disponível em: https://veja.abril.com.br/brasil/por-dentro-da-maior-fazenda-de-cannabis-do-brasil/. Acesso em: 5 mar. 2026.

KREPP, Anita. Centrão e direita são maioria na nova frente da cannabis no Congresso. **Poder360**, Brasília, 6 mar. 2026. Disponível em: https://www.poder360.com.br/opiniao/centrao-e-direita-sao-maioria-na-nova-frente-da-cannabis-no-congresso/. Acesso em: 6 mar. 2026.

LANÇAS, V. R. Movimento Social e Desobediência Civil: os dilemas da Marcha da Maconha. **Revista EntreRios do Programa de Pós-Graduação em Antropologia**, v. 6, n. 2, p. 16–37, 1 dez. 2023.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2021.

LEFÈVRE, F. **O Medicamento como Mercadoria Simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LIMA, M. A. DE F. D. DE; GILBERT, A. C. B.; HOROVITZ, D. D. G. Redes de tratamento e as associações de pacientes com doenças raras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3247–3256.

LÜCHMANN, L. H. H. Abordagens teóricas sobre o associativismo e seus efeitos democráticos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 29, n. 85, p. 159–178, jun. 2014.

LÜCHMANN, L. H. H. Associações, participação e representação: combinações e tensões. **Lua Nova**, São Paulo, n. 84, p. 35–68, 2011.

LÜCHMANN, L. H. H.; ALMEIDA, C.; TABORDA, L. do R. Associativismo no Brasil contemporâneo: dimensões institucionais e individuais. **Política & Sociedade**, v. 17, n. 40, p. 307–341, 29 mar. 2019.

MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec Editora, 2015. p. 361.

MERHY, E. E. et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: MERHY, E. E. et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 31-42.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E. et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59-72.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de "financeirização" do mercado na saúde. In: **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. p. 9.

MINAYO, M. C. de S. Técnicas de análise do material qualitativo. In: MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 405-426.

MIRANDA, A. A. **Movimentos sociais, AIDS e cidadania: o direito à saúde no Brasil a partir das lutas sociais**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2007.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. **Caderno de Formação em Saúde Popular - nº 1: "Saúde é a capacidade de lutar contra tudo o que nos oprime e mata"**. [S.I]: Setor de Saúde do MST, 2022. 28 p.

MOTTA, Y. J. de P. **O paciente dedo-verde: uma etnografia sobre o cultivo e consumo de cannabis para fins terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro**. 2019. Dissertação (Mestrado em Sociologia e Direito) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. **Caderno de Formação em Saúde Popular, No 1**. Setor de Saúde: MST, 2022. v. 1.

NASCIMENTO, M. C. do, et al. A Categoria Racionalidade Médica E Uma Nova Epistemologia Em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, no. 12, Dec. 2013, pp. 3595–3604.

NEGRI, A. O poder constituinte: o conceito de uma crise. In: NEGRI, A. **O poder constituinte: ensaio sobre as alternativas da modernidade**. Rio de Janeiro: DPA, 2002.

SAWAIA, B. B. S. O Sentido Ético-Político da Saúde na Era do Triunfo da Tecnobiologia e do Relativismo. In: **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SILVEIRA, P. S.; PAIM, J. S.; ADRIÃO, K. G. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. **Saúde em Debate**, v. 43, n. especial 8, p. 276-291, dez. 2019.

SOARES, R. S. Q.; MOEBUS, R. L.N. Habeas corpus – Habeas mens: a micropolítica das associações canábicas. **Revista EntreRios do Programa de Pós-Graduação em Antropologia**, v. 6, n. 2, p. 64–85, 2023.

SOUSA, L. P. D.; GUEDES, D. R. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 87, p. 123–139, ago. 2016.

STÉDILE, J, P. A questão agrária no Brasil: entrevista. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 11, n. 31, p. 157-176, set./dez. 1997.

