

**USO MEDICINAL DA CANNABIS SATIVA E SUA REPRESENTAÇÃO SOCIAL**Solange Oliveira dos Santos<sup>a</sup><https://orcid.org/0000-0002-9095-6406>Marlene Barreto Santos Miranda<sup>b</sup><https://orcid.org/0000-0002-2647-2802>**Resumo**

Trata-se de uma revisão não sistemática da literatura, descritiva, exploratória e de caráter qualitativo. Tem o objetivo de descrever a importância do uso medicinal da *Cannabis sativa* apontando as representações sociais sobre a temática, com vistas a reduzir a falta de informação sobre a substância. Diante do cenário de preconceito em relação à *cannabis*, avalia-se que são inúmeros os dados históricos sobre o consumo da substância, além dos consistentes estudos sobre o seu uso medicinal. Porém, ainda há necessidade de formular ou adotar outras estratégias que sirvam de subsídio à formação de profissionais, principalmente das áreas de saúde, e que sejam aplicadas em suas práticas futuras de intervenção junto aos usuários de *cannabis* medicinal, bem como de se implementar políticas públicas de educação e promoção da saúde. A abordagem sobre o consumo medicinal da *Cannabis sativa* surgiu após a veiculação, através da mídia televisiva, de uma entrevista sobre Anny Fisher, criança portadora de uma síndrome rara que causava diversos episódios de convulsão ao dia, e que após o uso do Canabidiol, um medicamento à base de maconha, percebeu uma diminuição considerável das crises convulsivas. A partir da constatação de que um simples medicamento poderia minimizar a dor de muitas pessoas e de que todo o preconceito que envolve essa substância não tem nenhum respaldo científico, famílias de pacientes decidiram travar uma batalha jurídica, política e social no sentido de conseguir a autorização da Anvisa para a importação do produto para uso medicinal.

**Palavras-chave:** *Cannabis sativa*. Representação social. Uso medicinal.

<sup>a</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Mental e Atenção Básica. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: [sol\\_olliveira@hotmail.com](mailto:sol_olliveira@hotmail.com)

<sup>b</sup> Odontóloga. Mestre em Família na Sociedade Contemporânea. Docente/ Pesquisadora na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: [marlenemiranda@bahiana.edu.br](mailto:marlenemiranda@bahiana.edu.br)

**Endereço para correspondência:** Rua França Teixeira, n. 865, Plataforma. Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40490-214. E-mail: [soll\\_olliveira@hotmail.com](mailto:soll_olliveira@hotmail.com)

## MEDICAL USE OF *CANNABIS SATIVA* AND ITS SOCIAL REPRESENTATION

### **Abstract**

This study aims to describe the importance of the medicinal use of *Cannabis sativa*, pointing out the social representations on the subject to reduce the lack of information about the substance. This is a non-systematic review of the literature, descriptive, exploratory and qualitative. In view of the scenario of prejudice against cannabis, this investigation concluded that despite the many historical data on the consumption of the substance and the consistent studies on its medicinal use, there is still a need to formulate/ change strategies that serve as subsidies / data to base the training of professionals, especially in the health areas, to be applied both in their future practices of intervention among users of medicinal cannabis and in the implementation of public policies of education and health promotion. The issue of medicinal consumption of *cannabis sativa* started after the television media broadcast of an interview about a child, Anny Fisher, who had a rare syndrome that caused major episodes of seizures a day, which considerably decrease after the use of Cannabidiol, a marijuana-based drug. From the finding that a simple drug could minimize the pain of many people and that all the prejudice that involves this substance has no scientific support, some families decided to wage a great legal, political and social battle to achieve with the regulatory body, in this case ANVISA, authorization to import the product for medicinal use.

**Keywords:** *Cannabis sativa*. Social representation. Medicinal use.

## USO MEDICINAL DE *CANNABIS SATIVA* Y SU REPRESENTACIÓN SOCIAL

### **Resumen**

Esta es una revisión no sistemática de la literatura, descriptiva, exploratoria y cualitativa. Su objetivo es describir la importancia del uso medicinal del *Cannabis sativa*, señalando las representaciones sociales sobre el tema, con el fin de reducir la falta de información sobre la sustancia. En vista de la situación de prejuicio en relación con el *cannabis*, hay muchos datos sobre el consumo de la sustancia y estudios coherentes sobre su uso medicinal. Sin embargo, es necesario formular o adoptar otras estrategias que contribuyan a la formación de profesionales, principalmente en las áreas de salud, y que deben aplicarse en sus futuras prácticas de intervención con los usuarios de medicamentos *cannabis*, así como en la implantación de políticas públicas de promoción de la educación y la salud. El enfoque en el uso medicamentoso de *cannabis sativa* ha surgido tras la divulgación de una entrevista sobre Anny Fisher en la televisión, una niña que tenía

una enfermedad desconocida que le causaba varias crisis de convulsión durante el día, y que el tratamiento con cannabidiol, una medicación con base en la marihuana, resultó una disminución de las crisis. Del hallazgo de que una simple medicación podría minimizar el dolor de muchas personas y del perjuicio en cuanto a esta sustancia que no tiene base científica, algunas familias deciden a ir a los tribunales, en una lucha política y social para lograr la regulación de la Anvisa para importar el producto para uso medicinal.

**Palabras clave:** *Cannabis sativa*. Representación social. Uso medicinal.

## INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas tem sido um tema presente em inúmeros debates, suscitando muitas discussões na sociedade contemporânea. Contudo, elas costumam ter viés diferente sobre substâncias ilícitas ou lícitas, sendo o uso da maconha um motivador de preconceitos tanto entre os leigos como entre os profissionais de saúde, mesmo com as mais recentes políticas de educação e promoção à saúde<sup>1</sup>.

O cânhamo, substância extraída da *Cannabis sativa*, precisamente do caule da planta, é conhecido e utilizado desde os primórdios da humanidade. Desenvolveu-se na Ásia Central e se tornou a primeira fibra vegetal a ser cultivada. Representou um grande marco na economia mundial, pois era usado para a produção de material de construção, biocombustível, óleos diversos, fornecimento de alimentos, produção de roupas e medicamentos. Além disso, também era empregado para outros fins, como a espiritualidade, já que tem como propriedade a alteração da consciência e do modo de ver o mundo<sup>2</sup>.

A *Cannabis sativa*, nome científico da maconha (ou cânhamo, como também é conhecida), apesar de ser uma planta originária da Ásia Central, tem grande capacidade de se adaptar quanto ao clima, solo e altitude. Quanto às espécies de maconha, são três: a mais comum é a *Cannabis sativa*, cultivada em quase todo o mundo e em diferentes formas; a *Cannabis indica*, que apresenta baixo teor de SPA (tetrahydrocannabinol – THC); e a *Cannabis ruderalis*, um arbusto curto que não possui ingredientes psicoativos<sup>3</sup>.

