

Cannabis medicinal: recomendações para a prática cotidiana dos profissionais de segurança pública no Brasil

Yuri José de Paula Motta¹

Resumo

O presente artigo tem como objetivo principal fornecer elementos empíricos para a prática cotidiana dos agentes de segurança pública no Brasil com relação à lei de drogas. O tema central é a cannabis, mais conhecida como maconha, que nos últimos anos vem passando por regulamentações e alterações em seu status legal, podendo ser classificada como um remédio ou como uma droga ilícita. Busco apresentar ao leitor um panorama sobre o contexto por trás da chamada cannabis medicinal, quem são os pacientes, quais são suas práticas, e os documentos necessários para ter acesso legal ao tratamento. A produção do artigo se deu a partir do emprego da metodologia antropológica, em especial da etnografia, no qual o trabalho de campo é o principal recurso para construção dos dados aqui apresentados.

Palavras-chave: Cannabis; medicamento; tratamento terapêutico; paciente

Abstract

The main objective of this article is to provide empirical elements for the daily practice of public security agents in Brazil regarding drug law. The central theme is cannabis, better known as maconha, which in recent years has been undergoing regulations and changes in its legal status, and can be classified as a medicine or as an illicit drug. I seek to provide the reader with an overview of the context behind the so-called medical cannabis, who are the patients, what are their practices, and the documents They need to have legal access to treatment. The production of the article was based on the use of anthropological methodology, especially ethnography, which fieldwork is the main resource for the construction of the data.

Key-words: Cannabis; medicine; therapeutic treatment; patient

Introdução e metodologia

¹ Bacharel em Políticas Públicas pela Universidade Federal Fluminense e graduando em Ciências Sociais na modalidade licenciatura pela mesma universidade. Mestre em Segurança Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Direito da Universidade Federal Fluminense e atualmente estudante de doutorado no mesmo programa. É pesquisador vinculado ao PsicoCult (Núcleo de Pesquisa em Psicoativos e Cultura), subprojeto do InEAC (Instituto de Estudos Comparados em Administração de Conflitos).

Este artigo trata, sobretudo, de fornecer elementos técnicos para profissionais da área de segurança pública que lidam na prática, de alguma forma, com a planta *Cannabis Sativa L.*, popularmente conhecida como maconha no Brasil. Recentemente, uma nova categoria de consumidor de maconha vem ganhando forma jurídica e social: o paciente.

O que é um paciente de cannabis? Como tornar-se um paciente? Qual a diferença entre usuário e paciente? E por fim, pensando nos profissionais de segurança pública, como reconhecer e abordar na prática um paciente? Como agir mediante flagrante de maconha durante uma abordagem de rotina e comprovação de uso para fins medicinais? Apresento em primeira mão um texto que busca responder essas perguntas e que não presa apenas pela inserção deste debate na área acadêmica, mas também visa a extrapolar os limites da universidade e adentrar nos currículos dos profissionais de segurança pública com um propósito de capacitação.

O conteúdo que será apresentado ao leitor daqui em diante faz parte de um arcabouço teórico, metodológico e de produção de pesquisas bem consolidado na área de segurança pública no Brasil, tendo como principal ferramenta analítica a etnografia e consequentemente a pesquisa empírica. Refiro-me ao Instituto de Estudos Comparados em Administração de Conflitos (InEAC²), um Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT) da Universidade Federal Fluminense (UFF), sediado em Niterói/RJ.

O InEAC é uma rede internacional que articula centros acadêmicos de pesquisa de diferentes regiões do Brasil e do mundo, sob a coordenação do Professor Roberto Kant de Lima, do Programa de Pós-Graduação em Justiça e Segurança da Universidade Federal Fluminense, e sob a sub-coordenação do professor Luís Roberto Cardoso de Oliveira, do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília.

Mais especificamente, as pesquisas que embasam este artigo são fruto de empreendimentos acadêmicos do Núcleo de Pesquisa sobre Psicoativos e Cultura (PsicoCult³), subprojeto do InEAC, ao qual sou vinculado enquanto pesquisador. O PsicoCult é coordenado pelo Prof. Dr. Frederico Policarpo, professor do Departamento de Segurança Pública da UFF, e tem como objetivo reunir pesquisadores, professores e

²<http://www.ineac.uff.br/>

³<https://www.instagram.com/psicocultuff/>

alunos que trabalham com o tema dos psicoativos em diferentes contextos, seja em ambientes urbanos, seja em ambientes tradicionais, com o propósito de descrever práticas de uso, produção, circulação e controle que cercam as substâncias e os praticantes. Por isso, faz-se importante destacar de antemão, que a metodologia empregada é de caráter estritamente antropológico. Ao adotar essa perspectiva, utilizarei de forma recorrente a primeira pessoa para me referir ao percurso da pesquisa e de escrita deste trabalho.

Durante os anos de 2017 a 2019 desenvolvi minha pesquisa de mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Direito, intitulada “O paciente de verde: uma etnografia sobre o cultivo e consumo de cannabis para fins terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro”. Em 2020 a dissertação contou com financiamento do InEAC para ser publicada em versão física e *e-book* pela editora Autografia. A pesquisa teve como foco pessoas que possuem autorização judicial para cultivar maconha em casa para produzirem artesanalmente o medicamento, seja para tratar suas próprias doenças, seja para tratar a doença de parentes (MOTTA, 2020).

Para tanto, passei a frequentar uma associação canábica na cidade do Rio de Janeiro que tem como objetivo principal fornecer auxílio médico e jurídico para pessoas que buscam acesso à cannabis para fins terapêuticos, assim como fornecer suporte técnico de cultivo para aspirantes na prática de manejo da planta. Fui apresentado por colegas da universidade e, ao frequentar as reuniões, me tornei um colaborador voluntário do coletivo, adquirindo algumas responsabilidades como fazer a ata das reuniões, gerenciar os perfis das redes sociais e do e-mail institucional. Também passei a colaborar com a organização das reuniões de acolhimento, cursos de cultivo promovidos pela associação e apoiar no acompanhamento dos pacientes nas consultas voluntárias.

Essa inserção no campo me permitiu estabelecer interlocução com diversos atores presentes não só na associação, mas também no circuito de ativistas que levantam a bandeira da legalização a partir de diversos argumentos, que não são homogêneos e que são marcados por divergências ideológicas e políticas (BRANDÃO, 2020). Participar da associação enquanto voluntário me possibilitou construir relações sociais a partir de laços de confiança (FOOTE-WHYTE, 2005), viabilizando entrevistas com pacientes, advogados, médicos e cultivadores.

