

Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais (CRP-MG)
Comissão de Orientação em Psicologia em
Tratamentos com Cannabis Terapêutica

Cannabis em pauta

relatos da Comissão de Orientação em Psicologia em
Tratamentos com Cannabis Terapêutica



CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS

Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais (CRP-MG)
Comissão de Orientação em Psicologia em
Tratamentos com Cannabis Terapêutica

Cannabis em pauta:

relatos da Comissão de Orientação em Psicologia
em tratamentos com Cannabis Terapêutica

Belo Horizonte



CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS

2023

© 2023, Conselho Regional de Psicologia – Minas Gerais

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte.

Foto da capa: Anderson Nazareno Matos

Revisão ortográfica e gramatical: Debora Guiot - VISUAUDIO

Projeto e edição gráfica: Debora Guiot - VISUAUDIO Serviços de Locução e Sonorização de Áudio de Vídeo

Impressão: AS INDÚSTRIA GRÁFICA EIRELI

Tiragem: 1000 exemplares

Conselho Regional de Psicologia – Minas Gerais

Rua Timbiras, 1.532, 6º e 11º andar, Lourdes

CEP: 30.140-061 – Belo Horizonte/MG

Telefone: (31) 2138-6767

www.crpmg.org.br / crp04@crp04.org.br

C224 Cannabis em pauta: relatos da comissão de orientação em psicologia em tratamentos com cannabis terapêutica. / Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais (CRP-MG), Comissão de Orientação em Psicologia em Tratamentos com Cannabis Terapêutica (COPCT/CRP-MG). -- Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais, 2023
116p.

Inclui referências.

ISBN: 978-65-89729-07-5

1. Psicologia. 2. Cannabis. 3. Tratamentos terapêuticos. I. Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais. II. Comissão de Orientação em Psicologia em Tratamentos com Cannabis Terapêutica.

CDD: 616.89

**Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais (CRP-MG)
Comissão de Orientação em Psicologia
em Tratamentos com Cannabis Terapêutica**

Organizador
Anderson Nazareno Matos

**XVI Plenário do Conselho Regional de Psicologia
Minas Gerais (Gestão 2019-2022)**

DIRETORIA
Reinaldo da Silva Júnior
Conselheiro Diretor Presidente

Jéssica Gabriela de Souza Isabel
Conselheira Diretora Vice-Presidenta

Paula Lins Khoury
Conselheira Diretora Tesoureira

Luiz Felipe Viana Cardoso
Conselheiro Diretor Secretário

CONSELHEIRAS(OS)

Anderson Nazareno Matos
Bruna Rocha Diniz de Almeida
Camila Bahia Leite
Cláudia Aline Carvalho Esposito
Cristiane Santos de Souza Nogueira
Elza Maria Gonçalves Lobosque
Evely Najjar Capdeville
Fabrcio Júnio Rocha Ribeiro
Jéssica Gabriela de Souza Isabel
João Henrique Borges Bento
Larissa Amorim Borges
Liliane Cristina Martins
Lourdes Aparecida Machado

Luís Henrique de Souza Cunha
Luiz Felipe Viana Cardoso
Marleide Marques de Castro
Paula Khoury
Reinaldo Júnior
Renata Ferreira Jardim
Rita de Cássia de Araújo Almeida
Rodrigo Padrini Monteiro
Suellen Ananda Fraga
Ted Nobre Evangelista
Thiago Ribeiro de Freitas
Walter Melo Júnior
Yghor Queiroz Gomes

SUMÁRIO

Apresentação.....	5
Capítulo 1	
Dirijo é coisa inelente: uma introdução à história da maconha.....	8
Capítulo 2	
Experiência sobre o ensino do sistema endocanabinoide e cannabis terapêutica para estudantes da área da Saúde.....	17
Capítulo 3	
Plantar é fazer justiça com as próprias mãos! A história da ABRACANNABIS.....	27
Capítulo 4	
Psicologia e Serviço Social no associativismo canábico: relato de experiência de um grupo de acolhimento	40
Capítulo 5	
Ciência a partir da Sociedade Organizada	51
Capítulo 6	
Maconha ou Cannabis? Para quem e por quê?	66
Capítulo 7	
Dados da Pesquisa: “O conhecimento da Psicóloga mineira sobre o uso da cannabis terapêutica”.....	78
Capítulo 8	
Canabidiol e Depressão.....	99
Capítulo 9	
Cannabis ou Maconha: como a palavra tem influência na percepção do brasileiro.....	110

Apresentação

Prezadas colegas,

é com muito orgulho que apresentamos à categoria esta publicação. Fruto das elaborações do Grupo de Trabalho Cannabis Terapêutica, ocorrido no Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais entre os meses de agosto de 2020 até julho de 2021, o presente trabalho traz o relato de convidados que ajudaram este GT a se concretizar, de participantes que compuseram o Grupo, bem como uma pesquisa ‘O conhecimento da Psicóloga Mineira sobre o uso da cannabis terapêutica’, que foi realizada com a categoria por meio de questionário on-line entre os meses de julho a setembro de 2021.

Esta contribuição visou, desde o início, apoiar-se em questões éticas que embasam o saber e o fazer da(o) psicóloga(o), orientamo-nos pelos princípios fundamentais que nos guiam, apoiados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e buscamos a promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas e das coletividades, inspirou-nos problematizar formas de negligência, discriminação, violência e opressão, produtos de uma visão ideológica que tem impacto direto nas subjetividades destes tempos.

O tema ‘Cannabis Terapêutica’ surgiu mediante a necessidade que sentimos de compreender, elucidar e orientar a categoria em relação às pessoas no uso da Cannabis Sativa L. A necessidade se deu mediante o fato de que pacientes passaram a demandar o uso terapêutico, medicinal ou em cuidados paliativos de produtos à base de cannabis à profissionais de saúde. No Brasil, a guinada se deu a partir de 2014, quando passou a surgir uma nova situação, àquela na qual familiares de pacientes passaram a publicizar uma demanda até então desconhecida sobre medicamentos à base de cannabis. Inicialmente essas solicitações foram dirigidas à classe médica, que pouco conhecia sobre o assunto, para logo depois ganharem as lentes da mídia, induzindo na sociedade uma discussão sobre a planta. O périplo da redescoberta da cannabis enquanto terapêutica produziu a mobilização da opinião pública de modo que hoje é uma pauta que transita por agências e entidades governamentais, desde à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, num primeiro momento para o estabelecimento de Resolução Diretoria Colegiada (RDC’s) para nortear a demanda desses pacientes, alcançando os poderes Judiciário (por intermédio de demandas judiciais para acesso à planta ou seus insumos) e Legislativo (na forma de audiências públicas de Projetos de Lei).