OLIVEIRA, F. S. R. de. **Maconheirinhos: cuidado, solidariedade e ativismo de pacientes e seus familiares em torno do óleo de maconha rico em canabidiol (CBD)**. 2016. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

OLIVEIRA, M. B de. A regulamentação do canabidiol no Brasil: como nasce a expertise leiga. **Liinc em Revista**, v. 13, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rhHdTPw8M5dkWYJR3YKFsjp/>. Acesso em: 15 out. 2024.

OLIVEIRA, M. B de. **O medicamento proibido: como um derivado da maconha foi regulamentado no Brasil**. Dissertação (mestrado), Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/974185>. Acesso em: 10 set. 2024.

PARAÍBA. **Lei n. 11.972, de 2 de junho de 2021**. Dispõe sobre a Política de Prevenção e Promoção da Saúde de Pacientes Usuários de Cannabis Terapêutica e o incentivo à formação, estudos e pesquisas científicas com a Cannabis Sp., e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, 2021.

PRAZO, M. Política de drogas e "reparação histórica": uma análise da atuação da marcha da maconha do Rio de Janeiro e sua influência no cenário político e cultural. In: FRAGA, P.; ROSA, L.; REZENDE, D. (Org.). **De maconha à cannabis: entre política, história e moralidades**. Juiz de Fora: Editora UFJF/Aldeia, 2023. p. 185-220.

PAZ, V. V. R.; THEMUDO, T. S.; MELO, Á. Desobediência civil no Direito brasileiro: o direito de resistência de associações civis na produção de canabinoides para uso terapêutico no Brasil. **Sequência Estudos Jurídicos e Políticos**, v. 45, n. 96, p. 1–33, 25 nov. 2024.

PETUCO, D. As Três Ondas Da Redução de Danos No Brasil. **BIS. Boletim Do Instituto de Saúde**, vol. 21, no. 2, 1 Dec. 2020, pp. 94–103.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2011.

POLICARPO, F.; MARTINS, L. “Dignidade”, “doença” e “remédio”: uma análise da construção médico-jurídica da maconha medicinal. **Antropolítica - Revista Contemporânea de Antropologia**, n. 47, 27 jan. 2020.

QUINTANILHA, B. C.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Movimentos de resistência no Sistema Único de Saúde (SUS): a participação rizomática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 46, p. 561–573, 10 set. 2013.

RIBEIRO, A. M. M. **O Pólo Sindical do Submédio São Francisco: das lutas por reassentamento à incorporação do cultivo de maconha na agenda**. 2008. 239 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

RIVERA, N. M. Los desafíos del cannabis medicinal en Colombia: Una mirada a los pequeños y medianos cultivadores. **Informe sobre política de drogas**, v. 1, n. 1, p. 1–28, 2019.

RODRIGUES, A. P. L. da S. **Sobre conhecimentos e ativismos: Associações canábicas nas redes sociais digitais**. 2022. Tese (Doutorado), Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2022.

MOURÃO, V. L. A. **Mapeamento Preliminar de Controvérsias Científicas do Uso Medicinal de Cannabis no Brasil**. Anais do 20° Congresso Brasileiro de Sociologia, Belém, 2021.

RODRIGUES, A. P. L. da S.; LOPES, I. da S.; MOURÃO, V. L. A. Sobre ativismos e conhecimentos: a experiência de associações canábicas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, p. e18462022, 2024. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/rhHdTPw8M5dkWYJR3YKFsjp/>. Acesso em: 02 out. 2024.

RODRIGUES, J. C. P.; MOURÃO, V. L. A.; RODRIGUES, A. P. L. da S.; PEDRO, T. R. Cannabis não é maconha? Apontamentos exploratórios de uma controvérsia enraizada. **Revista EntreRios**, Piauí, v. 6, n. 2, p. 38-63, 2023.