Portanto, o trabalho de campo que fundamenta este artigo parte dessa interlocução que estabeleci durante a pesquisa de mestrado a partir da colaboração nos setores administrativos da associação. Sendo assim, me encontro inserido na discussão e também em contato direto com os atores que atualizam as práticas formais e informais sobre a cannabis para fins terapêuticos ou não.

Como forma de orientar a leitura e direcionar os interesses do leitor, descreverei neste parágrafo a estrutura do texto e os tópicos com os principais assuntos. Em primeiro lugar, trato de justificar o porquê incluir este tema no currículo dos profissionais de segurança pública no Brasil, visto que a cannabis vem, nos últimos anos, passando por uma série de regulamentações em torno de seu status legal, sendo considerada uma droga proibida e ao mesmo tempo um medicamento. Em segundo, busco definir de forma sucinta o que é a cannabis, suas características biológicas, morfológicas, terapêuticas e sociais. Em seguida, apresento as possíveis formas de consumo e acesso ao tratamento. E por fim, os documentos necessários para ter acesso legal à cannabis como ferramenta terapêutica no Brasil.

Apesar de ser um artigo que fornece um conhecimento técnico, ressalto seu caráter acadêmico e empírico, pois não se trata de um documento jurídico normativo de “dever ser”. Mesmo invocando o didatismo deste trabalho, busco escapar das aspirações pedagógicas de um tipo ideal. Novamente, trata-se de um conteúdo didático que fornece elementos técnicos para aplicação prática, portanto, através de pesquisas acadêmicas, trago recomendações que podem ser utilizadas como referência no cotidiano dos profissionais de segurança pública, seja na área militar, civil, federal ou jurídica.

Porque tratar isso no currículo dos profissionais de segurança pública?

Desde 2014, o *status* legal da planta vem sofrendo alterações graças ao impacto da forte mobilização social provocada por familiares e pessoas que utilizam a maconha como ferramenta terapêutica. Essas alterações caminham no sentido da regulamentação do acesso exclusivamente para finalidades médicas.

Reportagens em TV aberta⁴, documentários⁵, audiências públicas, participação em Marchas da Maconha⁶, seminários de pesquisa⁷, assim como outras iniciativas foram estratégias adotadas para dar visibilidade ao sofrimento de famílias que enfrentam não só uma doença, mas também o custo de lidar com a doença em um país onde a maconha é proibida. Em resposta a essa ampla mobilização, a ANVISA⁸ (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), agência governamental brasileira que é responsável por controlar a lista de substâncias permitidas e proibidas, retirou em janeiro de 2015, o CBD⁹ da lista de substâncias proibidas no país. Após um ano, a ANVISA reclassificou também o THC¹⁰, outra substância presente na maconha. Mesmo o CBD e o THC tendo sido retirados da lista de substâncias proibidas, são classificados pela ANVISA como medicamentos de alta periculosidade e controle restrito. Por isso, só podem ser consumidas de forma legal se assim recomendados pelo médico, que deve expedir uma receita prescrevendo a cannabis.

Nos primeiros anos, o Conselho Federal de Medicina (CFM) determinou que a prescrição de cannabis só poderia ser feita por neurocirurgiões, neurologistas e psiquiatras, e apenas crianças e adolescentes epiléticas poderiam utilizar. Além disso, a cannabis também era restrita ao “uso compassivo”, que significa que apenas depois de testar todos os medicamentos convencionais disponíveis na farmácia, pode-se tentar utilizar a cannabis como tratamento da doença. Outra característica importante de se destacar nos primeiros momentos da regulamentação é que os pacientes, após seguirem tais determinações do CFM, só podiam consumir em forma de óleo (extração) e que o acesso legal seria apenas através da importação.

⁴<https://globoplay.globo.com/v/5837036/> - Reportagem no programa Fantástico que apresenta uma família brasileira que colhe maconha com autorização da justiça para produzir artesanalmente o remédio da filha. Exibido em 30 de abril de 2017. Acessado em: 14/08/2021

⁵<https://www.youtube.com/watch?v=c-jhJY6Q3ro> – Documentário “Ilegal: a vida não espera”; dirigido por Tarso Araújo e lançado em 2014, retrata as dificuldades na vida de famílias que lutam para ter acesso à cannabis para tratamento médico. Acessado em: 14/08/2021

⁶<https://www.youtube.com/watch?v=oIJ3pqFtzWI> - Curta metragem sobre a Marcha da Maconha e a luta em 2019 pela descriminalização do uso de drogas para consumo próprio no Brasil. Gabriel Pedroza entrevista diversos especialistas e ativistas pela legalização da maconha. Acessado em: 14/08/2021

⁷<https://www.youtube.com/watch?v=OdbH8GCfo7g&t=7839s> – Mesa de abertura e palestra do neurocientista Prof. Sidarta Ribeiro no III Seminário de Pesquisa sobre os usos terapêuticos da maconha, organizado pelo PsicoCult na UFF, em 2019. Acessado em: 14/08/2021

⁸ A Agência Nacional de Vigilância Sanitária foi criada no ano de 1999 com a função de controlar a área sanitária de diversos produtos e serviços. É uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, que apresenta como função primordial a promoção da saúde da população, em conformidade com seu sítio eletrônico <http://portal.anvisa.gov.br>.

⁹ Canabidiol.

¹⁰ Tetrahydrocannabinol.

Essas medidas vêm sofrendo alterações nos últimos anos, sendo que as principais especialidades dos médicos prescritores são neurologia e ortopedia, não excluindo outras especialidades como dermatologia, medicina esportiva, nutrição, pediatria e clínica geral (MOTTA, 2020). O número de doenças ao qual a cannabis pode ser utilizada para tratamento também aumentou, dando destaque para outras doenças neurológicas como autismo, Alzheimer, Parkinson e microcefalia; dores crônicas e doenças degenerativas como esclerose múltipla, atrofia muscular, fibromialgia, enxaqueca, paralisia cerebral e leucemia; doenças psiquiátricas e psicológicas como depressão, ansiedade, distúrbio do sono, esquizofrenia, hiperatividade, entre outras (MOTTA, 2020)¹¹.

As diretrizes referentes às formas de utilização e acesso à cannabis também se transformaram ao longo desses anos, visto que antes só era permitido o consumo através do óleo extraído da cannabis, e hoje, as recomendações médicas variam em geral entre formas sólidas (comprimidos e pomadas)¹², líquidas (óleo) e gasosas (vaporização e sprays). Com relação ao acesso, além de ser importada, a cannabis é vendida em farmácias, associações canábicas brasileiras e até mesmo cultivada em casa.