O Conselho Federal de Medicina tem se posicionado de forma reservada sobre o uso da Cannabis enquanto terapêutica, limitando a ação médica na orientação de apenas alguns compostos, e a apenas duas especialidades médicas, criando a situação sem precedentes em que o Conselho restringe o ato médico de prescrever determinado componente ou terapêutica (Resolução CFM 2112/2014). Médicos prescritores, quando não são psiquiatras ou neurologistas, lançam mão de uso compassivo para garantir seu direito de escolher a terapêutica junto com seu paciente. O mesmo Conselho associou-se à Associação Brasileira de Psiquiatria,

que é abertamente contra o uso de cannabis como medicina, na publicação do 'Decálogo da Maconha', documento publicado em outubro de 2019, que em sua primeira consideração diz que: "A Cannabis Sativa e a Indica não podem ser considerados medicamentos e, portanto, não existe maconha medicinal". O Decálogo não apresenta sintonia com a realidade dos pacientes que demandam ou mesmo dos médicos que prescrevem, os primeiros como já dito tem recorrido até mesmo à justiça para terem garantidos seus direitos de usar tais medicamentos.

O Conselho Federal de Farmácia expediu a resolução 680 de 20 de fevereiro de 2020, que regulamenta a atuação do farmacêutico em medicamentos e produtos à base de Cannabis, considerando como requisito à atuação do farmacêutico os cuidados paliativos na assistência ativa e integral na garantia de melhor qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Essa entidade incumbiu-se de apenas cumprir seu papel, outorgando ao profissional regulamentação e orientação quanto ao manejo do produto, ocupada convenientemente pela questão ética que perpassa a melhora do paciente, de sua família e cuidadores.

E as psicólogas? Como dito acima, a Psicologia, enquanto classe, vinha mantendo em relação à Cannabis, quando não um enigmático silêncio, um pensamento subserviente que acompanhou historicamente muitos posicionamentos da classe médica, em particular dos colegas psiquiatras. Ainda que os princípios antimanicomiais, antiproibicionistas, antirracistas, antienarceramento, da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos nos guiem, paradoxalmente, em relação à Cannabis, não tínhamos avançado. A Psicologia com este silêncio se avizinhava da omissão, abdicando de outros princípios que a guiam enquanto ética, prática e profissão. Cuidar agora para que os psicólogos tenham um olhar empático, que considere as necessidades das pessoas que demandam produtos à base de cannabis, de seus familiares, cuidadores e enfermos é sintonizar-se para um processo sem volta. A necessidade de um posicionamento institucional evitará que adiante sejamos chamados de omissos por aqueles que pleiteavam nossa atenção e nossos cuidados.

Este material que o CRP04 entrega agora à categoria é um marco histórico que tem como principal propósito recolocar a Psicologia na discussão a partir de outros paradigmas, sustentados por uma ética dos direitos humanos, pelo compromisso com a saúde, com a educação crítica, com a liberdade e a dignidade humana. As psicólogas precisam se apropriar de discursos e manejos técnicos que lhes permitam acompanhar este movimento que coloca a cannabis em evidência no combate a várias doenças e no manejo dos cuidados paliativos, esse é um primeiro passo necessário. Posteriormente, precisamos ainda expandir nosso olhar para as possibilidades de utilização da planta em outros contextos importantes como o uso adulto, diletante e o religioso.

Temos a convicção de que nosso esforço pioneiro terá desdobramentos importantes para nossa ciência e profissão e esperamos que este livro possa abrir caminhos para novas investidas dentro do sistema conselhos e da academia na pesquisa do uso da cannabis e seus efeitos nas subjetividades. Da nossa parte os trabalhos não se encerram com esta publicação, o GT Cannabis Terapêutica

se transformou na Comissão de Orientação em Psicologia em tratamentos com Cannabis Terapêutica e vamos, a partir de agora, construir novas intervenções e produtos na intenção de aprimorar a orientação à categoria no que diz respeito à atuação da psicóloga com o público usuário de Cannabis em suas diversas formas.

É preciso ressaltar que o compromisso desta autarquia é com a garantia de oferecer à sociedade uma profissão comprometida com a promoção da qualidade de vida para todos, reconhecendo as diferenças com equidade e lutando contra as desigualdades produtoras de sofrimento e exclusão e é este compromisso que nos impele nesta jornada esperançosos de que nosso trabalho pode gerar frutos importantes para a categoria e para a sociedade como um todo.

Anderson Nazareno Matos
Reinaldo da Silva Júnior

Capítulo 1

Dirijo é coisa inelente: uma introdução à história da maconha

Guilherme Fernandes Melo

Historiador formado pela UFMG.

Integrante da Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos e do Rede Inter núcleos da Luta Antimanicomial (RENILA)

Introdução

Fumo de angola, diamba, pito do pango, erva do diabo, cocaína do caboclo, ópio dos pobres e erva maldita são alguns dos nomes pelos quais a maconha foi conhecida em nosso país. Eles revelam um pouco da tortuosa trajetória de estigmas e perseguições à qual seus usuários e comerciantes foram expostos. Homens e mulheres arbitrariamente reprimidos com encarceramento, violência e morte ao longo de quase um século de proibição da planta no Brasil.

As denominações também dizem sobre a classe e cor dos que, desde o século XIX, são alvos preferenciais das políticas de controle social efetivadas via criminalização dos usuários e vendedores da substância. Situação que, infelizmente, permanece atual. Em que pesem os avanços internacionais rumo a políticas de drogas garantidoras de direitos e não criminalizadoras, o Estado brasileiro segue apostando na simplista e fracassada estratégia proibicionista.

Para entender essa reiterada escolha pela interdição, é imperativo voltar alguns séculos e nos dedicar a entender a antiga relação da humanidade com a maconha, que apenas recentemente se tornou conflituosa.

Remédio para dor de dente

Como canta o famoso verso proveniente de um dos clubes de fumadores (diambistas) de maconha em meados do século XX, a maconha é também remédio. O contato milenar da humanidade com a planta é, desde o início, mediado pelo uso terapêutico da maconha. A planta teria sido uma das primeiras espécies a serem cultivadas no momento em que a humanidade começou a desenvolver a agricultura, permitindo assim a fixação das pessoas em um único local, fato fundamental no desenvolvimento das sociedades humanas tais quais as conhecemos hoje.

A maconha tem sua origem na Ásia Central, em regiões próximas à China, país do qual são os registros mais antigos sobre a planta. Seu conhecimento pela humanidade data de pelo menos dez mil anos. Encontra-se referência à maconha no compêndio de ervas medicinais Pen Tsao Ching (farmacopeia que remete à tradição oral do terceiro milênio a.C) e também nos Vedas, textos sagrados do hinduísmo, que remontam à Índia (2000 a.C) e apontam a maconha como uma das cinco plantas sagradas. Também no subcontinente indiano se consome, há

vários séculos, um chá produzido com a planta chamado bhang. Na China, foi utilizada para tratar cólicas, dores reumáticas, constipação intestinal e malária. No Egito antigo, unguentos com a planta teriam sido usados para tratar problemas oftalmológicos. Há muitos indícios sobre a presença da maconha em outras sociedades do período pré-cristão, ainda que a dificuldade de fontes históricas e arqueológicas torne sua confirmação alvo de dúvidas.