RODRIGUES, T.; PEREIRA, P. J. DOS R. De “Erva do Diabo” a Panaceia? Biopolíticas da Cannabis no Brasil. **Cadernos de Campo (São Paulo - 1991)**, v. 31, n. 1, p. e198075, 19 ago. 2022.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-80)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SELAU, B. L. **Lutas e resistências no contexto da covid-19: contribuições do associativismo na garantia de saúde das populações do campo, da floresta e das águas**. 2024. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2024.

SOARES, R. S. Q. **Recriação terapêutica: Autonomia e cuidado na prática cannabica**. Dissertação (mestrado), Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2023.

VARGAS, Luna. A ilógica restrição à pesquisa com Cannabis. **Outras Palavras**, 21 jan. 2026. Disponível em: https://outraspalavras.net/outrasaude/a-ilogica-restricao-a-pesquisa-com-cannabis/. Acesso em: 30 jan. 2026.

VIDAL, T. J. **Assistência ou advocacy: o papel do associativismo na garantia de direitos da pessoa com câncer no Brasil e em Portugal**. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

KAYA MIND DADOS E PESQUISAS. **Anuário da Cannabis Medicinal 2025**. São Paulo: Kaya Mind, 2025. 147 p.

ZUARDI, A. W. History of cannabis as a medicine: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 2, p. 153–157, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/ZcwCkpVxkDVRdybmBGGd5NN>. Acesso em: 03 out. 2024.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Local de residência:

Trabalho:

Se faz uso do medicamento à base de maconha:

Esta entrevista será conduzida com a exposição de tópicos para que o participante relate da maneira que lhe convier sobre cada tema abordado. Além disso, o momento da entrevista será realizado de maneira conversacional entre o pesquisador e o participante, o que pode desdobrar em outros tópicos a partir da narrativa do participante.

1. Vínculo que possui com a CEBRAPCAM
2. A história junto a associação e a medicação à base de maconha
3. Caso trabalhe junto à associação, como é o cotidiano de trabalho
4. Caso não trabalhe, como a conheceu
5. Percepção acerca da maconha e seus medicamentos
6. Expectativas em torno da associação
7. Caso faça o uso do medicamento, o que lhe proporciona

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ADITAMENTO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) **PARTICIPANTE DE PESQUISA,**

Os pesquisadores Bruna Fernanda Ferreira Fernandes e Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes convidam você a participar da pesquisa intitulada "**A MACONHA NO PROCESSO DE CUIDADO EM SAÚDE: OS CAMINHOS A PARTIR DE UMA ASSOCIAÇÃO CANÁBICA**". Para tanto você precisará assinar o TCLE que visa assegurar a proteção, a autonomia e o respeito aos participantes de pesquisa em todas as suas dimensões: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e/ou espiritual – e que a estruturação, o conteúdo e forma de obtenção dele observam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos preconizadas pela **Resolução 466/2012 e/ou Resolução 510/2016**, do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Sua decisão de participar neste estudo deve ser voluntária e que ela não resultará em nenhum custo ou ônus financeiro para você (ou para o seu empregador, quando for este o caso) e que você não sofrerá nenhum tipo de prejuízo ou punição caso decida não participar desta pesquisa. **Mediante a assinatura deste aditamento, o(a) participante autoriza que seus dados e informações deixem de ser tratados de forma anônima, permitindo sua identificação, exclusivamente para os fins descritos neste estudo. Caso o(a) participante não concorde com este aditamento, permanecem válidas as garantias de anonimato e sigilo previstas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido originalmente assinado.** Esse documento também autoriza os pesquisadores a gravarem a entrevista para posterior transcrição, a fim de melhor análise do material. Podendo este ser acessado pelo participante a qualquer momento.