Desde a primeira Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) expedida pela ANVISA em 2015 até o final de 2018, foram contabilizados pela agência mais de 5 mil pedidos de importação de cannabis. No final de 2019, o número de pedidos aumentou para mais de 13 mil. Isso significa que apenas durante o ano de 2019 houve um crescimento de mais de 134% no número de pedidos de importação de cannabis (MOTTA, 2020). Considerando que alguns anos se passaram, este número subiu ainda mais, levando em conta a popularização do tema¹³.

De maneira geral, este é o pano de fundo que representa o contexto atual ao se analisar a maconha como remédio no Brasil. Mesmo com todas essas regulamentações e crescimento da demanda pelo acesso, o Estado brasileiro não alterou o *status* legal da planta no país. Sendo assim, a cannabis se encontra em um limbo jurídico podendo ser

¹¹ Os dados aqui apresentados foram fornecidos diretamente pela ANVISA através de seu *site*, tendo por base a Lei da Informação, nº 12.527/2011, que entrou em vigor a partir de 2012 e criando mecanismos que possibilitam, a qualquer pessoa, física ou jurídica, sem necessidade de apresentar motivo, o recebimento de informações públicas dos órgãos e entidades. Consultar (MOTTA, 2020).

¹² As formas de uso entre parênteses são apenas exemplos gerais, mas existem outras formas de consumo que descreverei nos próximos tópicos.

¹³ As autorizações para importação de derivados da cannabis no Brasil cresceu 127% em 2020. Os pedidos aceitos pela ANVISA passaram de 4.532, nos primeiros quatro meses de 2020, para 10.289, no mesmo período, de acordo com uma reportagem publicada no Portal Cannabis e Saúde. Acessado em 14/08/2021, através do link: <https://www.cannabisesaude.com.br/anvisa-importacao-formulario/amp/>

considerada um remédio ou uma droga, pois, algumas de suas substâncias foram retiradas da lista de controle da ANVISA, mas a planta em si não foi excluída das práticas delituosas que são consideradas ilícitas pela atual Lei de Drogas (11.343/06).

De acordo com a legislação brasileira, ao ser flagrado pelas forças policiais portando ou consumindo maconha, o indivíduo pode ser enquadrado juridicamente como “usuário” ou “traficante” a partir da constatação de qual delito criminal está envolvido. Com a promulgação de atual Lei de Drogas em 2006, o usuário de maconha passou a não ser mais punido com privação de liberdade, porém, a lei deixou um vácuo subjetivo (CAMPOS, 2019) de como essa classificação pode ser operada pelos agentes policiais, que a partir de suas próprias interpretações podem manipular a autuação. Tal subjetividade é tão explícita que pesquisas demonstram (GRILLO, POLICARPO, VERISSIMO, 2011; VALENTE, 2021) que grande parte dos usuários não chegam sequer a serem encaminhados a delegacia para assinarem o Termo Circunstanciado de Ocorrência (TCO), pois, a negociação sobre o flagrante delito acontece na rua através da transação de mercadorias políticas (MISSE, 1997).

Em meio a esta fronteira difusa entre o legal e o ilegal, o lícito e o ilícito (TELLES, HIRATA, 2007), nota-se o surgimento de uma nova classificação para pessoas que consomem maconha no Brasil, o paciente. Assim como a substância passou por uma série de alterações legislativas de competência médica, o direito também opera classificações que estão passando por mudanças (VARGAS, 2008), sendo que estas fazem referência às pessoas que utilizam a substância, ou seja, além do usuário e do traficante, é necessário incluir o paciente a este sistema de classificações que fazem parte do cotidiano tanto do sistema de justiça quanto das forças policiais.

Espero neste tópico ter justificado de maneira compreensiva a necessidade de se incluir estas informações nos currículos da área de segurança pública. Trata-se de um número grande de doenças com diversas formas de uso que podem estar respaldadas por uma indicação médica. Por isso, acredito que este tema deva ser tratado urgentemente não só nos currículos de medicina e ciências naturais, mas também nos currículos dos profissionais de segurança pública, sendo esta revista um espaço mais que adequado para incluir este tema enquanto conhecimento prático, técnico, acadêmico, empírico e didático.

Como identificar formalmente um paciente? Buscarei responder essa pergunta ao longo do texto, porém, antes se faz necessário explicar ao leitor de forma detalhada

qual substância estamos tratando e porque ela serve para diversas aplicações médicas e sociais.

O que é a Cannabis?

Neste tópico, faço um convite ao leitor para conhecer melhor a substância na qual estamos tratando. A maconha é uma das drogas mais usadas no mundo e é uma das mais antigas plantas domesticadas pelo ser humano. Ela esteve presente nos primórdios da agricultura, das tecnologias, das religiões e das medicinas.

A *Cannabis Sativa L.* é o nome científico da cannabis, descrita pela primeira vez em 1753 pelo botânico e médico Carolus Linnaeus, no qual o *L.* vem de seu sobrenome. É uma planta herbácea da família das Canabiáceas, assim como lúpulo, utilizado na fabricação de cervejas. A cannabis está dividida em três subespécies principais: a cannabis indica, característica das montanhas do Nepal, formando arbustos com aproximadamente um a três metros de altura; a cannabis ruderalis, oriunda das estepes da Mongólia e da Sibéria, que consiste em uma planta menor e mais robusta, podendo chegar a um metro e meio; e por fim, a cannabis sativa, originária das savanas africanas, que pode chegar a cinco metros de altura (MALCHER-LOPES, RIBEIRO, 2007).

Em todas essas subespécies os sexos são separados, de forma que existem plantas femininas e masculinas, portanto, trata-se uma espécie dioica. A planta macho não produz resina, apenas sacos de pólen, por isso não possui potenciais terapêuticos ou psicoativos. Já a planta fêmea, por sua vez, gera a flor, onde está concentrada a resina. A resina nada mais é do que a acumulação de tricomas, ou seja, glândulas localizadas nas superfícies das folhas que são responsáveis pelo sabor, aroma e potência psicoativa da planta.