O historiador grego Heródoto (485 a.C.– 425 a.C) aponta em seu texto “Histórias” o relato do uso ritual da maconha entre um povo da Ásia, os Citas, o uso da planta chegou à Europa e depois à África. Sua introdução no continente africano foi feita pelos povos árabes, em especial na África oriental. A chegada na América ocorreu pelas vias africanas e europeias. No século XVII, a plantação de cânhamo era cultura obrigatória em Jamestown Colony, na Virgínia. No século XVIII, a coroa portuguesa tentou introduzir o cultivo do cânhamo no Brasil. O uso do cânhamo na produção de fibras para tecidos, papel, cordas e óleo para iluminação pública teve importante papel até o início do século XX.

O primeiro europeu a descrever a psicoatividade da maconha foi o médico português, residente na Índia, Garcia da Orta, em 1563. Já o nome científico *Cannabis Sativa* foi proposto em 1753, por Lineu. Os primeiros artigos científicos sobre o uso terapêutico da maconha surgiram no século XIX. O médico irlandês William Brooke O’Shaughnessy publicou, em 1839, um estudo sobre as potencialidades medicinais da maconha (Sobre as preparações da cannabis indiana, ou Gunjah). Ele havia tido contato com a planta no período em que trabalhou como médico e professor na Índia. O estudo é um marco na introdução da maconha na medicina ocidental. Alguns anos depois, em 1845, J.J Moreau de Tours publica o estudo, *Du Hachisch et de l’aliénation mentale*, em que relata os efeitos do haxixe no sistema nervoso central, comparando tais efeitos com a psicose. Segundo o historiador Henrique Carneiro, nos livros médicos do século XIX a maconha era indicada como um excelente remédio, podendo tratar diversos tipos de dores, convulsões, afecções nervosas, insônia e problemas intestinais. No final do século XIX e começo do XX, alguns laboratórios farmacêuticos produziram tinturas à base de maconha para uma grande variedade de indicações.

Após esse período de intensa disseminação do uso medicinal, a utilização da maconha sofre um declínio a partir dos 1920. Isso pode ser justificado por alguns fatores: o aparecimento de novos medicamentos que vieram a substituir os usos das tinturas (que eram pouco padronizadas e de difícil administração para públicos heterogêneos); o uso de novos analgésicos como a aspirina e a morfina injetável; o aparecimento de vacinas para alguns tipos de infecção; e, é claro, as legislações que proibiram ou dificultaram o uso e as pesquisas. Em 1937, é publicado o *Marihuana Tax Act* nos Estados Unidos, que passa taxar o uso para fins médicos e recreativos, e exigir uma série de autorizações e registros para a compra e posse. Em 1941, também nos EUA, a maconha deixa de fazer parte da farmacopeia do país.

A retomada dos estudos sobre os usos medicinais da maconha acontece a partir dos anos 1960. Um dos impulsos para isso é a identificação do princípio ativo THC (tetraidrocannabinol) pelo médico israelense Raphael Mechoulam

e os estudos sobre as interações entre o THC e outros canabinóides, liderados pelo professor Elisaldo Carlini no Brasil. Nos anos 1990, com a identificação dos receptores canabinóides em nosso sistema nervoso, os estudos e debates sobre os usos terapêuticos da maconha ganham novo impulso e, ao longo das últimas duas décadas dos anos 2000, seguem crescendo de forma vertiginosa em diversos campos do saber médico.

Dizem que fuma uma erva do norte

A erva do norte, cantada em 1949 pelo sambista carioca Wilson Baptista, em seu samba Chico Brito, não é outra senão a maconha. Associada no Brasil aos negros, malandros, prostitutas e a um diverso grupo de trabalhadores urbanos, foi instrumento de criminalização de um vasto conjunto de brasileiros pobres e negros. Não por acaso, em 1971, quando regravada pelo também sambista Paulinho da Viola, a música foi censurada pelo Regime Militar, então em vigor, por “fazer alusão a entorpecentes”. A arbitrária relação construída entre marginalidade, crime e a maconha é parte inseparável da história do racismo em nosso país.

Chegada ao Brasil pelas mãos dos africanos escravizados, a maconha ganhou nomes diversos, sempre em referência aos povos oriundos de África. A diamba, como então foi chamada, passou de cultivo incentivado pela coroa portuguesa a flagelo social em alguns séculos. Em 1830, uma postura municipal da prefeitura do Rio de Janeiro interdita o uso e a venda do pito do pango, um dos nomes pelos quais a maconha era chamada na então capital do Império. O texto da lei indicava a quem a interdição se direcionava: “escravos e mais pessoas”, propondo prisão aos primeiros e multa às demais pessoas. Ao tratar da apreensão por parte das elites coloniais brasileiras, em decorrência da rebelião escrava que redundou na Revolução Haitiana, Luciano Góes nos informa sobre os motivos desse tipo de legislação:

"O terror negro (do negro), agregado à dimensão quantitativa que o problema negro representava, considerando ainda o perigo da inferioridade, degeneração e involução da nação, faz com que a ideia de uma nova insurreição se concretize e se personifique no negro o medo abstrato que preocupava a elite branca já em 1847, período no qual o Rio de Janeiro era a maior cidade escravista das Américas." (GOES, 2016)

Apesar da existência da postura municipal e de outras tentativas de interdição da maconha no mundo, como a ocorrida durante a invasão napoleônica ao Egito, no final do século XVIII, a campanha de difamação internacional que teve a planta como alvo só começou a ganhar maior força nos anos de 1930.

O uso do discurso demonizador da maconha, para fins de controle social da população negra, foi utilizado desde meados do século XIX, contudo ele ganhará maior força no início do XX. As apropriações nacionais das ideias lombrosianas de pureza racial, degeneração e determinação fenotípica dos criminosos, já em declínio na Europa, ganharam tintas nacionais pelos textos de médicos e pesquisadores como Nina Rodrigues, Rodrigues Dória e Pernambuco Filho. O Código Penal de

1890 deixa explícita a apreensão do discurso eugenista para fins de controle ao criminalizar manifestações da cultura negra como o candomblé, a capoeira e o conhecimento sobre plantas. Algo parecido acontecerá com o samba no Código Penal de 1942, a partir da criminalização da chamada “vadiagem”, conceito que já tinha sido usado no código anterior para perseguição dos capoeiristas.

O artigo “Os Fumadores de Maconha. Efeitos e Males do Vício”, de autoria do médico sergipano Rodrigues Dória, foi apresentado em 1915, em Washington, nos Estados Unidos, durante o Segundo Congresso Científico Pan-americano. O texto é, de certa forma, a obra fundadora do discurso proibicionista sobre a maconha no Brasil. Dória foi aluno e professor da Faculdade de Medicina da Bahia, a mesma universidade de Nina Rodrigues. Segundo a historiadora Luisa Saad:

“O pensamento de Dória se alinhava ao modelo de Lombroso e da Antropologia Criminal. Com o advento das grandes cidades, o criminoso poderia se ocultar no anonimato das multidões e, uma vez identificado o modelo de sujeito delinquente, mais fácil seria a sua profilaxia.” (SAAD, 2018)

No texto de Dória a introdução da maconha no Brasil foi apresentada como uma vingança da “raça preta selvagem” contra os brancos, “seus irmãos mais adiantados em civilização”, em decorrência de terem sido escravizados e trazidos para o Brasil. O discurso sobre a degeneração da raça em razão da miscigenação, muito presente nesse período, servia como justificativa para o nosso atraso social e econômico. A associação desse discurso ao uso de drogas, vícios identificados com os fracos e degenerados, são pontos fundamentais do texto de Dória.