O primeiro uso documentado do cânhamo com finalidade medicinal foi ainda em 2.300 a.C., prescrito por um imperador chinês como tratamento para constipação, gota, beribéri, reumatismo e problemas menstruais, e classificado como um dos Supremos Elixires da Imortalidade. Além disso, o cânhamo tem sido utilizado há séculos para tratamento para neuralgia, insônia, depressão, enxaquecas, inflamação, além de ser utilizado pelas mulheres para facilitar o parto, estimular a lactação e no alívio da cólica menstrual. Em geral, o cânhamo

é misturado a outras substâncias vegetais, minerais e animais que neutralizam seus efeitos alucinógenos e intensificam seus poderes terapêuticos<sup>2</sup>.

Vale salientar que a temática do uso medicinal da *Cannabis sativa* é ainda bastante controversa, uma vez que está associada a preconceitos e estigmas, havendo assim uma representação social bastante negativa, mesmo quando usada para fins terapêuticos – aspecto que será retratado neste trabalho.

As pessoas constroem sua percepção do real em meio a fatos conhecidos e vivenciados, muitas vezes de uma forma empírica. A representação social pode afastar os benefícios oferecidos por meio do uso terapêutico da *Cannabis*, pois o senso comum sobre o seu uso está recheado de estereótipos e conceitos equivocados sobre a maconha, sem mencionar, por exemplo, a possibilidade de extração da planta para benefícios à saúde.

As representações sociais referem-se tanto a um conjunto de fenômenos sociais como a teorias construídas para explicá-los. Comumente fazem uma articulação de diferentes fatos e pontos de vista, seguindo uma lógica, confirmando informações e julgamentos valorativos, extraídos das mais variadas fontes e experiências do sujeito e seus grupos<sup>4</sup>.

O número de estudos realizados sobre a *Cannabis* tem crescido consideravelmente nos últimos anos, reforçando as propriedades terapêuticas da planta<sup>5</sup>. Inclusive, alguns países já regularizaram seu uso, principalmente com fins terapêuticos, a exemplo dos Estados Unidos, onde o uso medicinal já é permitido. No fim de 2012, os estados de Colorado e Washington legalizaram o porte de pequenas quantidades de maconha (até 28 gramas) e o cultivo para consumo próprio. No mesmo ano, o Uruguai anunciou um plano de legalização da maconha com controle estatal da produção, da distribuição e da venda da planta, além de autorizar o cultivo para uso pessoal. Essas medidas objetivavam combater o narcotráfico na região, diminuir os índices de violência e funcionar como estratégia de redução de danos<sup>6</sup>.

Diante do exposto, este trabalho objetiva revisar a literatura sobre o uso medicinal da *Cannabis sativa*, com a finalidade de identificar as representações sociais sobre a temática e esclarecer os benefícios do uso, de modo a reduzir a barreira da falta de informação sobre a substância, possibilitando a aproximação dos profissionais da saúde com o tema.

## **HISTÓRICO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Entende-se como substâncias psicoativas (SPA) toda e qualquer substância que modifica a senso-percepção, o estado de consciência, o humor ou sentimento de quem a utiliza.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as SPA podem ser classificadas em: depressoras, que diminuem as atividades do sistema nervoso central; estimulantes, que

aumentam a atividade e estimulam o funcionamento do cérebro; e perturbadoras, que modificam a atividade cerebral, alterando a maneira de ver e sentir o que há ao redor, pois o cérebro passa a funcionar de forma desordenada, promovendo assim delírios e alucinações<sup>7</sup>.

Entende-se que as SPA possuem efeitos diferentes para cada pessoa, independente de classe social, poder econômico ou cultura. O uso de drogas não é algo exclusivo das classes menos favorecidas, mas sim uma questão que envolve a sociedade em geral. Por isso, cabe destinar uma atenção maior aos motivos de uso de drogas, ao impacto do uso, o perfil de quem consome e qual papel ou lugar a droga ocupa na vida do usuário<sup>8</sup>.

O consumo de drogas está ligado a uma série de dimensões – psíquica, econômica, sociocultural, religiosa, familiar, farmacológica. Por isso, deve-se analisar o sujeito e não dar atenção somente à droga. É necessário entender qual razão levou o sujeito ao uso de determinada substância e observar a situação de forma holística, analisando o sujeito e seu meio cultural para evitar ou reduzir o consumo. Deve-se agir em cima do fator desencadeante para compreender melhor as situações de consumo de SPA.

A história das drogas está ligada à da humanidade, pois fazem parte da cultura, dos rituais religiosos e até mesmo das relações humanas<sup>7</sup>. Contudo, o abuso de diversas substâncias, em geral as ilícitas, tem sido alvo de grande preocupação para a sociedade, uma vez que há associação direta entre o uso das substâncias e a questão da criminalidade. Para Nery Filho, “o uso de drogas será, sempre, indiscutivelmente, uma questão humana, pois os humanos usam drogas (ilícitas e lícitas) porque se tornaram humanos”<sup>9:15</sup>.

As fontes médico-farmacológicas do período colonial revelam que além da finalidade terapêutica, havia uma moral reguladora para o consumo de drogas. Entre os séculos XV e XVI, o conceito de drogas relacionava-se diretamente aos sentidos, com o próprio corpo, considerado algo mágico, uma forma de riqueza diferente dos bens físicos<sup>8</sup>.

As bases de conhecimento sobre as drogas foram a religião e a medicina. Com o passar do tempo, foram adotadas também como fonte de prazer por diversos povos. No século XIX, o avanço científico permitiu o conhecimento sobre os efeitos psicológicos das drogas no organismo, bem como sua influência no comportamento humano. Isso possibilitou que deixassem de ser vistas como meros vegetais com função para rituais ou magia, afastando a imagem apenas mística<sup>8</sup>.

As SPA vêm sendo consumidas ao longo do tempo em diversas culturas com as mais diversas finalidades terapêuticas, religiosas e lúdicas e até mesmo para obtenção do prazer. Eram incentivadas na Antiguidade por suas múltiplas funções, atendendo ao contexto cultural da época<sup>3</sup>.

Com o passar dos anos, a procura e a oferta das SPA passou a abranger diversas esferas da sociedade, e uma das substâncias que têm sido bastante utilizadas é a *Cannabis sativa*, objeto principal deste trabalho.

A *Cannabis* é a droga psicoativa ilícita mais usada no mundo – segundo estimativa da OMS, há 181,8 milhões de usuários de suas preparações mais comuns (como maconha e haxixe), com idades entre 15 e 64 anos. Somente na Europa, 11,7% dos jovens (entre 15 e 34 anos) usaram *Cannabis* no ano de 2015, percentual que sobe para 15,2% no grupo entre 15 e 24 anos. Do total de usuários globais, estima-se que 13,1 milhões sejam dependentes. No Brasil, a estimativa da organização é que 2,5% na população adulta usou *Cannabis* nesse período, percentual que sobe para 3,5% entre os adolescentes – taxa semelhante à de outros países da América Latina. Em seu primeiro relatório sobre o tema em 20 anos, a OMS disse haver menos conhecimento disponível sobre os efeitos sociais e na saúde do uso não médico da *Cannabis* do que o existente em relação ao álcool e ao tabaco<sup>10</sup>.