O THC e o CBD, assim como outras centenas de canabinóides, estão concentrados justamente nos tricomas da planta fêmea que, pensando na utilização dos mesmos, não pode ser polinizada, pois produz sementes que são geradas em meio às flores. Ao gerar sementes, a planta despende energia diminuindo assim a quantidade e a potência dos tricomas. Em outras palavras, quando se tem como interesse principal os canabinóides da maconha, a flor que produz sementes tende a ser menos potente do que as que não tiveram contato com o pólen do macho. Perceba que quando me refiro a sua

potência, considero tanto os usos recreativos quanto os terapêuticos, pois, tricomas vigorosos são desejados em ambos os casos. Independentemente do tipo de uso, os usuários e pacientes buscam plantas que tenham um alto teor de canabinóides, que apresente uma quantidade considerável de resinas e que possua aroma, sabor e aspectos frescos.

Chegamos a uma questão: o que é uma maconha de qualidade? Respondendo, é uma planta saudável em seu ciclo de vida e flores que recebem cuidados específicos assim que colhidas. Além de ser polinizada ou não, outros fatores também influenciam na qualidade da flor. A qualidade do solo (substrato) diz respeito à saúde direta das raízes, que assim como as folhas, são responsáveis pela absorção de nutrientes importantes para o desenvolvimento da planta. Um solo bem aerado corresponde a raízes oxigenadas. Uma boa iluminação, mesmo que artificial, garante energia para as folhas que se alimentam através da fotossíntese. O controle de pragas se faz necessário inclusive de forma preventiva. Os princípios biológicos não são diferentes de uma planta comum.

De modo geral, o ciclo de vida da planta é composto por três fases principais: a germinação, o vegetativo e a floração. O ponto de colheita é atingido após algumas semanas ou meses de floração, porém, para o consumo ainda são necessárias algumas etapas. Primeiro é necessário separar as flores das folhas, pois a resina requisitada fica concentrada apenas nas primeiras. Esse processo de limpeza das flores é denominado “manicura”. Após a limpeza dos *buds*¹⁴ (flores, também conhecidas como “camarões”), é preciso colocar a planta para secar algumas semanas, de preferência em um lugar escuro. Depois de secas, são armazenadas em potes de vidros ou painéis de alumínio para chegarem ao ponto ideal de consumo através da cura.

Esse processo requer tempo, dedicação e sobretudo paciência de quem cultiva a maconha. Em sua tese, o antropólogo Marcos Veríssimo (2017) intitula “*grower*” aquele que compartilha com a planta um processo de domesticação de mão dupla, ou seja, aquele que ao domesticar a planta, também é domesticado por ela. Outra categoria explorada por Veríssimo (2017) é o *dedo-verde*, que é utilizada para designar o indivíduo que obtém sucesso no cultivo, alcançando não só a qualidade esperada, mas que obtém reconhecimento e prestígio em sua rede de contatos pelo cuidado e atenção dedicados ao longo do processo. Daí então o título da pesquisa mencionada

¹⁴ Em inglês significa botões.

anteriormente na qual este artigo é baseado: “o paciente dedo-verde”; ou seja, a pessoa que para tratar sua doença ou a de parentes, aprende a cultivar e passa a compartilhar das moralidades presentes nos círculos de sociabilidades “*grower*”, sendo que os novatos aprendem com os mais experientes.

Retomando ao aspecto biológico da cannabis, como se trata de uma planta dioica (macho e fêmea), é possível realizar cruzamentos entre diferentes genéticas (*strains*). Plantas com características específicas podem ser cruzadas com outras, gerando novas plantas com outras particularidades, como por exemplo a *White Widow*, que é o resultado do cruzamento da *Brazilian* com a *South Indian*. Estes diversos segmentos de cannabis provenientes de inúmeros cruzamentos dão origem a *strains* híbridas. As sementes são, portanto, uma forma de reprodução das espécies quando nos referimos ao cultivo controlado.

Outra forma de perpetuar a espécie é através dos clones. A clonagem é uma técnica de retirada de mudas que se dá a partir das ramificações localizadas na parte inferior do caule da planta. Dessa maneira, é possível reproduzir de forma idêntica a genética da planta ao qual se está realizando este procedimento. O trabalho botânico empreendido sobre a cannabis em outros países é tão relevante que atualmente já é possível encontrar sementes que já venham com cem por cento de chance de serem fêmeas. Estas sementes são denominadas “feminilizadas” e levam em torno de seis meses para produzirem flores e serem colhidas. Outro tipo de produto também pode ser encontrado no mercado, que são as sementes automáticas. Estas levam em torno de três meses para florescerem e serem colhidas, ou seja, metade do tempo demandado pelas “feminilizadas”, porém, estas não podem ser clonadas.

O cultivo da cannabis pode ser feito basicamente de duas formas: *indoor* ou *outdoor*. Essas palavras em inglês representam o espaço e a estrutura que é preparada para o plantio, “dentro de casa” ou “fora de casa”. Internamente, a estrutura deve ser pensada de forma a reproduzir propriedades do meio ambiente como luz, vento e temperatura controlada, por isso, muitos cultivadores utilizam estufas. Já na área externa, o manejo da planta passa pelo controle biológico do próprio ambiente.

Tudo o que estamos falando até o momento, corresponde a uma prática de cultivo controlado, no qual o cultivador mantém um contato próximo com as plantas, que geralmente são com um número limitado. Veríssimo (2017) nos descreve bem esta prática a partir da interlocução com cultivadores caseiros. Essa forma de administração

controlada ou protegida pode ser encontrada em maior escala em países onde a maconha é legalizada, no qual as *farms* (fazendas) são famosas e produzem genéticas conceituadas para competirem em copas canábicas (VERÍSSIMO, 2017). O cultivo controlado permite tanto ao usuário quanto ao paciente escolherem a genética que mais lhe interessa a partir de seu objetivo, seja para uso adulto ou para tratamento terapêutico.

Trazendo a discussão para o contexto brasileiro, o fato da legalização e da regulação da maconha não se encontrarem bem estruturadas, não a isentade ser a droga ilegal mais consumida no país. Para aqueles que não produzem suas próprias flores, o produto disponibilizado pelo mercado ilícito é de baixíssima qualidade, já que não passa por um manejo com cuidados rigorosos. O famoso “prensado” paraguaio, por motivos de transporte ilegal, é submetido ao processo de prensagem e, sem os devidos cuidados na hora do cultivo, apresenta uma resina muito pouco potente comparado às flores cultivadas domesticamente, como demonstra Veríssimo (2016):

Nas cidades do Sul e do Sudeste do Brasil, prevalece nesse mercado o chamado “prensado”, cannabis colhida em latifúndios paraguaios e colocada numa prensa para depois seguir na forma de pedra para os mercados brasileiro, argentino e uruguaio. Não raro, o maconheiro fica temporariamente sem o produto, a maconha, ou de posse de um produto de qualidade duvidosa. “Malhada”, “palha”, “velha”, “mofada”, algumas com muita amônia, além de outros tipos de impurezas (tais como inseticidas usados na plantação), muitas vezes colhida há mais de um ano e mantidas por força de reagentes químicos (VERÍSSIMO, 2016, p.277).