O artigo do médico teve papel importante para os autores que se dedicaram ao tema na sequência. Esses faziam referência ao seu trabalho e reforçavam os estigmas criados pelo médico. Ainda que a proibição da maconha só tenha se realizado alguns anos depois, as produções acadêmicas, de acordo com Saad (2018), cumpriram um papel importante na formatação de um discurso criminalizador sobre a maconha, que também seria incorporado e reforçado pela imprensa.

No Brasil a ser construído no século XX e, em especial, a partir da revolução de 1930, era imperativo o controle sobre os costumes não adequados ao novo homem brasileiro. A cultura política autoritária do período demandava tutela, inclusive utilizando-se da repressão. A modernização conservadora respeitava as hierarquias e buscava civilizar/educar o brasileiro. A necessidade de manutenção dessas hierarquias racistas da sociedade brasileira se serviu do amálgama entre as teorias racistas e a demonização das drogas, em especial da maconha. Esses fatores e o contexto internacional que rumava em direção a um paradigma cada vez mais proibicionista nos ajudam a explicar a criminalização da maconha no Brasil, em 1932.

Não sou agricultor, desconheço a semente

O processo de construção de estereótipos racistas sobre os usuários de maconha e suas supostas conexões com a degeneração racial da civilização que se

queria construir no Brasil atingiu um ponto de virada nas décadas de 1930 e 1940. É nesse período que assistiremos à intensificação das pesquisas sobre a planta e, também, à montagem do aparato estatal responsável pelas políticas de controle e repressão ao problema das drogas.

Em 1936, é criada a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), órgão que será responsável pela repressão às drogas, a centralização de esforços estaduais sobre o tema, a consolidação de leis de drogas e a realização de estudos e inquéritos. Dois anos depois são criadas as Comissões Estaduais de Fiscalização de Entorpecentes (CEFE). É apenas nos anos 1940 que se consolida o papel da CNFE que, recebendo maiores poderes do estado, a comissão começa a agir na repressão ao uso e comércio de drogas. Segundo Jonatas Carvalho:

[...] "no Nordeste uma droga em especial estava sendo produzida em larga escala: a maconha. As ações concentraram-se nos Estados da Bahia, Sergipe e Alagoas, em cada estado foram realizadas atividades diferentes. (...) No relatório (apresentado a CNFE), o Dr Roberval Cordeiro de Farias descreveu como se deu as intervenções na região do Vale do São Francisco, que segundo ele, "passa por ser um dos maiores focos de plantação e uso de diamba em nosso país." (CARVALHO, 2013)

A preocupação com os estados do Norte e Nordeste é recorrente nos relatórios da CNFE e, em 1946, é realizado, em Salvador, o Convênio Interestadual da Maconha, encontro que buscava criar estratégias para pressão ao consumo nos estados do Nordeste, tidos como os mais problemáticos. Os usuários da substância, segundo um relatório produzido pelo Dr. Roberval Cordeiro, responsável por uma inspeção conduzida na região em 1943, seriam "indivíduos da classe baixa, os desamparados de assistência social, menores abandonados, os 'maloqueiros'. Seu uso seria também comum "entre criminosos e reclusos nas penitenciárias".

O maconheiro típico seguiu sendo definido por categorias e associações estigmatizadoras que muito lembram o texto fundador de Rodrigues Dória. Uma excelente síntese é apresentada por Jorge Emanuel Luz de Sousa:

"Em verdade, a acusação de "maconheiro" no Brasil, havia algum tempo, era aplicada a um vasto conjunto de personagens sociais identificadas entre as "populações nortistas pobres". (MENDONÇA, 1958, p. 99) Seus "afeiçoados" seriam, sobretudo, naturais da Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Pará e Maranhão e, predominantemente, "negros e pardos"; poderiam ser os "canoeiros, pescadores" e todos os tipos de embarcadiços, acusados de serem os maiores responsáveis pela propagação do vício; poderiam ser os sertanejos, bem como os adeptos dos catimbós, xangôs e candomblés; estariam também entre o vasto e heterogêneo conjunto dos trabalhadores urbanos; e sem dúvidas a maconha seria encontrada em posse de "gatunos", malandros, boêmios, "larápios", "mundanas" e "decaídas". (CURIOSA, 1958, p. 7) [...] O discurso condenatório da maconha será uníssono, até a primeira metade da década de 1960, em considerar que "[...] seus viciados geralmente pertencem à última e mais baixa escala social, são mesmo analfabetos e sem cultura". (ROCHA, 1958) Mas por quê? Por que só os da "mais baixa escala social"? Só os pobres consumiam maconha?" (SOUZA, 2015).

A associação da maconha às classes pobres foi sintetizada pelos especialistas brasileiros da primeira metade do século XX. Ainda que respaldada, em parte, pela disseminação do uso entre as classes pobres urbanas, essa talvez seja uma visão simplificadoradora. Havia usuários também entre os abastados, artistas e intelectuais, ainda que a repressão, nesses casos, tivesse contornos mais brandos.

O discurso que associa a maconha ao crime e à pobreza foi bastante conveniente em um período no qual se procurava civilizar uma população que muito incomodava os ideais de cidade moderna aos moldes europeus, como mostra Jorge Emanuel (2015) em seu livro sobre a criminalização da maconha na Bahia. As tentativas de apagar a cidade que pulsava nas ruas a partir de feiras, festas e outras manifestações tiveram no discurso médico sobre a maconha um grande legitimador.

Pra fazer a cabeça tem hora

Se até os anos de 1960 o uso de drogas ainda era restrito a alguns grupos sociais, a partir dessa década temos uma democratização do fenômeno. A dicotomia entre “vícios elegantes”, drogas consumidas pelas classes mais altas e que tinham sua utilização associada a um certo status econômico e social, como a cocaína e o ópio, e a maconha ligada aos pobres e a população negra, começa a se embaralhar nesse período. No Brasil, o consumo cresce na segunda metade do século XX e se amplia de maneira substancial nos anos 1960 e 1970 sendo, aliás, uma tendência mundial.

É na esteira dos movimentos de contracultura, hippies e de oposição à guerra do Vietnam nos EUA que o consumo de drogas passa a ser visto também como um elemento de contestação da ordem. Algo parecido pode ser observado no Brasil: a popularização das drogas, a revolução sexual e os movimentos de juventude ajudam a alargar as margens de uma sociedade profundamente conservadora, que ademais vivia em um contexto ditatorial.