Objetivo da Pesquisa: Esta pesquisa tem por objetivo **analisar como os agenciamentos operados pela CEBRAPCAM produzem cuidado em saúde para pessoas que necessitam do medicamento à base de maconha.**

Metodologia:A proposta que segue é de uma pesquisa de abordagem qualitativa que, em termos metodológicos, visa ao aprofundamento no mundo dos significados das ações, relações e motivações humanas (Yin, 2012). Quanto à sua finalidade, optou-se pela pesquisa de cunho exploratório, buscando proporcionar uma aproximação com a questão a fim de torná-la mais compreensível (Gil, 2018). **Este documento corresponde diretamente a etapa de entrevista semiestruturada que segue alguns tópicos de interesse a partir dos objetivos da pesquisa. Após sua realização, esse material produzido passará por uma transcrição para melhor análise de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 1977).**

Riscos ao(à) Participante da Pesquisa: Os possíveis riscos envolvidos na pesquisa estão relacionados ao provável desconforto psicológico durante as entrevistas em que os participantes estarão envolvidos. Segundo a Resolução 466/2012, todo projeto de pesquisa envolve riscos. Para minimizá-los, os participantes serão informados sobre seus direitos e garantido o cumprimento dos mesmos.

Para mitigar possíveis desconfortos psicológicos, o participante será orientado, de maneira clara e acessível, sobre a relevância da pesquisa, bem como seus direitos, tais como: garantia de sigilo dos dados obtidos, que serão utilizados exclusivamente para os fins previstos, de forma livre e esclarecida; a liberdade de decidir sobre sua participação e continuidade na pesquisa; além da garantia de um ambiente adequado que favoreça sua privacidade com o mínimo de interferências externas, assegurando maior conforto, sigilo das informações e a integridade do processo, bem como o acesso à gravação e à posterior transcrição da entrevista. Quanto ao armazenamento dos dados e gravações, os pesquisadores seguirão as normativas previstas, realizando o download dos dados e evitando o compartilhamento em plataformas virtuais ou na 'nuvem'.

Benefícios ao(à) Participante da Pesquisa: Esta pesquisa visa colaborar com o desenvolvimento do campo da saúde coletiva, a partir do encontro com uma temática emergente que tem gerado repercussões para normativas legais. Ao pesquisar em parceria com uma associação canábica, pode-se estimular a autorreflexão dos seus atores sobre os processos de trabalho, favorecendo a construção de caminhos para o seu aperfeiçoamento.

Além disso, as discussões geradas podem fomentar diálogos importantes sobre o processo de cuidado em saúde no SUS. Em contribuições futuras, a divulgação científica dos resultados pode engendrar reflexões sobre como as ações relacionadas à temática estão sendo implementadas, possibilitando o fortalecimento social para a construção de políticas públicas efetivas.

Informação de Contato do Responsável Principal e de Demais Membros da Equipe de Pesquisa

Bruna Fernanda Ferreira Fernandes
Pós-graduanda em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba – UFPB
E-mail: psicologia.brunafernandes@gmail.com. Contato: 83 99913-6033

Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes
Professor Adjunto do Departamento de Promoção da Saúde, do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba – UFPB

E-mail: lucianobgomes@gmail.com Contato: 83 99613-7374

Endereço e Informações de Contato da(o) Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Campus I - Cidade Universitária - João Pessoa - PB - Brasil
CEP: 58051-900 - Telefone: +55 (83) 3216-7200
Homepage: https://www.ufpb.br/
Horário de Funcionamento: Setores Administrativos: de 07h às 19h de segunda-feira à sexta-feira; Coordenações de Cursos e Setores de Aulas: 07h às 22:30h de segunda-feira à sexta-feira.

Endereço e Informações de Contato do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/CCS/UFPB

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)
Centro de Ciências da Saúde (1º andar) da Universidade Federal da Paraíba
Campus I – Cidade Universitária / CEP: 58.051-900 – João Pessoa-PB
Telefone: +55 (83) 3216-7791
E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br
Horário de Funcionamento: de 07h às 12h e de 13h às 16h.
Homepage: http://www.ccs.ufpb.br/eticaccsufpb

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao colocar sua assinatura ao final deste documento, **VOCÊ**, de forma voluntária, na qualidade de **PARTICIPANTE** da pesquisa, expressa o seu **consentimento livre e esclarecido** para participar deste estudo e declara que está suficientemente informado(a), de maneira clara e objetiva, acerca da presente investigação. E receberá uma cópia deste **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE),** assinada pelo(a) Pesquisador(a) Responsável.