O *skunkou colômbia*, encontrado também no mercado ilegal brasileiro, é tratado pelos noticiários sensacionalistas como uma “maconha super potente”. Este produto é vendido a preços mais elevados quando em comparação ao prensado, mesmo assim continua sendo classificado por growers e pacientes como de “qualidade duvidosa”. O *skunk* é uma flor que recebe um tratamento melhor durante seu cultivo e colheita, porém, é um nome genérico para flores que não são prensadas e não se sabe a genética. Já o *colômbia* é uma maconha que em relação a sua qualidade está entre o prensado e a flor, pois, muitas vezes pode vir solta e com um cheiro e aspecto mais fresco, mas não deixa de ser uma planta com pouco cuidado em seu cultivo e colheita.

De acordo com minha pesquisa, o paciente de maconha precisa necessariamente saber o que consome, visto que há uma recomendação médica, ou seja, saber a *strain* e os efeitos que procura e, principalmente, não consumir o prensado. Para o consumo medicinal é recomendado inclusive que todo o cultivo seja feito com produtos

orgânicos(MOTTA, 2020). Ao comprar o óleo importado, das farmácias ou das associações canábicas, também não é possível saber qual a *strain*, e apenas em alguns casos é informado ao consumidor qual é a porcentagem de THC e CBD a partir da extração. Para não restar dúvidas, discutiremos a seguir as principais formas de se utilizar terapêuticamente a maconha, como ter acesso ao tratamento e quais os documentos necessários.

Práticas de uso e vias de administração do tratamento

Após tratar dos aspectos biológicos, técnicas de cultivo e produção da cannabis, delimitaremos de forma mais concisa as possibilidades de se utilizar terapêuticamente, assim como as formas de acesso no Brasil. Durante minha pesquisa (MOTTA, 2020) me deparei com pacientes que realizavam o tratamento de diversas maneiras: fumando, vaporizando, óleo, pomada, spray nasal, azeite e até mesmo através de comprimidos. Cada tipo de uso corresponde a uma forma de se perceber os efeitos, dependendo das recomendações médicas e da necessidade do paciente.

Resumindo, percebe-se mais rapidamente o efeito da cannabis por vias inaladas do que orais ou cutâneas. Geralmente quando o paciente sofre de dor crônica, o alívio da dor é mais eficaz se for fumada ou vaporizada. Caso o paciente possua alguma doença neurológica, o tratamento regular com o óleo é mais indicado. As vias de administração do tratamento não dizem respeito só a doença, mas também ao quadro clínico do paciente e também sua capacidade de ingerir ou inalar. Se o paciente é uma criança e tem dificuldades com o sabor do óleo, que é um extrato mais concentrado, indica-se o azeite para misturar com as refeições. Caso o paciente esteja em uma crise epilética, é indicado que seu responsável utilize o spray nasal no momento.

O óleo é indicado geralmente para tratamento regular (manhã, tarde e noite). É basicamente a extração dos tricomas através de técnicas complexas, mas que podem facilmente ser executadas em casa. Há muitas formas de se fazer, sendo a mais comum através de banho-maria utilizando álcool de cereais e óleo de coco ou azeite. A flor passa por um processo de descarboxilação, geralmente em fornos elétricos, em seguida vai para a panela, para depois ser coada. As flores são descartadas e o que sobra é o extrato de resina concentrado.

Para vaporizar ou fumar, as flores não são descartadas, pelo contrário, são a matéria principal. Mas primeiro, é importante que o agente de segurança saiba reconhecer a diferença entre fumar e vaporizar. O vaporizador é um aparelho eletrônico, que diferentemente dos “cigarros eletrônicos”, aquece a erva que não entra em contato direto com a resistência. O aparelho vaporizador possui uma câmara de cerâmica em seu interior que esquentam a flor a uma determinada temperatura, e o que se extrai é o vapor e não a fumaça densa, que é mais prejudicial aos pulmões. O paciente então inala o vapor e percebe rapidamente os efeitos. Em muitos vaporizadores a temperatura pode inclusive ser regulada de acordo com o desejo de quem utiliza, considerando que os canabinóides possuem pontos de ebulição diferentes, portanto, caso o paciente queira extrair um vapor mais concentrado em THC, deve regular a uma determinada temperatura, caso deseje com maior propriedade de CBD, ele regula em outra temperatura.

O cigarro de maconha, mais conhecido pelos maconheiros como *beck* ou *baseado*, é o menos indicado pelos médicos, pois, a fumaça é fruto de um processo de combustão e não de aquecimento. Por isso, a fumaça é mais densa e conseqüentemente mais prejudicial aos pulmões. Mesmo assim, este não deixa de ser uma forma utilizada por muitos pacientes que muitas vezes já eram adeptos da prática antes mesmo de formalizarem o tratamento. Os itens para o preparo do cigarro não são proibidos, pois são artigos de tabacaria, vendidos geralmente em bancas de jornais e lojas especializadas, possuem nota fiscal e por isso não pode ser apreendido.

Para ambas utilizações, vaporizada ou fumada, o paciente precisa ter em mãos a maconha *in natura*, ou seja, as flores (camarões ou buds). Sabendo disso, é preciso estar atento durante a abordagem para saber reconhecer justamente a forma de uso do paciente. Enfim,diversas são as formas de se utilizar a cannabis em tratamento médico, e essas formas dependem da indicação médica e também da necessidade do paciente em determinado momento. O que eu trouxe aqui são apenas alguns exemplos.

Formas de acesso ao tratamento

Não desconsiderando o acesso através do mercado ilícito, mas o deixando de lado por alguns momentos, buscarei explorar neste tópico as vias legais de acesso à

maconha como ferramenta terapêutica no Brasil. Até a escrita desse artigo foi possível contabilizar quatro formas de acesso legal ao medicamento no país, sendo elas: a compra em farmácias; a importação; o cultivo doméstico; e a compra através de associações canábicas. Abordarei cada uma detalhadamente ao passo que o próximo tópico será dedicado a apresentar os documentos que comprovam o uso terapêutico.