É óbvio que a juventude brasileira dos anos 1960 e 1970 não pode ser entendida a partir de uma visão monolítica. Mesmo no campo da esquerda, que realizava oposição ao regime, a percepção sobre o uso de substâncias psicoativas esteve muitas vezes guiada por discursos conservadores, que enxergavam esse uso a partir da chave do desbunde, do escapismo e da despolitização.

O combate às drogas, agora utilizado pelas forças de Estado como uma justificativa para a repressão, cumpre um papel semelhante à associação feita, em décadas anteriores, com relação à população negra. Não queremos dizer que a repressão deixa de acontecer contra essa população a partir dos anos 1960, mas que é acrescida de um novo elemento. A associação entre drogas e grupos de esquerda permanecerá no discurso proibicionista de forma significativa, em especial na América Latina, como maneira de criminalizar movimentos revolucionários de esquerda.

Em 1972 é formatada, a partir das políticas do presidente estadunidense Richard Nixon, a chamada Guerra às Drogas. Em sua famosa declaração, Nixon

se refere às drogas como o grande inimigo do povo estadunidense, fazendo uma arbitrária distinção entre países produtores e consumidores. Tal distinção permite e legitima uma série de intervenções internacionais nos países da América Latina, considerados países produtores de drogas. A chamada Guerra às Drogas, além de violências e arbitrariedade em países latinos, também geraram um terrível efeito encarcerador nos EUA, conforme Maria Lúcia Karam:

"Em duas décadas, entre 1980 e 2000, o número de presos norte-americanos pulou de cerca de 300.000 para mais de 2 milhões – em dezembro de 2009, eram 2.292.133 presos, correspondendo a 743 por cem mil habitantes. Após a declaração de “guerra às drogas”, no começo dos anos 1970, o número de pessoas encarceradas nos Estados Unidos por crimes relacionados a drogas aumentou em mais de 2.000%."(KARAM, 2013)

Tal quadro também pode ser observado no Brasil, país com uma das maiores populações prisionais do mundo e que possui uma alarmante parte de seus cidadãos encarcerados por crimes relacionados às drogas.

Até a última ponta

O uso de substâncias alteradoras de consciência é uma constante na história da maioria das sociedades humanas. A transformação de substâncias de uso ritual e religioso em mercadorias alvo de controle e interdição estatal se deu a partir de um processo amplo, que definiu as drogas como um problema social. Tal processo teve por base a criminalização e a medicalização do consumo, ou seja, a proibição e repressão de sua venda, produção e consumo, o monopólio da medicina sobre sua administração e controle e os discursos morais sobre seu uso ou abuso. A relação de repressão ao uso, produção e comércio das substâncias conhecidas como drogas foi construída ao longo da história recente e guarda relações estreitas com o controle social de grupos marginalizados.

No Brasil, o processo de criminalização da maconha é indissociável da construção de estereótipos raciais que justificaram e seguem justificando o aprisionamento, o assassinato e a destruição de vidas pobres, negras e periféricas. A falaciosa Guerra às Drogas faz da população negra sua principal vítima, ainda que todos sejam afetados pelas políticas repressivas em nosso país.

A maconha é a substância ilícita mais consumida no mundo. E a despeito das reiteradas tentativas de sua interdição, os baseados seguem queimando. Diversos países do mundo como Uruguai, Canadá, EUA, Portugal, Holanda, Espanha, Jamaica, dentre muitos outros, vêm modificando, desde os anos 1970, suas políticas com relação ao consumo e a venda de maconha e outras drogas.

O Brasil, apesar do avançar no debate sobre a maconha terapêutica, segue atrasado e insistindo em políticas simplistas baseadas em discursos retrógrados que parecem sair das propagandas antidrogas dos anos de 1950, nos EUA. Sair do armário e se posicionar é essencial para enfrentar essa questão que afeta todos, e que ao ser colocada para debaixo do tapete, turva nossa vista e entorpece nossa razão, para citar uma das pioneiras do debate antiproibicionista no Brasil,

a jurista Maria Lucia Karam (2013) Legalizar, regulamentar e reparar os danos às comunidades atingidas pela guerra é um dever da sociedade e do estado brasileiro.

Referências

BENNET, C.; OSBURN, L.; OSBURN, J. **Green gold the tree of life: Marijuana in magic & religion.** London: Access Unlimited, 1995.

CARNEIRO, H. **Pequena Enciclopédia da História das Drogas e Bebidas.** Rio de Janeiro: Editora Campus, 2005.

CARVALHO, J. C. D. **Regulamentação e criminalização das drogas no Brasil:** a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes. Rio de Janeiro: Editora Multifoco, 2013.

DEL OLMO, R. **A face oculta da droga.** Rio de Janeiro: Editora Revan, 1990.

DÓRIA, J. R. (1958). Os Fumadores de Maconha. Efeitos e Males do Vício. In: BRASIL. **Maconha:** coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958.

GOES, L. A “tradução” de Lombroso na obra de Nina Rodrigues: o racismo como base estruturante da criminologia brasileira. Rio de Janeiro, RJ: Editora Revan, 2016.

KARAM, M. L. Direitos humanos, laço social e drogas: por uma política solidária com o sofrimento humano. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.), **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**, ed.33, p.51, Brasília: Ideorama, 2013.

O MÉDICO europeu que deu início à pesquisa com maconha há mais de 170 anos. BBC News Brasil, 20 mai, 2020. Disponível em <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-44189158>> Acesso em 19 nov 2022.

RUSSO, Ethan. Historia Del Cannabis Como Medicamento. In: GUY, Geoffrey; WHITTLE, Brian A.; ROBSON, Philip. **Uso Terapêutico Del Cannabis Y Los Cannabinoides.** Barcelona : Pharma, 2006, p. 1-16.

SAAD, L. **“Fumo de Negro”:** a criminalização da maconha no pós-abolição. Salvador, BA: EDUFBA, 2019.

SOUZA, J. E. L. D. **Sonhos da diamba, controles do cotidiano:** uma história da criminalização da maconha no Brasil republicano. Salvador, BA: EDUFBA, 2015.

VARGAS, E. V. Uso de drogas: a alteração como evento. **Revista de Antropologia**, São Paulo, n.49, p. 581-623, 2006.

ZUARDI, A. W. History of cannabis as a medicine: a review. **Brazilian Journal of Psychiatry**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 153-157, 2006.

Capítulo 2

Experiência sobre o ensino do sistema endocanabinoide e cannabis terapêutica para estudantes da área da Saúde

Hygor K. Cabral Silva

Médico e mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ-CCO).
Docente Auxiliar na área de Medicina de Família e Comunidade na UFSJ-CCO.
Estudioso, pesquisador e prescritor de Cannabis medicinal.