João Pessoa-PB, _____ de _____ de _____.

Impressão datiloscópica do participante (quando necessário)

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CCS/UFPB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A maconha no processo de cuidado em saúde: os caminhos a partir de uma Associação Canábica

Pesquisador: BRUNA FERNANDA FERREIRA FERNANDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 84612824.5.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.240.586

Apresentação do Projeto:

Trata-se de dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, cuja pesquisadora pretende analisar como os agenciamentos operados pela CEBRAPCAM produzem cuidado em saúde para pessoas que necessitam do medicamento à base de maconha.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como os agenciamentos operados pela CEBRAPCAM produzem cuidado em saúde para pessoas que necessitam do medicamento à base de maconha.

Objetivo Secundário:

1. Descrever como a CEBRAPCAM se constituiu enquanto associação canábica;
2. Compreender a disputa jurídico-política da CEBRAPCAM relacionada a produção e distribuição de medicamentos à base de maconha;
3. Analisar as iniciativas da CEBRAPCAM para produzir cuidado em saúde de indivíduos e coletivos;
4. Explorar as implicações que o acesso aos medicamentos à base de maconha tem gerado no Sistema Único de Saúde, tanto a nível local quanto estadual.

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos envolvidos na pesquisa estão relacionados ao provável desconforto psicológico durante as entrevistas em que os participantes estarão envolvidos. Segundo a Resolução 466/2012, todo projeto de pesquisa envolve riscos. Para minimizá-los, os participantes serão informados sobre seus direitos e garantido o cumprimento dos mesmos. Para mitigar possíveis desconfortos psicológicos, o participante será orientado, de maneira clara e acessível, sobre a relevância da pesquisa, bem como seus direitos, tais como: garantia de sigilo dos dados obtidos, que serão utilizados exclusivamente para os fins previstos, de forma livre e esclarecida; a liberdade de decidir sobre sua participação e continuidade na pesquisa; além da garantia de um ambiente adequado que favoreça sua privacidade com o mínimo de interferências externas, assegurando maior conforto, sigilo das informações e a integridade do processo, bem como o acesso à gravação e à posterior transcrição da entrevista. Quanto ao armazenamento dos dados e gravações, os pesquisadores seguirão as normativas previstas, realizando o download dos dados e evitando o compartilhamento em plataformas virtuais ou na 'nuvem'.

Benefícios:

Esta pesquisa visa colaborar com o desenvolvimento do campo da saúde coletiva, a partir do encontro com uma temática emergente que tem gerado repercussões para normativas legais. Ao pesquisar em parceria com uma associação canábica, pode-se estimular a autorreflexão dos seus atores sobre os processos de trabalho, favorecendo a construção de caminhos para o seu aperfeiçoamento. Além disso, as discussões geradas podem fomentar diálogos importantes sobre o processo de cuidado em saúde no SUS. Em contribuições futuras, a divulgação científica dos resultados pode engendrar reflexões sobre como as ações relacionadas à temática estão sendo implementadas, possibilitando o fortalecimento social para a construção de políticas públicas efetivas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta que segue é de uma pesquisa de abordagem qualitativa que, em termos metodológicos, visa ao aprofundamento no mundo dos significados das ações, relações e motivações humanas. Quanto à sua finalidade, optou-se pela pesquisa de cunho exploratório, buscando proporcionar uma aproximação com a questão a fim de torná-la mais compreensível. Para isso, o estudo utilizará algumas técnicas de pesquisa para contemplar seus objetivos.