A história da maconha no Brasil se mistura ao período da colonização portuguesa no século XVI, quando também se iniciava o tráfico de escravos vindos da África. Dados históricos levam a acreditar que foram os negros africanos os responsáveis por trazer o cânhamo para o país durante a escravatura, pois até mesmo as formas de denominação e apelidos dados à planta demonstram a origem africana: fumo-de-angola, maconia e makiak, as duas últimas também encontradas na África Ocidental<sup>2</sup>.

### **A CANNABIS NO BRASIL**

A história do Brasil está ligada a planta *Cannabis sativa* desde que as primeiras caravelas portuguesas chegarem em 1500, pois os cordames e as velas eram feitos de fibras de cânhamo. Contudo, sabe-se que a maconha foi trazida pelos escravos africanos, que a chamavam de diamba. Com o passar dos anos, o uso recreativo da planta se disseminou entre os negros escravos, seguidos pelos índios e outros brasileiros que começaram a cultivar a planta.

Segundo documento oficial do governo brasileiro: “A planta teria sido introduzida em nosso país, a partir de 1549, pelos negros escravos, como alude Pedro Corrêa, e as sementes de cânhamo eram trazidas em bonecas de pano, amarradas nas pontas das tangas”<sup>11:2</sup>.

Em síntese, segundo Carlini, sabe-se hoje que a maconha não é nativa do Brasil, tendo sido trazida pelos escravos africanos<sup>11</sup>.

A associação da *Cannabis* com os negros africanos destacou-se consideravelmente como fator cultural sobre a planta. Relacionava-se a expansão da erva entre os séculos XVI e XX

aos setores marginalizados da sociedade brasileira, além de ser frequentemente associada aos cultos africanos, bem como à capoeira e outras práticas negras<sup>2</sup>.

O Brasil possui um clima quente e seco, com umidade adequada de solo, muito favorável para a produção do cânhamo, o que fez com que houvesse uma rápida adaptação das condições do plantio no país<sup>2</sup>.

Com o passar dos anos, o uso não médico da planta se disseminou também para os indígenas nativos, que passaram inclusive a cultivá-la para uso próprio. Pouco se preocupava com esse uso até então, dado que era restrito às camadas socioeconômicas menos favorecidas e não chamava a atenção da classe dominante branca. Exceção a isso é a alegação de que a rainha Carlota Joaquina (esposa do Rei Dom João VI), enquanto aqui vivia, teria o hábito de tomar um chá de maconha<sup>11</sup>.

Na segunda metade do século XIX, esse quadro começou a se modificar, pois chegaram ao Brasil as notícias dos efeitos hedonísticos da maconha, principalmente após a divulgação dos trabalhos do psiquiatra francês Jacques-Joseph Moreau de Tours e de escritores e poetas do mesmo país. Mas foi o uso medicinal da planta que teve melhor aceitação pela classe médica<sup>11</sup>.

A relação entre a *Cannabis* e a medicina no Brasil tem duas vertentes: a oficial e a popular. Na farmacopeia brasileira, era indicada para diversos tipos de enfermidades, mas nas primeiras décadas do século XX, foi abolida e caiu em desuso, assim como em grande parte do mundo<sup>2</sup>.

De acordo com Carlini<sup>11</sup>, na década de 1930, a maconha continuou a ser citada nos compêndios médicos e catálogos de produtos farmacêuticos. Por exemplo, em 1930, Araújo e Lucas enumeram as propriedades terapêuticas do extrato fluido da *Cannabis*:

Hypnotico e sedativo de acção variada, já conhecido de Dioscórides e de Plínio, o seu emprego requer cautela, cujo resultado será o bom proveito da valiosa preparação como calmante e anti-spasmódico; a sua má administração dá às vezes em resultados, franco delírio e allucinações. É empregado nas dyspepsias [...], no cancro e úlcera gástrica [...] na insomnia, nevralgias, nas perturbações mentais [...] dysenteria chronica, asthma, etc.<sup>11:2</sup>

Foi também na década de 1930 que a repressão ao uso da maconha ganhou força no Brasil. A intensificação das medidas policiais surgiu, pelo menos em parte, devido à postura do delegado brasileiro na II Conferência Internacional do Ópio, realizada em 1924, em Genebra, pela antiga Liga das Nações. Constava na agenda dessa conferência uma discussão

apenas sobre o ópio e a coca. Dessa forma, os delegados dos mais de 40 países participantes não estavam preparados para discutir sobre a maconha<sup>11</sup>.

A maconha é a droga ilícita mais usada mundialmente. No início do século XX, era considerada um problema social e por isso foi banida legalmente na década de 1930. Seu uso médico diminuiu consideravelmente devido aos pesquisadores interessados não conseguirem isolar seus princípios ativos pela rápida deterioração da planta. Entre 1960 e 1970, o consumo voltou a crescer consideravelmente<sup>12</sup>.

### **MARCOS LEGAIS SOBRE A CANNABIS**

Após a proibição pela II Conferência Internacional do Ópio, em 1924, a repressão ao uso de maconha ganhou força no Brasil a partir da década de 1930, atingindo vários estados e intensificando medidas policiais<sup>11</sup>.

Em 1933, foram registradas as primeiras prisões no Rio de Janeiro em virtude do comércio clandestino da *Cannabis*. Já em 1940, houve detenções na Bahia devido ao comércio ambulante da maconha. Esse comportamento repressivo perdurou durante muitas décadas no país, apoiado pela Convenção Única de Entorpecentes das Nações Unidas (ONU), que considera a maconha como uma droga extremamente prejudicial à saúde, colocando-a no mesmo patamar que a heroína<sup>11</sup>.

O Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938, que aprovou a Lei de Fiscalização de Entorpecentes, determinou a proibição no território nacional do plantio, cultura, colheita e exploração, por particulares, do cânhamo ou *Cannabis sativa* e sua variedade *indica* – *moraceae*, *cânhamo da Índia*, *maconha*, *diamba*, e outras denominações vulgares<sup>13</sup>.

A maconha foi criminalizada definitivamente no Brasil, assim como em grande parte do ocidente, por determinação do Decreto-Lei citado, que regulava o uso de substâncias narcóticas no país e colocava a maconha na mesma categoria ilegal que o ópio e a cocaína. Desde esse período, como é até hoje, a *Cannabis* é vista por parte da sociedade como uma marca da marginalidade e malandragem<sup>13</sup>.

De acordo com a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, “consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União”<sup>14</sup>. Define ainda no art. 2º, que:

Ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de

autorização legal ou regulamentar, bem como o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico-religioso.<sup>14</sup>

Embora o uso da maconha no Brasil continue sendo crime, com a validação da Lei nº 11.343, as penas para o porte de drogas em geral foram atenuadas. Assim, o porte e a produção de drogas para uso pessoal deixaram de ser punidos com pena de reclusão, substituídos por: (1) Advertência sobre os efeitos da droga; (2) Prestação de serviços comunitários; e (3) Medida educativa de comparecimento à programa ou curso educativo. Contudo, penas reclusivas mais duras foram estabelecidas para aqueles que comercializam, os chamados traficantes de drogas<sup>15</sup>.