Thamyris Santos Silva

Farmacêutica pela UFSJ-CCO.
Mestre em Farmacologia pela UFMG.
Doutoranda em Farmacologia pela Universidade de São Paulo (FMRP-USP).
Interesse em novas estratégias farmacológicas para o tratamento dos transtornos psiquiátricos do neurodesenvolvimento com canabinoides

Caio Fábio Baeta Lopes

Bioquímico pela UFSJ-CCO.
Mestre em Farmacologia pelo ICB-UFMG.
Doutorando em Bioquímica pela Universidade de São Paulo (FMRP-USP).
Estudioso dos efeitos farmacológicos dos canabinoides, especialmente seus usos prototípicos no tratamento de câncer, além de entusiasta da pesquisa pré-clínica e da educação em Cannabis medicinal

Introdução

Nos últimos 20 anos a comunidade científica direciona muitas atenções para um tipo vegetal que há milênios faz parte da relação botânica com o ser humano – a *Cannabis sativa* ssp. Popularmente conhecida sob vários “apelidos” e cunhos regionais como maconha, diamba, fumo de Angola, dirijo, chá, birra, fumo brabo, fumo de caboclo, erva e muitos outros (SOUZA, 2015), esse vegetal é motivação de muitas pesquisas científicas e de discussão pelo mundo. Rica em fitocanabinoides, a planta apresenta usos diversos na medicina, devido à potente ação biológica desses compostos. Inalados, ingeridos ou mesmo aplicados topicamente, os fitocanabinoides exercem uma pletora de efeitos farmacológicos relevantes, muito além de sua conhecida ação narcótica. De fato, o grande potencial da Cannabis medicinal tem motivado intensa pesquisa no tema, que se vale de saberes diversos para definir um verdadeiro “Sistema Endocanabinoide (SEC)” presente no organismo dos vertebrados, incluindo o humano (MARTIN;MECHOUAM;RAZDAN, 1999; DI MARZO, 2008). Nos últimos 10 anos foram publicados mais de 15 mil artigos sobre o tema, de acordo com a National Library of Medicine (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), na busca com a palavra-chave “Cannabis”. Com o descritor “Medical Cannabis” este número de publicações supera sete mil artigos.

O interesse pelos efeitos terapêuticos da ‘maconha’ data da antiguidade e o uso foi relatado em diversos livros, desenhos e publicações médicas antigas. Atualmente, o interesse por essa terapêutica tem crescido muito entre pacientes de diversos problemas de saúde, como dor crônica, doenças neurodegenerativas, doenças autoimunes, distúrbios psiquiátricos, síndromes epiléticas, transtornos

de comportamentos e desenvolvimento, configurando um potencial medicinal amplo e variado (ANDRE, 2016; RUSSO, 2004). De fato, há também um esforço social e científico enorme para que se avance nessa aplicabilidade já atestada, em que tomam parte associações de pacientes, ONGs e ativistas a favor de um amplo debate que busque legitimar o uso da maconha medicinal no Brasil e mundialmente.

Um dos entraves para que estas pesquisas sejam alavancadas são os baixos investimentos em fomentos e o preconceito enraizado pela política contra as drogas, que taxa a maconha como proibida e perigosa, desde meados do século XX, no Brasil e no mundo. Porém, essa política proibicionista, que fomenta ações radicais de “guerra às drogas”, não se sustenta no âmbito científico, e de fato não se abriga no contexto universitário. A negação de sua existência não anula seu uso terapêutico, e no campo livre de ideias da Universidade brasileira há grande interesse por esse potencial obscurecido. De fato, apesar do proibicionismo vigente, o tema “Cannabis medicinal” avança mundialmente, com comprovações sistemáticas da eficácia terapêutica da planta em níveis pré-clínicos e clínicos. É inegável que haja uma necessidade premente de que se desmistifique a temática e que exista, no ambiente acadêmico, a dicotomia necessária ao se avaliar consumo recreativo versus consumo terapêutico, sobretudo se considerada a legislação tacanha vigente no Brasil.

A despeito do debate social extremamente insuficiente que cerca o tema Cannabis medicinal no Brasil, a pesquisa científica produzida nacionalmente se destaca e é de vanguarda. De fato, há grande expectativa em torno da inauguração do primeiro centro de estudos do país inteiramente dedicado à pesquisa em canabinoides, localizado na cidade de Ribeirão Preto, SP. Representando um investimento de mais de 13 milhões de reais, esse centro de pesquisas, associado ao Hospital da Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), objetiva não apenas fomentar e desenvolver o uso terapêutico dos derivados da *C. sativa* – sobretudo o canabidiol (CBD), mas também popularizar e difundir saberes relevantes ao tema para todo o Brasil. Reunindo diversos pesquisadores de relevância internacional, o instituto corrobora com a liderança mundial da USP em publicações relacionadas às aplicações terapêuticas do CBD e sua interação com o SEC. Há destaque também para a capacidade e potencialidade da pesquisa em outros locais do país, como no campus Centro-Oeste Dona Lindu, da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ-CCO), em que existe um grande projeto - cuja expectativa de financiamento ainda esbarra em cortes orçamentários – que objetiva desenvolver o cultivo in vitro e a produção e análise de Cannabis e seus derivados. Tais iniciativas revelam a capacidade científica brasileira no tema, internacionalmente reconhecida e atestada em milhares de artigos científicos anualmente publicados em revistas científicas de alto impacto.

Em contrapartida, o ensino superior brasileiro, sobretudo os cursos na área da saúde, infelizmente ainda não seguem essa tendência em compreender e desenvolver o conhecimento acerca do SEC. E isso se reflete no baixo número de

estudantes da área da saúde que possuem esse conteúdo dentro da sua grade de curso. No Brasil, poucos são os exemplos de universidades que ministram aulas sobre o conteúdo com alunos de graduação e pós-graduação. Exemplos interessantes há nas Universidades Federais da Paraíba (UFPB) e de Santa Catarina (UFSC), pioneiras no oferecimento e inclusão desse conhecimento para os graduandos de diversos cursos da saúde. Alguns programas de pós-graduação oferecem também disciplinas com essa temática, como a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). No âmbito internacional, temos algumas universidades e centros de pesquisa que possuem linhas específicas para esses estudos e pesquisas: Max Stern Yezreel Valley College, em Israel; Universidade de Maryland, de Michigan e de Oasksterdam, nos Estados Unidos; Scuola Italiana della Canapa, na Itália; Universidade Politécnica Kwantlen, o Niagara College e a Universidade de Guelph, no Canadá.

Percebemos que o Brasil está bem atrás de outros países como Israel, Estados Unidos e Canadá na proposta de ensinar o conteúdo do SEC e aplicações terapêuticas da Cannabis em nível de graduação, uma lacuna de conhecimento que fica em total descompasso com a vanguarda em pesquisa científica produzida nacionalmente. A recente autorização de comercialização do primeiro medicamento à base de CBD nas farmácias ilustra bem essa defasagem de saberes acerca da Cannabis medicinal, pois revela um corpo prescritor ainda pouco confortável e seguro quanto ao uso terapêutico da planta e seus derivados. Essa defasagem surge, em parte, da falta de acesso, no ensino superior, aos conteúdos próprios do SEC e da aplicação terapêutica da Cannabis. Apesar de os alunos da área de saúde serem formalmente treinados nos fundamentos necessários à compreensão do SEC, em suas disciplinas obrigatórias de bioquímica, fisiologia e farmacologia, o tema não compõe conteúdo curricular estipulado nacionalmente. Tampouco há treinamento em atenção à saúde, apesar dos conteúdos básicos de semiologia e clínica também subsidiarem o aprendizado do uso e prescrição da Cannabis e seus derivados.