Visando à descrição de como a CEBRAPCAM se constituiu enquanto associação canábica, a pesquisa documental em fontes primárias será de grande importância. Com o assentimento da instituição, serão reunidos documentos para a construção desse conhecimento, tais como requerimentos judiciais, estatuto social, ata de constituição, de assembleias e reuniões, entre outros documentos que se julgarem disponíveis e necessários. Aliada a isso, seguirá a pesquisa de campo com caráter exploratório, a fim de proporcionar o encontro com os dados no próprio local e modo como acontecem. Nesse contexto, busca-se realizar uma visita à associação para promover maior familiaridade com o fenômeno objeto da pesquisa. A pesquisa de campo também será composta por observação participante, especialmente por meio da participação ativa nos encontros do Núcleo AMAR, juntamente com o acompanhamento e as interações no grupo de WhatsApp dos associados da CEBRAPCAM. Essa condição é importante diante da necessidade teórico-reflexiva que esta pesquisa propõe na aproximação com a construção de subjetividades. Para registrar esses momentos, o diário de campo será o instrumento utilizado para anotar acontecimentos, impressões e ideias, compondo as reflexões acerca dos objetivos da pesquisa. Tais processos mostram-se importantes para aproximar o pesquisador do fenômeno, a fim de explorá-lo de modo mais intenso e relacional. Esse processo também será essencial para construir as bases para as entrevistas, que também comporão as técnicas do estudo. Propõe-se, ainda, a realização de entrevistas semiestruturadas, com o intuito de aproximar-se das histórias dos sujeitos que compõem a CEBRAPCAM, acessando os sentidos produzidos pelos entrevistados. A escolha por entrevistas semiestruturadas deve-se à sua estrutura mais flexível, com questões abertas que orientam a temática explorada, permitindo também outras indagações, possibilidades e conceitos que possam surgir a partir do encontro. Com a anuência dos participantes, a entrevista será gravada e posteriormente transcrita para uma melhor registro e análise de seu conteúdo. Os participantes da pesquisa serão aqueles que compõem a história e a construção do processo de cuidado em saúde da CEBRAPCAM, ou seja, pessoas que trabalham para sua atuação/manutenção e possíveis associados que utilizam seus medicamentos à base de maconha. Estima-se a participação de pelo menos dez pessoas para compor as entrevistas semiestruturadas mencionadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória atendem aos requisitos formais do CEP. No entanto a pesquisadora não anexou como arquivo individual na Plataforma Brasil a carta de Anuência da associação canábica do Centro de Pesquisa e Estudo da Cannabis Medicinal (CEBRAPCAM) autorizando a realização da pesquisa, mas apenas como documento nos anexos do arquivo do



Projeto. É importante para fins da emissão da certidão final definitiva de aprovação do CEP, que a pesquisadora atenda a recomendação abaixo.

Recomendações:

A pesquisadora deverá atender a seguinte recomendação:

1. Anexar como arquivo individual na Plataforma Brasil a carta de Anuência da associação canábica do Centro de Pesquisa e Estudo da Cannabis Medicinal (CEBRAPCAM) autorizando a realização da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou de parecer FAVORÁVEL a execução desse projeto de pesquisa, salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba ¿ CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2454823.pdf	08/11/2024 21:00:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_BRUNA2_merged.pdf	08/11/2024 16:16:56	BRUNA FERNANDA FERREIRA FERNANDES	Aceito
Outros	CERTIDAO_PPGSC.pdf	08/11/2024 16:16:01	BRUNA FERNANDA FERREIRA FERNANDES	Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	08/11/2024 16:12:38	BRUNA FERNANDA FERREIRA FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/11/2024 16:04:52	BRUNA FERNANDA FERREIRA FERNANDES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	08/11/2024 16:04:37	BRUNA FERNANDA FERREIRA FERNANDES	Aceito

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CCS/UFPB

Continuação do Parecer: 7.240.586

Orçamento	ORCAMENTO.pdf	08/11/2024 16:03:40	BRUNA FERNANDA FERREIRA FERNANDES	Aceito
Folha de Rosto	BRUNA_FERNANDA_assinado_preenchido.pdf	08/11/2024 16:03:15	BRUNA FERNANDA FERREIRA FERNANDES	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JOAO PESSOA, 22 de Novembro de 2024

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br