Apesar da farmácia ser um local muito frequentado e familiar para grande parte das pessoas, a compra da cannabis nestes estabelecimentos não é a mais acessível. Isso é devido ao alto custo dos medicamentos comercializados nas drogarias que ofertam duas opções de produtos. O Mevatyl, produzido pela empresa farmacêutica britânica GW Pharma, é o nome pelo qual o Sativex foi registrado no Brasil. O medicamento possui THC e é comercializado em território nacional desde 2018. Seu consumo é de maneira exclusivamente oral, ou seja, é uma solução de extrato oleoso concentrado.

Já o outro produto disponibilizado nas farmácias é o Canabidiol da farmacêutica Prati-Donaduzzi, que passou a ser comercializado no Brasil no ano de 2020. Diferentemente do primeiro, este é livre de THC e contém somente o CBD, e seu consumo se dá através da via oral já que também se trata de um composto oleoso. O Canabidiol da Prati é fruto de uma parceria entre a empresa farmacêutica e a Universidade Federal de São Paulo (USP), que realiza os estudos clínicos sob coordenação do Hospital das Clínicas da universidade. O preço dos medicamentos pode variar de R \$650,00 a R \$2.400,00 um frasco de 10 a 30ml. A justificativa para o preço salgado dos fármacos diz respeito a proibição do cultivo no país, haja visto que para produzir o óleo, as empresas precisam importar a flor, insumo necessário para fabricar o extrato.

O segundo meio de se obter legalmente acesso à cannabis é através da importação. Como mencionado nos tópicos anteriores, foi a primeira alternativa concedida pela ANVISA após uma ampla mobilização social iniciada por mães de crianças com doenças neurológicas graves, em sua grande maioria epiléticas. Após serem noticiadas de que a cannabis já era utilizada no tratamento de crianças com doenças semelhantes nos Estados Unidos, as mães passaram a importar ilegalmente o óleo e pressionar incessantemente as agências reguladoras para darem algum tipo de resposta. O retorno veio com a reclassificação do CBD e do THC, apenas dois princípios ativos da planta, que passaram a ser considerados substâncias controladas.

Um ponto interessante para reflexão é que nos Estados Unidos o óleo de maconha é vendido como suplemento alimentar, dessa maneira, não possui bula ou uma indicação precisa da concentração de canabinóides. Além disso, para conseguir comprar, a ANVISA criou uma plataforma onde se realiza a solicitação de importação com a finalidade de controlar os pedidos. Empresas como a HempMeds, BluebirdBotanicals, Revivid LLC, CW Botanicals e Mary's Nutritionals estão entre as principais empresas importadoras e receitadas pelos médicos brasileiros (MOTTA, 2020). A compra acontece através da intermediação do médico que geralmente indica um representante farmacêutico. O custo da importação também não é nada acessível, e não raro é cobrado em dólar, variando entre US\$ 150,00 a US\$ 300,00 o frasco de 10 a 30ml. Lembrando que tanto para os medicamentos vendidos na farmácia quanto os importados, a quantidade é suficiente para mais ou menos um mês de tratamento.

Passando para a terceira forma de acesso ao uso terapêutico da cannabis de forma legal, listamos o cultivo doméstico através do *habeas corpus* preventivo (HC). Este é concedido a pacientes que entram na justiça para garantir que seus tratamentos não sejam interrompidos, seja pela falta de recursos financeiros para realizar a compra, seja pela lentidão burocrática no qual essas pessoas estão submetidas. O direito ao cultivo doméstico é o percurso mais longo traçado pelo paciente na busca pela terapia canábica, já que é necessário esgotar todas as tentativas de acesso, inclusive mobilizando ações contra o SUS (Sistema Único de Saúde) e contra o plano de saúde (quando houver), para que ambos arquem com as despesas da medicação.

O *habeas corpus* preventivo consiste em uma estratégia jurídica, idealizada originalmente por advogados da REFORMA (Rede Jurídica pela Reforma da Política de Drogas), que garante o direito de plantar maconha domesticamente, tendo em vista que o óleo pode ser produzido de maneira artesanal, ou antes disso, que as flores possam ser armazenadas *in natura* para pacientes que necessitam vaporizar. De acordo com o Código de Processo Civil vigente, pessoa portadoras de doença grave devem ter prioridade na tramitação de processos em que figurem como parte interessada, portanto, a urgência do tratamento configura uma peça jurídica fundamental intitulada “estado de necessidade”. Não menos importante, outro argumento utilizado ao se requerer o HC é a “hipossuficiência”, que identifica a falta de capacidade financeira para arcar com os custos do tratamento (POLICARPO, VERÍSSIMO, FIGUEIREDO, 2017).

Policarpo e Martins (2019) agruparam os fundamentos redigidos nas decisões em três categorias principais: a garantia dos direitos à saúde, com menção ao artigo 196 da Constituição Federal; o princípio da dignidade humana; e a doença atestada pelos laudos médicos que são anexados às demandas. Estes últimos se constituem enquanto a principal evidência de necessidade do cultivo, pois, a expertise e o conhecimento médico são indispensáveis para reportar ao juiz a patologia do paciente e que o produto artesanal está surtindo efeito positivo em seu quadro clínico.

No quadro de documentos que devem ser anexados ao processo constam: a receita médica prescrevendo a cannabis; o laudo médico descrevendo a doença; a autorização de importação da ANVISA; orçamentos farmacêuticos e de importação; relatórios médicos e de outros profissionais da saúde como fisioterapeutas, psicólogos; depoimentos de familiares a partir de relatos pessoais; certificado de participação em cursos de cultivo; comprovante de membro de associação canábica; e demais documentos pessoais. Porém, a coleta e organização dos documentos pode ser considerado o último degrau deste percurso em busca do HC.

O primeiro passo é cultivar, produzir artesanalmente o óleo e manter um tratamento regular. O HC só faz sentido se requerido sob esta circunstância, pois, consiste em um “salvo conduto” que ao ser demandado apresenta ao juiz a prática ilícita do cultivo e justifica-se através do “estado de necessidade” e da “hipossuficiência”. Ou seja, o HC só pode ser concedido a alguém que já esteja comento o crime de cultivar maconha e por isso demonstra ao juízo seu caráter de urgência. O paciente ou seu responsável já deve estar socializado com as práticas de cultivo e manejo da planta, e apto a preparar artesanalmente o medicamento, tudo isso atestado de forma minuciosa pelo médico, que demonstra o resultado positivo no quadro clínico do mesmo através de seus pareceres técnicos. É uma estratégia arriscada visto sua natureza de desobediência civil, mas mesmo assim, mais de 500 *habeas corpus* já foram concedidos em todo país.