Para o uso medicinal, a *Cannabis* é proibida, e as pessoas que necessitam de medicamentos à base de seus princípios ativos, como o canabidiol, sofrem com a grande dificuldade e com a legislação, tendo que importar o produto, o que acarreta um custo financeiro muito grande. Mesmo com o processo de reclassificação do composto como substância controlada que poderá ser importada mediante uma série de critérios burocráticos específicos, ainda há muito a ser feito. Esse foi apenas um pequeno passo.

Em janeiro de 2015, o canabidiol foi reclassificado como substância controlada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Em 6 de maio do mesmo ano, a Resolução nº 17 da Anvisa definiu os “critérios e os procedimentos para a importação, em caráter de excepcionalidade, de produto à base de Canabidiol em associação com outros canabinóides, por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, para tratamento de saúde”<sup>16</sup>.

Caso a pessoa queira solicitar o pedido excepcional de importação de medicamentos sujeitos a controle especial sem registro no país, por pessoa física, o requerente deve apresentar: Formulário de Solicitação de Importação Excepcional de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial I; Prescrição médica contendo obrigatoriamente o nome do paciente e do medicamento, a posologia, o quantitativo necessário, o tempo de tratamento, data, assinatura e carimbo do médico (com CRM); Laudo médico contendo o CID e o nome da doença, a descrição do caso, justificativa para a utilização de medicamento não registrado no Brasil em comparação com as alternativas terapêuticas já existentes registradas pela Anvisa; Termo de responsabilidade assinado pelo médico e paciente/responsável legal<sup>17</sup>.

As documentações originais deverão ser anexadas ao formulário para que sejam protocoladas na Anvisa. Os documentos citados devem conter as informações descritas no formulário. Toda documentação deverá ser encaminhada para o endereço do Gabinete do

Diretor Presidente (GADIP) da Anvisa do Distrito Federal. Para o rápido andamento do processo, cópia eletrônica da solicitação poderá ser encaminhada por e-mail. Assim, a Anvisa irá analisar cada caso específico dentro do prazo médio de nove dias, e retornará com a posição, solicitando informações adicionais caso necessário<sup>17</sup>.

Vale lembrar que cada caso é analisado de forma isolada e específica, podendo ter seu pedido negado ou autorizado. Esses pacientes, assim como os que não têm condições financeiras para importar o medicamento, ainda têm de recorrer à justiça em busca de seus direitos, uma vez que a possibilidade de cultivar o próprio remédio lhes é negada<sup>17</sup>.

### **MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de um levantamento bibliográfico, de caráter qualitativo, realizado através da amostra de artigos científicos, literaturas, resoluções e portarias. Caracteriza-se como um estudo exploratório devido à busca e interesse pela temática com levantamento de dados, e descritivo por reescrever as amostras selecionadas através da pesquisa de materiais escritos a respeito do tema.

Foi realizada coleta direta por meio de pesquisas exploratórias na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), consultando as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Portal Periódicos Capes. Também foram consultadas revistas eletrônicas, o site da Anvisa e os portais eletrônicos Growroom, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), Organização das Nações Unidas no Brasil (ONU/BR) e El País Brasil.

Para o levantamento, foram utilizados os seguintes descritores: “*Cannabis sativa*”, “representação social”, “uso medicinal”. A escolha dos artigos se deu após a leitura interpretativa do título e resumo, sendo excluídos aqueles que não abordavam a temática proposta.

No total, foram encontrados 12 artigos, dos quais apenas seis enquadravam-se nos critérios. Também foram localizados seis sites de acesso público com informações relevantes e pertinentes ao tema.

A análise das informações foi realizada por meio de leitura exploratória do material encontrado, à luz das portarias e resoluções ministeriais sobre o canabidiol, *Canabbiis sativa* e substâncias psicoativas e das publicações encontradas sobre o tema.

### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os valores culturais influenciam no processo de desenvolvimento do indivíduo, cujas ações refletem na sociedade, contribuindo para o processo de socialização. O imaginário

social é formado por referências imagéticas constituídas coletivamente, através dos contatos constantes com determinados grupos sociais<sup>8</sup>.

Lidar com o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas abrange grandes dimensões nas relações sociais, e deve-se levar em consideração todo o contexto do indivíduo, bem como sua subjetividade, forma de ver o mundo e singularidade<sup>8</sup>.

#### REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A *CANNABIS SATIVA*

Os diversos tipos de relação entre o sujeito e a SPA devem ser vistas de maneira holística, compreendendo todos os fatores, sejam eles sociais, culturais, econômicos, políticos, históricos ou psicológicos. Deve-se levar em consideração a forma com os fatores influem em sua subjetividade e no processo de singularização do indivíduo<sup>8</sup>.

Os fatos que surgem em meio ao contexto social recebem significados que lhes dão sentido. Essa significação ocorre conforme os acontecimentos de cada época e a formação social. Sendo assim, a representação social do uso da maconha recebe significados conforme os grupos a que pertença e o contexto social inserido. Esses significados resultam da interação entre o senso comum e o conhecimento cultural, o que conduz a uma relação de influência mútua e duradoura, trazendo uma diversidade de significados que circulam através dos meios de comunicação formais e informais, e são incorporados e reelaborados socialmente<sup>3</sup>.

A introdução da maconha na vida cotidiana de diferentes grupos sociais e as discussões que ela traz são de fato agressivas, pois o senso comum contempla o lado negativo da planta, não se atentando aos benefícios oferecidos pela erva que vêm sendo estudados e demonstrados, em grande parte devido ao avanço da ciência<sup>3</sup>.

A barreira imaginária associando o uso da droga a uma possível dependência é um grande empecilho para o uso medicinal da *Cannabis*. É necessário que as pessoas entendam que o uso medicinal difere por completo do uso recreativo, já que o primeiro se utiliza do canabidiol, que não possui o princípio ativo que provoca os efeitos psíquicos da substância.

O senso comum associa imediatamente o uso da maconha à marginalidade. A sociedade brasileira não reconhece simplesmente o uso moderado de qualquer SPA ilícita, seja recreativo ou fins terapêuticos. Liga-se o usuário de maconha a uma pessoa que está doente e precisa de tratamento para *curar* a possível dependência. Não se admite pensar no uso da substância como forma de tratamento, mesmo que possua diversas propriedades medicinais, como auxiliar no tratamento de patologias, minimizar sintomas, proporcionar melhor qualidade de vida para crianças e adultos que sofrem com determinadas doenças.

Apesar de todas as questões que envolvem o consumo da *Cannabis*, sua utilização na medicina é algo importante a ser considerado, visto que as pesquisas apontam grandes avanços nessa área.

#### USO MEDICINAL DA *CANNABIS SATIVA*

A *Cannabis* contém cerca de 60 tipos de canabinóides, compostos químicos que agem sobre os receptores em todo o nosso cérebro. O principal deles é o THC, produto químico responsável pela maior parte dos efeitos da planta.

A *Cannabis sativa* é um arbusto que cresce livremente em várias partes do mundo, principalmente nas regiões tropicais e temperadas. Em todas as espécies de plantas *Cannabis*, os sexos são separados, ou seja, existem plantas femininas e masculinas. É nas plantas femininas que existe maior concentração dos princípios ativos característicos e exclusivos da *Cannabis*, os canabinóides, que se concentram na superfície das folhas. Os frutos também têm modestas e variáveis quantidades de canabinóides, mas *in natura*, são revestidos em resina<sup>15</sup>.