Relato da experiência

Para os estudantes de graduação brasileiros a oportunidade de aprender sobre Cannabis Terapêutica é bem restrita. Exceto para o curso de veterinária da UFSC, onde o conteúdo está inserido na grade obrigatória do curso, em poucos centros universitários a disciplina é oferecida de forma optativa para estudantes de vários cursos, como Medicina, Enfermagem, Psicologia, Biomedicina, Farmácia entre outros. Na UFSJ-CCO, após a iniciativa isolada de um docente do curso de Medicina, foi aprovada no colegiado o oferecimento da unidade curricular optativa “Sistema Endocanabinóide e perspectivas terapêuticas da Cannabis Sativa e seus derivados”, com uma carga horária de 36 horas, distribuídas em 12 semanas de conteúdo teórico, desenvolvido de forma remota, em encontros síncronos e assíncronos, dados por um professor psicólogo, uma farmacêutica, um bioquímico e um médico, todos com experiência no tema maconha e saúde. Inicialmente o

oferecimento foi direcionado aos estudantes de Medicina, mas serão ampliados para que alunos de outros cursos da instituição também possam se inscrever.


Por se tratar de um curso de implantação recente, onde o modelo pedagógico difere do ensino médico tradicional, não foram encontrados entraves para a aprovação da disciplina, nem houve questionamentos de professores e gestores acerca de sua importância, aceitação e exequibilidade. O plano de ensino foi elaborado sob o pilar da saúde baseada em evidência e os temas distribuídos de acordo com sua relevância, portanto, não havendo brechas para questionamentos infundados ou julgamentos levianos.

Todo o conteúdo foi elaborado e desenvolvido pelos professores envolvidos na disciplina, com um apoio prévio de docentes da UFPB, que pela maior experiência no oferecimento do conteúdo aos seus alunos, puderam colaborar com a construção da ementa curricular e suporte acadêmico de conteúdo a serem elaborados.

Os seguintes tópicos fazem parte da ementa da disciplina, apresentados também plano de ensino oficial de curso, resumido no Quadro 1:

- Aspectos botânicos gerais da planta;
- aspectos históricos e sociais do seu uso medicinal;
- importância, funções, regulação e fisiologia completa do Sistema Endocanabinoide (SEC);
- ação de fármacos agonistas e antagonistas dos receptores canabinoides e não canabinoides, substâncias que atuam sobre o SEC e suas repercussões clínicas;
- perspectivas terapêuticas da Cannabis sativa e seus derivados em diferentes agravos de saúde, enfatizando a fisiopatologia, as manifestações clínicas e o tratamento; e, os
- aspectos regulatórios da Cannabis sativa e de seus derivados no Brasil, para o tratamento de diversas doenças.

Quadro 1: Plano de Ensino da disciplina do curso de Medicina da UFSJ/CCO

		COORDENADORIA DO CURSO DE MEDICINA DO CCO PLANO DE ENSINO		
Unidade Curricular Optativa: SISTEMA ENDOCANABINÓIDE E PERSPECTIVAS TERAPÊUTICAS DA CANNABIS SATIVA E SEUS DERIVADOS				
C.H.Total: 36 ha	C.H. Prática: 0 há	C. H. Teórica: 36 ha	Grau: Bacharelado	Ano: 2021
EMENTA				
Aspectos gerais, histórico, importância, funções, regulação e fisiologia completa do Sistema Endocanabinoide (SEC). Ação de fármacos agonistas e antagonistas dos receptores canabinoides e não canabinoides, substâncias que atuam sobre o SEC e suas repercussões clínicas. Perspectivas terapêuticas da Cannabis sativa e seus derivados em diferentes agravos				

de saúde, enfatizando a fisiopatologia, as manifestações clínicas e o tratamento. Aspectos regulatórios da Cannabis sativa e de seus derivados no tratamento de diversas doenças.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Introduzir conhecimentos sobre o Sistema Endocanabinoide (SEC) e sua relação com diversas doenças, além de ampliar os estudos fisiológicos e farmacológicos sobre os canabinoides (endógenos e exógenos), com ênfase nas manifestações clínicas, tratamento e possíveis interações medicamentosas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Ao final da disciplina, o estudante deve ser capaz de: Identificar a importância do SEC na regulação de outros sistemas presentes no organismo e sua implicação com o aparecimento de diversas doenças; Conhecer os mecanismos de ação dos canabinoides endógenos e exógenos, fármacos agonistas e antagonistas dos receptores canabinoides e não canabinoides, enfatizando a farmacocinética e as possíveis interações medicamentosas que envolvam essas substâncias. Entender e conhecer a atuação dos fitocanabinoides e suas potencialidades em diversos agravos de saúde.

Fonte: SISTEMA ENDOCANABINÓIDE E PERSPECTIVAS TERAPÊUTICAS DA CANNABIS SATIVA E SEUS DERIVADOS, do Plano de Ensino da disciplina do curso de Medicina da UFSJ/CCO, 2021

Essa disciplina, ou unidade curricular, como são ditas dentro da UFSJ, foi submetida à avaliação do coordenador do curso e do colegiado do curso de Medicina da UFSJ-CCO, de acordo com o registrado na Ata da Centésima Octogésima Segunda Reunião Ordinária do Colegiado do Curso, realizada em 03 de dezembro de 2020. Na sequência, foi incluída na lista das Unidades Curriculares Optativas do curso de medicina para ser ofertada aos estudantes de graduação. O planejamento para 2022 é expandir a oferta aos demais cursos da área da saúde da instituição, ampliando assim o acesso a formação e a informação sobre o tema.

O SEC, essencialmente complexo, é amplamente distribuído pelo organismo humano, e se caracteriza, estrutural e funcionalmente, pelos canabinoides endógenos (endocanabinoides), seus receptores celulares e as enzimas que os produzem ou degradam. Dessa forma, para a boa execução da unidade curricular foram estipulados pré-requisitos aos estudantes interessados, de forma a garantir que todos os matriculados tivessem conhecimentos prévios suficientes nas áreas de bioquímica, fisiologia e farmacologia dos vários sistemas orgânicos humanos, como sistema nervoso, endócrino e imune, dentre outros. Assim, seguindo a estruturação integrada do currículo de Medicina da UFSJ-CCO, foram admitidos apenas alunos que estivessem cursando a partir do quinto semestre (terceiro ano).