Por fim, a última forma de acesso legal é a compra através de associações canábicas. As primeiras associações brasileiras surgiram no bojo das mobilizações das mães que deu origem a reclassificação dos canabinóides (CBD e THC), assim como mencionado anteriormente. Atuam principalmente como eixos que conectam pacientes, ativistas, pesquisadores, médicos, advogados, cultivadores, etc. Dessa maneira, articulam alianças institucionais com universidades, movimentos sociais e justiça.

Foram criadas para fortalecer as demandas dos pacientes e de seus familiares pelo acesso democrático ao tratamento, que era dificultado pela falta de regulamentação da planta, pela burocracia e pela lentidão envolvida nos trâmites da agência sanitária do país, situação que também se manifestava na dificuldade de retirar os produtos da Receita Federal (PRADO, MAIA, 2021, p. 46).

O número de associações registradas com CNPJ (Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica) no Brasil já está próximo de cem e este número tende a aumentar cada vez mais. Existem diferentes modelos associativos espalhados por todo país, algumas, além do uso terapêutico, apoiam o auto cultivo e o uso adulto da planta, já outras defendem exclusivamente o uso medicinal. Isso faz com que as associações não sejam homogêneas e mesmo assim possuam pontos em comum, como a garantia de apoio às famílias. No plano funcional, apenas três associações podem distribuir produtos à base de cannabis para seus associados, são elas: a ABRACE (Associação Brasileira de Apoio Cannabis Esperança) de João Pessoa, na Paraíba; a APEPI (Associação de Apoio à Pesquisa e Pacientes de Cannabis Medicinal), sediada na cidade do Rio de Janeiro; e a CUITIVE (Associação de Cannabis e Saúde), localizada em São Paulo, capital. E uma associação pode cultivar para fins de pesquisa científica, trata-se da CANAPSE Cannabis Science, que conta com a parceria da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ).

O fato é que para conseguirem distribuir o medicamento sem riscos penais, necessitam obter uma autorização judicial para cultivo e manejo de cannabis, de modo que a estratégia utilizada para provocar o sistema de justiça utiliza os mesmos princípios que o HC para cultivo doméstico e individual. No caso, a associação que deseja adotar este modelo de produção e distribuição deve iniciar o cultivo e conquistar um corpode associados que dependam de seu movimento regular e cíclico de fornecimento, antes mesmo dar entrada no processo. Sendo assim, as associações canábicas cultivam e atuam de forma ilegal até alcançarem uma determinada estabilidade em seu pleno funcionamento, por isso, muitos pacientes realizam suas compras em associações que, na teoria, ainda não podem distribuir o medicamento.

Documentos necessários

No livro intitulado “O consumo de drogas e seus controles: uma perspectiva comparada entre as cidades do Rio de Janeiro, Brasil, e de San Francisco, EUA”, o antropólogo Frederico Policarpo (2016) apresenta algumas reflexões sobre os processos de legalização da maconha no Brasil e nos Estados Unidos a partir de uma perspectiva comparada. Durante sua pesquisa de doutorado, no qual realizou parte em solo norte-americano, Policarpo (2016) se submeteu às condições legais para se tornar um *cannabis patient* e poder adquirir maconha nas *dispensaries*¹⁵.

Após dois meses morando na cidade de San Francisco, estado da Califórnia, Policarpo (2016) passou por algumas consultas com um médico especialista (*cannabis doctor*) e depois de receber a indicação de uso da cannabis através da prescrição médica (receita) deu entrada para obter a *Medical Cannabis Card*, um documento específico que identifica um paciente de cannabis naquele local. Dessa maneira, para acessar as *dispensaries*, é necessário além do documento de identidade, a apresentação de uma carteirinha de paciente medicinal com validade de um ano, que é expedida pelo governo.

Em comparação com os Estados Unidos, apesar da necessidade da prescrição médica, o processo médico-burocrático para se tratar com maconha é bem diferente no Brasil. As formas como se tem acesso ao medicamento e também os documentos necessários para comprovar a necessidade do uso são divergentes e pouco sistematizados aqui no país. Em primeiro, é preciso consultar um médico que prescreva a cannabis. Com a receita em mãos, o paciente deve fazer virtualmente um pedido de autorização de importação para a ANVISA, que ao analisar a solicitação expede um documento autorizando ou não.

Mesmo que o paciente opte por outras formas de comprar o medicamento que não a importação, a Autorização de Importação da ANVISA é o único documento que o Estado emite permitindo o consumo e o porte da substância, portanto, até mesmo por um resguardo jurídico-penal é recomendado que o paciente carregue consigo também esta declaração, além da receita médica. Deste modo, diferentemente dos EUA onde o paciente precisa apenas apresentar uma carteirinha para comprovar a necessidade terapêutica do uso, no Brasil é necessário que o paciente possua em primeiro lugar e

¹⁵ As *dispensaries* são locais especializados em tratar e comercializar um tipo específico de produto. As *Cannabis dispensaries*, no caso, são lugares que trabalham com todos os tipos de produtos voltados para o consumo de maconha, porém, em alguns estados do EUA, apenas com fins terapêuticos.

mais importante a receita/prescrição da cannabis, e em segundo a Autorização de Importação da ANVISA.

Em recomendação prática, um sujeito que alegue usar terapêuticamente a maconha deve apresentar os seguintes documentos: a receita médica (carimbo, nº do CRM, data de expedição e medicação prescrita); Autorização de Importação da ANVISA (possui validade de dois anos); laudo médico contendo o CID da doença (caso houver). Vale ressaltar que o principal documento é a receita médica e que os outros são papéis secundários, mas não menos importantes em um país onde não está nada muito bem definido e regulamentado.

Já no caso do *habeas corpus* para cultivo doméstico, os documentos médicos também são fundamentais. No momento em que o HC é deliberado pelo juiz, as corporações policiais que integram a localidade de moradia do paciente são notificadas e passam a ter conhecimento sobre o cultivo. Em caso de ocorrências ou visitas à residência, o policial deve solicitar ao paciente ou ao seu responsável o documento HC (contendo a decisão judicial) e os documentos médicos tratados acima. Cabe ao poder policial fotografar, contar o número de plantas e anotar, e não pode sob hipótese alguma constranger os mesmos, apreender as plantas e/ou dar voz de prisão ao sujeito.