Em uma pesquisa feita em 1964 para testar os efeitos do THC em humanos, o israelense Raphael Mechoulam isolou da maconha o composto oleoso  $\Delta^9$ -tetrahydrocannabinol ( $\Delta^9$ -THC). Como resultado, demonstrou-se que o THC por si só é capaz de reproduzir os principais efeitos da maconha. Novas pesquisas descobriram moléculas receptoras às quais o THC se liga, tanto no cérebro (receptor CB1) quanto nos sistemas periféricos (receptor CB2). Os receptores são proteínas que possibilitam a interação de substâncias sinalizadoras vindas de fora da célula com moléculas presentes no interior delas. Quando o THC ou outros canabinóides ativam esses receptores, uma proteína intracelular chamada G inicia uma cascata de reações bioquímicas, resultando na diminuição do envio de informações de um neurônio para os outros<sup>15</sup>.

A cascata de reações bioquímicas intracelulares desencadeadas pela ativação de CB1 por componentes da maconha nos neurônios pré-sinápticos gera dois efeitos imediatos que bloqueiam a transmissão de informação de um neurônio a outro de forma transitória. Um desses efeitos é o bloqueio da abertura dos canais de cálcio em resposta a chegada do potencial de ação no terminal pré-sináptico, impedindo a liberação do neurotransmissor. Outro efeito imediato, que dificulta a propagação do potencial de ação do terminal, é a abertura de canais que permitem a saída de íons positivos de potássio, que são muito mais abundantes no interior da célula. Essa saída de cargas positivas neutraliza o efeito elétrico da entrada de sódio suprimindo o potencial de ação".<sup>15:48</sup>

O sistema endocanabinóide compreende os receptores, os agonistas endógenos e o aparato bioquímico responsável por sintetizar essas substâncias e finalizar suas ações. Conforme sua ordem de descoberta, foram nomeados pela União Internacional de Farmacologia Básica e Clínica (*International Union of Basic and Clinical Pharmacology* – IUPHAR) como receptores CB1 e CB2, que são acoplados à proteína G. No sistema nervoso central, o CB1 está localizado nos terminais nervosos pré-sinápticos, sendo responsável pela maioria dos efeitos neurocomportamentais dos canabinóides. Já o CB2 é o principal receptor de canabinóide no sistema imune, podendo expressar-se nos neurônios. Os principais agonistas endógenos de CB1 e CB2 são os derivados do ácido araquidônico. Os endocanabinóides podem se acoplar a outros receptores além do CB1 e do CB2<sup>18</sup>.

Os endocanabinóides são moléculas análogas aos princípios ativos da maconha, só que produzidas pelo próprio cérebro, constituindo assim um grande avanço para a ciência, pois a descoberta de receptores específicos para canabinóides no cérebro permitiu que os cientistas localizassem também os circuitos cerebrais nos quais a maconha exerce sua farmacologia. Também possibilitou o estudo científico da função desses receptores em cada circuito<sup>15</sup>.

Em todas as suas partes, a *Cannabis sativa* contém canabinóides psicoativos, dentre os quais o  $\Delta^9$ -THC é o mais abundante. Contudo, a planta tem ainda mais de 400 substâncias químicas, das quais cerca de 60 alcalóides, conhecidos como canabinóides, têm vínculos químicos com o  $\Delta^9$ -THC. Nos seres humanos, o  $\Delta^9$ -THC é convertido em 11-hidróxi- $\Delta^9$ -THC, o metabolito ativo no sistema nervoso central (SNC). Os canabinóides podem ser classificados como psicoativos, como é o caso do  $\Delta^9$ -THC, e não psicoativos, como o canabidiol (CBD) e canabinol<sup>19</sup>.

O CBD também é um composto abundante na *Cannabis*, porém, seus efeitos farmacológicos são bem diferentes do  $\Delta^9$ -THC<sup>5</sup>.

Sabemos que a *Cannabis* possui diversas substâncias ativas, conhecidas como canabinóides, encontradas em maior ou menor quantidade nas folhas, flores e caule. Os canabinóides são responsáveis pelas propriedades da planta e ativam receptores no cérebro humano de diferentes maneiras. A ciência já catalogou diversos tipos de canabinóides, contudo, serão apresentados os principais<sup>20</sup>.

O **Quadro 1** demonstra os principais compostos da erva e suas características mais marcantes.

**Quadro 1**– Principais compostos da maconha. Salvador, Bahia – 2016

COMPOSTO	CARACTERÍSTICAS	INDICAÇÕES/PROPRIEDADES
Tetraidrocanabinol (THC)	O mais famoso e abundante princípio ativo da maconha, é responsável pelos efeitos psicoativos da erva.	Tem propriedade analgésica e estudos apontam que previne envelhecimento celular e espasmos provocados pela esclerose múltipla.
Canabidiol (CBD)	Sem efeitos psicoativos, o CBD representa quase 40% dos extratos da planta, tem o poder de tratar diversas patologias, especialmente quando a relação CBD/THC é adequada ao tratamento (o chamado efeito comitiva).	Pesquisas indicam que é eficaz no tratamento de epilepsia, ansiedade e até mal de Alzheimer.
Canabinol (CBN)	Este canabinóide de efeitos psicoativos surge da degradação do THC, há pouquíssimo canabinol na planta <i>in natura</i> .	Potencializa os efeitos do THC, causando a sensação de torpor e leve sedação.
Canabigerol (CBG)	Sem efeitos psicoativos, o canabigerol tem propriedades antibacterianas e pode causar alterações nos outros efeitos da maconha.	Pesquisas indicam que o CBG pode diminuir o tamanho de tumores e células cancerosas, além de promover o desenvolvimento ósseo.
Canabicromeno (CBC)	Encontrado nas <i>strains</i> mais tropicais.	Alívio da dor e um excelente antiinflamatório. Nas poucas pesquisas sobre o composto, cientistas identificaram o poder de inibir o crescimento celular de tumores.
Ácido tetraidrocanabinóico (THCa)	O composto se converte em $\Delta$ 9-THC quando queimado, vaporizado ou aquecido durante um período e a uma determinada temperatura.	O THCa contém muitas das propriedades antiinflamatórias da maconha.
Ácido canadibióico (CBDA)	O CBDA, assim como o THCa, é o componente da <i>Cannabis</i> que tem níveis elevados de CBD. O THCa, CBDA, CBGA e outros canabinóides ácidos inibem a maior parte dos COX-1 e COX-2.	Efeitos antiinflamatórios.

Fonte: Growroom<sup>20</sup>.

A maconha é usada como fumo, geralmente as folhas e algumas vezes as flores da planta. O haxixe é um extrato mais potente que a maconha comum, feito da resina que cobre as flores e as folhas da parte superior da planta. Já o skunk é produzido em laboratório com variedades de cânhamo cultivadas no Egito, Afeganistão e Marrocos, e apresenta um teor de THC de até 33%, o que torna seus efeitos dez vezes mais potentes que os da maconha comum<sup>21</sup>.

A *Cannabis* pode ser ingerida quando preparada em alimentos, como biscoitos e bolos, fumada em formados de cigarros, os chamados baseados. Pode ser inalada também por meio de sprays.

Verificou-se que quando fumada, os efeitos euforizantes da *Cannabis* aparecem em minutos, alcançam seu pico em 30 minutos e duram cerca de duas a quatro horas. Sendo ingerida oralmente, preparada com alimentos, a quantidade ingerida deve equivaler a duas ou três vezes a quantidade para atingir o potencial da *Cannabis* fumada<sup>19</sup>.

A maconha é a droga ilícita mais consumida no mundo, contudo, *são poucos* os estudos que examinam eventuais prejuízos cognitivos relacionados ao seu uso. As manifestações clínicas associadas a esses déficits incluem síndrome amotivacional, prejuízo na flexibilidade cognitiva, desatenção, dificuldade de raciocínio abstrato e formação de conceitos, aspectos intimamente ligados às *funções executivas, as quais potencialmente exercem um papel central na dependência de substâncias*<sup>22</sup>.

O canabidiol, substância extraída a partir da planta *Cannabis sativa*, porém sem os efeitos psicoativos, tem se revelado um grande aliado para o tratamento de algumas doenças. Contudo, tem encontrado grande resistência quanto à legalização. Em grande parte, essa resistência está ligada à representação social que a maconha tem no senso comum, uma vez que ao se falar da maconha, liga-se logo aos efeitos negativos que a droga possui.

As finalidades terapêuticas da *Cannabis* têm sido alvo de estudos em universidades e centros de pesquisas em todo o mundo. Em 2013, descobriu-se que o canabidiol pode ofertar proteção de longa duração contra a esclerose múltipla, pois tem propriedade antiinflamatória e imunossupressora. O CBD diminui a passagem dos leucócitos no sangue, e sua administração também melhora os déficits motores que ocorrem na fase crônica da doença<sup>23</sup>. Um estudo publicado em março de 2014 sobre os efeitos terapêuticos da planta no combate à esclerose múltipla pela revista *European Neurology* descobriu que um spray oral à base de *Cannabis* constitui uma forma de tratamento seguro e eficaz no combate a formas moderadas e graves de espasticidade causada pela esclerose múltipla, sendo uma terapia complementar para pacientes resistentes a outros medicamentos<sup>24</sup>.

Uma pesquisa realizada em março de 2014 pelo Centro de Ciências da Saúde da universidade Louisiana State sugeriu que o uso cotidiano de maconha pode reduzir a disseminação do HIV. O experimento foi executado em macacos e não se pode afirmar que teria o mesmo efeito em seres humanos, mas a pesquisa concluiu que a subministração diária de THC aos animais reduziu a propagação do HIV em seu estômago, órgão onde o vírus vive e se fortalece<sup>25</sup>.

Um estudo publicado no *The International Journal of Neuropsychopharmacology* sobre tratamento com endocabinóides, realizado em 2014 por um grupo de pesquisadores brasileiros, indicou que a síndrome do pânico é mais um dos distúrbios que podem ser tratados com o auxílio dos canabinóides. Em um estudo realizado anteriormente, em outubro de 2013, médicos da Universidade de São Paulo comprovaram a eficácia do canabidiol no tratamento do transtorno obsessivo compulsivo (TOC). Investigou-se os efeitos agonistas CBI (destinados simular os efeitos dos canabinóides naturais) sobre mudanças comportamentais, simulando modelos de respostas em casos de pânico em animais (ratos)<sup>26</sup>.

Diferentemente do que tem sido divulgado ao longo dos anos, a maconha não causa esquizofrenia. Um estudo publicado na revista *Schizophrenia Research*, em novembro de 2013, demonstra que o consumo de *Cannabis* independente da frequência e quantidade não leva ao aumento de casos de esquizofrenia. Em estudo realizado por cientistas da Harvard University, nos Estados Unidos, concluiu-se que “ter um risco familiar mórbido para desenvolver a esquizofrenia pode ser a base subjacente para o desenvolvimento da doença em usuários de maconha – e não o uso de maconha por si só”<sup>27</sup>.

Um estudo realizado em 2013 na Ásia pelo Colégio de Medicina da Universidade Católica da Coreia encontrou evidências que o THC pode ser um medicamento para o tratamento do câncer de estômago, principalmente em casos que não respondem ao tratamento convencional. Na investigação, analisou-se as células cancerosas resistentes à quimioterapia, que foram então medidas com uma forma sintética do  $\Delta^9$ -THC, um dos princípios ativos mais abundantes na *Cannabis*. Foi possível notar uma redução importante na taxa de sobrevivência das células expostas à substância, além de comprovar que doses maiores de TCH conduziram ao aumento da mortalidade de células cancerígenas<sup>28</sup>.

Em 2012, em estudo divulgado na publicação especializada *Journal of Neuroscience*, cientistas mostraram que o uso da maconha pode reduzir a inflamação associada ao Alzheimer e, assim, evitar o declínio mental. Foi feita observação dos receptores cerebrais aos quais as substâncias canabinóides se conectam. Em seguida estudaram células conhecidas como microglia, responsáveis pela ativação da resposta do sistema imune cerebral. Essas células se concentram próximas a depósitos de placas associados ao mal de Alzheimer que, quando ativos, causam inflamação. Nos cérebros de pessoas que sofreram de Alzheimer, é bem menor a presença de receptores capazes de se ligar aos canabinóides, o que indica que esses pacientes perderam a capacidade de utilizar os efeitos protetores da substância<sup>29</sup>.

Devido ao avanço de pesquisas químicas e farmacológicas acerca da *Cannabis sativa* ao longo dos últimos anos, foi possível obter compostos canabinóides sintéticos. Uma das primeiras medicações obtidas a partir dos princípios ativos  $\Delta^9$ -THC e canabidiol, submetida a testes clínicos e aprovada para prescrição médica, foi o spray oral Sativex, indicado para dor oncológica, neuropática e esclerose múltipla. Outro medicamento atualmente disponível no mercado é o THC sintético, denominado dronabinol (Marinol) para uso oral, e é indicado para redução da pressão intraocular no glaucoma. Estudos clínicos também apontam eficácia no aumento do apetite e manutenção do peso para pacientes com síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids). Também foram realizados testes com nabilona (Cesamet), outro canabinóide sintético, para avaliar a eficácia terapêutica por vias oral e sublingual. A nabilona tem indicação

para alívio da dor neuropática crônica, refratária a tratamentos analgésicos convencionais, e ainda apresenta efeito antiemético em pacientes oncológicos<sup>1</sup>.

Os avanços da medicina em torno da *Cannabis* explicam o avanço no cultivo de plantas ricas em CBD, que contém mais de 4% do composto. Nos países e estados onde a *Cannabis* é legal, existem bancos de sementes nos quais equipes técnicas se dedicam especialmente à criação de espécies do CBD com cultivo especializado, e testes garantem que o medicamento esteja dentro da prescrição médica e livre de fungos e bactérias.