Concluindo, assim como na atual Lei de Drogas (11.343/06), os critérios para definir usuário, traficante e paciente são subjetivos e deixados a cargo da interpretação do agente durante a abordagem, pois, tanto para uso adulto quanto para uso medicinal não existem especificações com relação a quantidade. A maconha é altamente procurada nos mercados ilícitos do país e sua qualidade não é adequada ao consumo terapêutico. Mas e se o óleo ou a flor do paciente acabar? Ele paralisa o tratamento ou recorre ao tráfico para ter acesso? Pois bem, a subjetividade é imposta ao agente de segurança pública mais uma vez. Não é meu papel dizer como o policial deve agir, mas sim fornecer elementos para que sua prática seja baseada em elementos empíricos. O que posso dizer neste caso é: a substância não muda, continua a mesma. O que difere neste caso é a forma como foi adquirida e os cuidados que a mesma recebeu durante seu cultivo, colheita e transporte.

Conclusão

Meu propósito com este trabalho foi sistematizar de maneira acessível à profissionais de segurança pública informações contidas em um estudo mais amplo, que foi a minha pesquisa de mestrado (MOTTA, 2020). Ao longo da história humana, a cannabis tomou formatos sociais e culturais diversos em várias sociedades, sendo atualmente classificada e gerenciada formalmente pela medicina e pelo direito, onde o primeiro se encarrega de permitir ou não a substância e seus efeitos e o segundo por executar medidas restritivas e punitivas a quem as consome. Este modelo de repressão às drogas ao qual se convencionou chamar de proibicionismo, atua através do paradigma médico-jurídico (VARGAS, 2008).

Aqui não tenho o objetivo de defender um lado da história e muito menos cair na armadilha de um debate ideológico sobre ser a favor ou contra a proibição ou legalização das drogas. De fato, é preciso admitir que há instaurado no Brasil e no mundo um modelo de proibição do consumo e comércio a partir de uma lógica repressiva e punitiva, e que isso vem se transformando nos últimos anos, pelo menos com a maconha. Por isso, considero importante trazer neste artigo provocações sobre proibição da maconha no Brasil, justamente para instigar o início de uma reflexão sobre os aspectos históricos da atual prática policial e jurídica no país com relação a planta e seus consumidores.

Maconha e cannabis, óleo e flor, prensado ou skunk, todas essas categorias são utilizadas para denominar uma mesma substância, que em contextos específicos é posta na ilicitude e em outros contextos é tratada como medicamento. Desse modo, existe um embate entre as agências reguladoras e a lei de drogas, no qual a maconha está em limbo jurídico, permeando entre as fronteiras do legal e ilegal, do lícito e do ilícito (TELLES, HIRATA, 2007) através de critérios que são definidos institucionalmente de forma incoerente e contraditória. Por isso, justifico novamente a necessidade de tratar sobre este tema no currículo dos profissionais de segurança pública. Busquei trazer elementos empíricos para que a atuação prática e cotidiana seja minimamente embasada.

Referências Bibliográficas

BRANDÃO, Marcílio. Do lugar de maconheiro ao corredor dos movimentos sociais: a Marcha da Maconha em Recife. *Teoria e Cultura*, v. 15, n. 2, 2020.

CAMPOS, Marcelo da Silveira. *Pela metade: a lei de drogas do Brasil*. São Paulo: Annablume, 2019.

COSTA, Perla Alves Bento de Oliveira. "Quando a gansóloga sou eu": uma etnografia das práticas dos policiais militares do estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Sociologia e Direito), Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

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

GRILLO, Carolina Christoph; POLICARPO, Frederico; VERÍSSIMO, Marcos. A "dura" e o "desenrolo": efeitos práticos da nova lei de drogas no Rio de Janeiro. *Revista de Sociologia e Política*, v. 19, n. 40, p. 135-148, 2011.

LABATE, Beatriz Caiuby et al (Org.) *Drogas e Cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008.

MACRAE, Edward.; SIMÕES, Júlio. *Rodas de fumo: O uso da maconha entre camadas médias urbanas*. CETEAD/UFBA, Salvador, 2000.

MALCHER-LOPES, Renato; RIBEIRO, Sidarta. *Maconha, Cérebro e Saúde*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent. 2007.

MARTINS, Luana; RAMOS, Lucia. O Poder Judiciário como balcão de direitos: reflexões sobre as estratégias jurídicas para a garantia do uso medicinal da maconha. *Em Sociedade*, v. 1, p. 190-207, 2018.

MISSE, Michel. *As ligações perigosas: mercado informal ilegal, narcotráfico e violência no Rio*. Contemporaneidade e Educação. Rio de Janeiro, 1997.

MOTTA, Yuri. *O paciente dedo-verde: uma etnografia sobre o cultivo e consumo de cannabis para fins terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro*. 1. ed. Rio de Janeiro: Autografia, 2020.

MOTTA, Yuri. PRADO, Monique. VERÍSSIMO, Marcos. A construção e os desafios para o desenvolvimento de uma aula sobre drogas em um curso de bacharelado em Segurança Pública. Artigo apresentado no Encontro de Pesquisa Empírica em Direito. 2018.

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

POLICARPO, Frederico; MARTINS, Luana. Dignidade, Doença e remédio: uma análise da construção médico-jurídica da maconha medicinal. *Revista Antropológica*, n.47, Niterói, p.143-166, 2.sem. 2019.

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

PRADO, Monique; MAIA, Gustavo. Associações, instituições de grupos de apoio à cannabis medicinal no Brasil e no Mundo. Brasília: Alummus, 2021.

RODRIGUES, Thiago. “Tráfico, guerra, proibição”. In: Labate, Beatriz Caiuby [et al.] (orgs.). *Drogas e Cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008, pp. 91-103.

TELLES, Vera da Silva; HIRATA, Daniel Veloso. *Cidade e práticas urbanas: nas fronteiras incertas entre o ilegal, o informal e o ilícito*. Estudos Avançados, v.21, n.61, p. 173-191, 2007.

VALENTE, Mário. “Lá na Turma Recursal sou voto vencido”: um estudo sobre o controle dos usuários de drogas pelo Sistema dos Juizados Especiais do estado do Rio de Janeiro. Dissertação, Universidade Federal Fluminense, 2021.

VARGAS, Eduardo V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, Beatriz Caiuby et al (Org.). *Drogas e Cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA. 41-64, 2008.

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

_____. *Maconheiros, fumóns e growers: um estudo comparativo do consumo e do cultivo caseiro de canábis no Rio de Janeiro e em Buenos Aires*. Editora Autografia, 2017.