No **Quadro 2** estão descritas algumas das espécies mais ricas em CBD desenvolvidas até o momento em que este estudo foi desenvolvido<sup>30</sup>.

**Quadro 2** – Espécies mais ricas em CBD já desenvolvidas. Salvador, Bahia – 2016

ESPÉCIE	CARACTERÍSTICAS	INDICAÇÃO	PERCENTUAL DE CBD
CANNATONIC	Uma das primeiras variedades consideradas medicinal. Filha de mãe MK Ultra e pai G13 Haze.	Aliviar dores e alterações nervosas.	O CBD pode chegar a 23%, enquanto o nível de THC paira nos 14%, o que garante relaxamento com efeitos psicoativos moderados.
AC/DC	Originada da Cannatonic.	Tratamento da dor, ansiedade, epilepsia, esclerose múltipla e dos efeitos negativos da quimioterapia.	Alto teor de CBD (cerca de 20%).
VALENTINA X	Filhote da St. Valentine, já conhecida pelo tratamento de epilepsia, a Valentina é a rainha das espécies medicinais. A espécie é um híbrido 50/50 de sativa e indica.	Indicada para o controle de epilepsia grave. Também é usada no tratamento de câncer, insônia e doenças.	Contém 25% de CBD.
HARLEQUIN	Nasceu especialmente para o uso medicinal. É classificada como uma sativa híbrida.	Contra dores, ansiedade, convulsões e inflamações.	Testes apontaram que tem 11,6% de CBD e cerca de 8% de THC.
CHARLOTTE'S WEB	Desenvolvida em 2011 por dois irmãos no Colorado, é rica em CBD e com baixo nível de THC. Batizada de Charlotte's Web por curar as convulsões constantes de uma menina de 3 anos chamada Charlotte. Pesquisadores da Universidade do Colorado estudam as diferenças genéticas entre pacientes que reagiram ou não à espécie.	Convulsões.	Contém cerca de 20% de CBD e apenas 0,5% de THC.
AVI-DEKEL	Desenvolvida pelo dispensário israelense Tikum Olan, essa variedade é a favorita de pacientes em tratamento contra o câncer em Israel.	De acordo com pesquisas da Hebrew University, pode ser usada para tratar doenças como artrite reumatoide, colite, inflamações no fígado, cardiopatias e diabetes.	Com 16% de canabidiol e quase nada de THC.

Fonte: Growroom<sup>30</sup>.

Um estudo publicado na revista *The Lancet Psychiatry* concluiu que legalizar o uso medicinal da maconha não produz aumento do consumo entre adolescentes. A pesquisa, realizada entre 1991 e 2014, analisou dados de 1,1 milhão de garotos norte-americanos durante 24 anos<sup>31</sup>.

A legalização da *Cannabis* e seus derivados é um tema bastante polêmico. No Brasil, um caso de grande destaque foi o de Anny de Bortoli Fischer, criança acometida por uma rara e grave doença, decorrente de mutações no gene CDLK5 (Cyclin-dependent kinase-like 5), denominada Encefalopatia Epiléptica Infantil Precoce Tipo 2(EIEE2). Essa enfermidade é caracterizada por convulsões desde os primeiros meses de vida, e no caso de Fischer, começou nos 45 dias de vida. O número de crises chegou a 80 convulsões por semana, mesmo com uso de anticonvulsivantes<sup>32</sup>. Após várias tentativas frustradas com o tratamento convencional sem notar melhoras nas crises da filha, Katiele, mãe de Anny, procurou meios alternativos para a melhora e qualidade de vida da filha. Foi quando descobriu o canabidiol (CBD) e resolveu importar o produto dos Estados Unidos, percebendo redução do número de crises da filha, que chegou a zerar. Dessa forma, o CBD acarretou uma grande mudança na qualidade de vida de Fischer e sua família.

Porém, o CBD é proibido no Brasil, e em umas das importações ilegais feitas por Katiele, o produto acabou sendo retido nos correios pela Anvisa. Após esse episódio, os pais de Anny iniciaram uma grande batalha para recuperar o produto em forma de suplemento alimentar para o tratamento da filha. A luta de Katiele é contada no documentário *Ilegal*<sup>33</sup>, bem como a história de outras mães e pacientes que encontraram nos derivados da *Cannabis* a melhora de suas enfermidades. Esse documentário foi um grande avanço, já que gerou um grande debate em torno dos benefícios da liberação da *Cannabis* medicinal, sendo de grande importância para a autorização da importação do canabidiol pela Anvisa.

Em abril de 2014, a Anvisa iniciou a abertura do procedimento especial para importação de medicamentos controlados à base de CBD. Contudo, para isso, é preciso se atentar às exigências descritas na página de “Instruções Para Preenchimento do Formulário e Protocolização na Anvisa” e do “Formulário de Solicitação de Importação Excepcional de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial”<sup>18</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho evidenciou que apesar dos diversos estudos e pesquisas que demonstram a eficácia terapêutica da *Cannabis sativa*, o peso das representações sociais sobre

a droga impõe barreiras a seus avanços, bem como à descriminalização em alguns países, a exemplo do Brasil.

Apesar de a história da humanidade estar ligada às drogas, o consumo das SPA ainda é um tema bastante polêmico, que suscita muitos debates e discussões em todas as áreas sociais.

O pesquisador e neurocientista da Universidade Federal do Rio Grande do Norte Sidarta Ribeiro pontua que a *Cannabis* é uma planta de grande potencial terapêutico, capaz de melhorar muito a qualidade de vida de pessoas que sofrem de depressão, ansiedade, câncer e de pacientes terminais. Entre inúmeros benefícios, a *Cannabis* pode diminuir o enjoo, a dor e até o tamanho de tumores.

Apesar de muitos estudos comprovarem suas propriedades terapêuticas para diversas patologias, o uso medicinal da planta ainda carrega o estigma de ser um tema que não pode ser tratado abertamente. Nesse sentido, sugere-se criar mais estratégias de enfrentamento à questão de forma ampliada, envolvendo diversos segmentos da sociedade civil e científica, através de fóruns de discussão e da mobilização dos profissionais da saúde, com vistas a apresentar os diversos benefícios do uso da *Cannabis* medicinal. Somente assim será possível deixar de lado as formas preconceituosas de pensamento e ação, que têm se mostrado tão pouco eficazes na promoção de conhecimento sobre o uso medicinal da planta e buscar soluções inovadoras e com maior possibilidade de sucesso.

### COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Solange Oliveira dos Santos e Marlene Barreto Santos Miranda.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Solange Oliveira dos Santos e Marlene Barreto Santos Miranda.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Solange Oliveira dos Santos e Marlene Barreto Santos Miranda.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Solange Oliveira dos Santos e Marlene Barreto Santos Miranda.

### REFERÊNCIAS

1. Bonfá L, Vinagre RCO, Figueiredo VN. Uso de canabinóides na dor crônica e em cuidad1os paliativos. Rev Bras Anesthesiol. 2008;58(3):267-279.
2. Robinson R. O grande livro da Cannabis: guia completo de seu uso industrial, medicinal e ambiental. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 1999.

3. Coutinho MPL, Araujo LF, Gonties B. Uso da maconha e suas representações sociais: estudo comparativo entre universitários. *Psicol estud.* 2004;9(3):469-77.
4. Gomes AMA. As representações sociais e o estudo do fenômeno do campo religioso. *Ciências da religião: história e sociedade.* 2004;2(2):36-60.
5. Schier ARM, Ribeiro NPO, Silva ACO, Hallak JEC, Crippa JAS, Nardi AE, et al. Cannabidiol, a Cannabis sativa constituent, as an anxiolytic drug. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34( Supl. 1):104-10.
6. Terra. Revista lista propriedades de cura da maconha [Internet]. 2013 mar 5 [citado em 2016 jul 1]. Disponível em: <https://saude.terra.com.br/doencas-e-tratamentos/revista-lista-propriedades-de-cura-da-maconha,cb8ffc2781c3d310VgnVCM5000009ccceb0aRCRD.html>
7. República Portuguesa. Serviço Nacional de Saúde. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Substâncias Psicoativas [Internet]. 2005 mai 10 [citado em 2016 jul 2]. Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/default.aspx>
8. Miranda MBS. Os sentidos das drogas na sociedade contemporânea: ecos entre os jovens e a família – Salvador [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Católica do Salvador; 2007.
9. Nery Filho A, Valerio ALR. Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua. Brasília (DF): SENAD; 2010.
10. Organização das Nações Unidas no Brasil. OMS: cannabis é droga ilícita mais consumida no mundo, com 180 milhões de usuários [Internet]. 2016 mai 5 [citado em 2016 maio 5]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-cannabis-e-droga-ilicita-mais-consumida-no-mundo-com-180-milhoes-de-usuarios/>
11. Carlini EA. A história da maconha no Brasil. *J bras psiquiatr.* 2006;55(4):314-7.
12. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social. Brasília (DF); 2012.
13. Brasil. Decreto-Lei n. 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1938 nov 28. Seção 1.* Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm)
14. Brasil. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências [Internet].

- Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2006 ago 24. Seção 1. [citado em 2016 jun 9]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)
15. Lopes RM, Ribeiro S. Maconha, Cérebro e Saúde. Rio de Janeiro (RJ): Vieira & Lent; 2007.
  16. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 17, de 06 de maio de 2015. Define os critérios e os procedimentos para a importação, em caráter de excepcionalidade, de produto à base de Canabidiol em associação com outros canabinóides, por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, para tratamento de saúde [Internet]. 2015 mai 8 [citado em 2016 jun 9]. Disponível em: [https://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes\\_08.05.2015-II.pdf](https://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_08.05.2015-II.pdf)
  17. Brasil. Ministério da Saúde. Solicitar autorização para importar produtos derivados de Cannabis [Internet]. c2021 [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/solicitar-autorizacao-para-importacao-excepcional-de-produtos-a-base-de-canabidiol>
  18. Saito VM, Wotjak CT, Moreira FA. Exploração farmacológica do sistema endocanabinoide: novas perspectivas para o tratamento de transtornos de ansiedade e depressão?. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(Supl. 1):S7-S14.
  19. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.* 7a ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997.
  20. Growroom. Canabinóides: conheça os principais componentes medicinais da maconha [Internet]. 2017 nov 16 [citado em 2021 mar 16]. Disponível em: <https://growroom.net/canabinoides-conheca-os-principais-compostos-da-maconha/>
  21. AreaSeg. Site de Segurança do Trabalho. Maconha [Internet]. [citado em 2016 jul 2]. Disponível em: <http://www.areaseg.com/toxicos/maconha.html>
  22. Almeida PP, Novaes MAFP, Bressan RA, Lacerda ALT. Revisão: funcionamento executivo e uso de maconha. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2008;30(1):69-76.
  23. Growroom. Composto encontrado na maconha protege contra a esclerose múltipla. [acesso em 2016 jun 9]. Disponível em: <https://www.growroom.net/board/topic/51661-composto-encontrado-na-maconha- protege- contra-a-esclerose-m%C3%BAltipla/>
  24. Maryjuana. Estudo atesta eficácia do Sativex no tratamento da esclerose múltipla [Internet]. 2014 fev 19 [citado em 2016 jun 9]. Disponível em: <https://maryjuana.com.br/2014/02/estudo-atesta-eficacia-do-sativex-no-tratamento-da-esclerose-multipla/>

25. Exame. Maconha pode frear a disseminação do HIV [Internet]. 2014 fev 21 [citado em 2016 jun 9]. Disponível em: <https://exame.com/ciencia/maconha-pode-frear-a-disseminacao-do-hiv/>
26. Maryjuana. Canabinóides podem tratar síndrome do pânico diz estudo da USP [Internet]. 2014 jan 21 [citado em 2016 jun 9]. Disponível em: <https://maryjuana.com.br/2014/01/canabinoides-podem-tratar-sindrome-do-panico-diz-estudo-da-usp/>
27. Growroom. A maconha não causa esquizofrenia descobre estudo de Harvard [Internet]. 2013 dez 9 [citado em 2016 jun 9]. Disponível em: <https://www.growroom.net/board/topic/53247-a-maconha-n%C3%A3o-causa-esquizofrenia-descobre-estudo-de-harvard/>
28. Maryjuana. Estudo comprova eficácia da maconha no tratamento do câncer de estômago [Internet]. 2013 jul 9 [citado em 2016 jun 9]. Disponível em: <https://maryjuana.com.br/2013/07/estudo-comprova-eficacia-da-maconha-no-tratamento-de-cancer-de-estomago/>
29. BBC Brasil. Maconha bloqueia avanço do Alzheimer, diz estudo [Internet]. 2005 fev 23 [citado em 2016 jun 9]. Disponível em: [https://www.bbc.com/portuguese/ciencia/story/2005/02/050223\\_marijuanams](https://www.bbc.com/portuguese/ciencia/story/2005/02/050223_marijuanams)
30. Weed. Canabidiol: conheça as espécies de maconha ricas em CBD [Internet]. 2015 mar 26 [citado em 26 jun 2016]. Disponível em: <http://165.227.62.13/2015/03/26/conheca-as-especies-ricas-em-cannabidiol-cbd/>
31. Prats J. Legalizar maconha medicinal não aumenta consumo entre adolescentes [Internet]. 2015 jun 17 [citado em 2016 fev 2]. Disponível em: [http://brasil.elpais.com/brasil/2015/06/16/ciencia/1434456902\\_940758.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2015/06/16/ciencia/1434456902_940758.html)
32. Brasil. Justiça Federal. Seção Judiciária do Distrito Federal. 3a Vara. Autos n. 24632-22.2014.4.01.3400 [Internet]. 2014 abr 3 [acesso em 2016 jul 1]. Disponível em: <http://s.conjur.com.br/dl/anvisa-maconha.pdf>
33. Araujo T, Erichsen R, diretores e produtores. Ilegal: A vida não espera [Internet]. 2014 [citado em 2016 jul 22]. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=rHehU9kh5\\_0](https://www.youtube.com/watch?v=rHehU9kh5_0)

Recebido: 30.5.2019. Aprovado: 10.2.2021.