Uma das ferramentas avaliativas usadas foi a autoavaliação dos estudantes, de caráter obrigatório. Utilizou-se a plataforma gratuita Google Forms para a criação de um questionário autorreflexivo para o aluno, que deveria considerar o seu conhecimento e contato com os temas principais incorporados durante o andamento da disciplina. O Quadro 2 ilustra esse questionário:

Quadro 2: Questões de autoavaliação aplicada aos estudantes

Nº	PERGUNTA
1	Como você considera seu conhecimento sobre o Sistema Endocanabinoide ANTES de cursar essa disciplina?
2	Como você considera seu conhecimento sobre o Sistema Endocanabinoide APÓS de cursar essa disciplina?
3	Como você considera seu conhecimento sobre os aspectos botânicos da planta Cannabis sativa ANTES de cursar essa disciplina?
4	Como você considera seu conhecimento sobre os aspectos botânicos da planta Cannabis sativa APÓS de cursar essa disciplina?
5	Como você considera seu conhecimento sobre a Farmacologia dos canabinoides ANTES de cursar essa disciplina?
6	Como você considera seu conhecimento sobre a Farmacologia dos canabinoides APÓS de cursar essa disciplina?
7	Como você considera seu conhecimento das aplicações terapêuticas da Cannabis sativa ANTES de cursar essa disciplina?
8	Como você considera seu conhecimento das aplicações terapêuticas da Cannabis sativa APÓS de cursar essa disciplina?
9	Como você considera sua capacidade de orientar um paciente que faz ou está interessado em fazer uso de fitocanabinoides para tratar sua doença ANTES de cursar essa disciplina?
10	Como você considera sua capacidade de orientar um paciente que faz ou está interessado em fazer uso de fitocanabinoides para tratar sua doença APÓS de cursar essa disciplina?

Fonte: Autor.

As respostas às perguntas seguiram um padrão de escolha única em escala likert, com quatro opções em cada questão, assim discriminadas: ÓTIMO – BOM – REGULAR – INSUFICIENTE.

Os resultados, encontrados nas respostas dos alunos, corroboram a escassez deste conhecimento nos cursos de graduação e mostraram aos docentes a importância e a relevância do aprendizado após o término da disciplina. A autoavaliação do desempenho acadêmico e da experiência dos estudantes com o conteúdo dado na disciplina vem servindo para mostrar que a experiência da UFSJ-CCO pode ser ampliada para uma realidade bem maior, nível nacional inclusive. Reforçando ainda mais a necessidade de que esse conhecimento deve e deverá ser incorporado, de forma sistemática, nos currículos de cursos da área da saúde, em especial, nos cursos de Medicina, Veterinária e Odontologia, profissionais prescritores dos fitocanabinoides.

Quando questionados acerca do conhecimento prévio sobre o Sistema Endocanabinoide, 95% dos estudantes que participaram da disciplina responderam terem um conhecimento insuficiente sobre o tema, sendo que os outros 5% responderam regular, portanto, nenhum aluno tinha anteriormente aos conteúdos apresentados na disciplina um conhecimento bom ou ótimo sobre o SEC. Todavia, após as 12 semanas de discussões e apresentações sobre os diversos conteúdos

básicos envolvendo a fisiologia do SEC, o padrão de respostas se inverteu, mostrando 85% dos mesmos alunos considerando ter um conhecimento bom e 15%, ótimo.

Em relação aos aspectos botânicos da planta *Cannabis* spp., 10% dos estudantes já detinham um bom conhecimento, mas 90% consideravam seu conhecimento dos aspectos botânicos da planta, insuficiente ou regular. Da mesma forma, em relação às primeiras perguntas, o padrão se inverte nas respostas sobre o conhecimento botânico após cursar a disciplina, chegando a 85% dos estudantes conseguindo incorporar e responder 'bom' ou 'ótimo' para seus conhecimentos sobre este aspecto.

Um dos conteúdos mais complexos, em relação ao SEC e aos canabinoides, está relacionado à sua farmacologia. A responsabilidade de desenvolver tal temática ficou a cargo de uma profissional da farmácia, com experiência em pesquisa com canabinoides, algo que foi colocado como diferencial para a boa compreensão e reflexão sobre o assunto.

Antes da disciplina, todos os alunos classificaram seu conhecimento sobre a farmacologia insuficiente (95%) ou regular, contudo, após o encerramento da disciplina 90% deles já tinham um bom ou ótimo conhecimento. Destaque para essa parcela pequena, mas considerável de 10% dos alunos que ainda consideraram seu conhecimento sobre a farmacologia dos canabinoides ainda regular, cujo conteúdo, por ser mais complexo e muito novo, pode gerar dificuldades no entendimento em apenas algumas aulas e discussões.

Os fitocannabinoides, forma ideal de consumo de canabinoides exógenos, apresentam diversas formas de uso, como oral (óleos, cápsulas, alimentos), vaporizada (óleos ou plantas in natura), tópica (cremes, pomadas e geis), spray de mucosa nasal e até supositório para uso anal. Diante dessas diversas formas de apresentação e uso, os estudantes foram perguntados sobre estes conhecimentos e 85% consideravam insuficiente ou regular sua competência. A realidade se inverte para os mesmos 85%, mas agora considerando conhecimento bom ou ótimo, logo após o encerramento da disciplina.

A disciplina contou com algumas discussões de casos clínicos em formato de seminários remotos, onde cada grupo ficou responsável por um tema patológico. Eles foram encorajados a refletir sobre os casos e tentando se colocar como um profissional de saúde frente a um paciente que deseja usar ou que já está em uso de óleo de cannabis. Com essas reflexões já se consegue tirar conclusões acerca da segurança e capacidade de orientar uma pessoa com alguma enfermidade sobre os potenciais, os riscos e os benefícios dos fitocannabinoides. Todos os alunos antes de acompanhar a disciplina se consideravam incapazes de orientar, 90% deles com essa capacidade insuficiente. Logo após o término da disciplina já se observa uma melhora significativa para 75% se sentindo capazes de orientar as pessoas sob seus cuidados com uma boa ou ótima capacidade de passar as melhores orientações. Contudo, ainda 25% dos estudantes que concluíram a disciplina ainda se consideraram com uma capacidade regular de orientar pessoas de forma adequada.

Já quando questionados com a pergunta "Considerando que irá se formar em

algumas semanas, como está sua segurança e conhecimento para indicar algum tratamento com fitocannabinóides para as patologias discutidas nas aulas?”, metade dos alunos que finalizaram o curso relataram ter boa capacidade para prescrever canabinóides. Já outros 45% ainda se mostraram inseguros e com conhecimento ainda insuficientes para usar tal ferramenta terapêutica.

Alguns questionamentos sobre o formato da disciplina, os conteúdos dados e o aproveitamento global dos que cursaram a disciplina foram feitos nos mesmos moldes de resposta gradativa. De forma geral, a grande maioria considerou o conteúdo dado como ótimo e/ou bom, com amplo aproveitamento por parte deles e com observações nas respostas de que o conteúdo além de interessante e bem abordado, seria necessário e fundamental para todos os estudantes da saúde.

O formato remoto da disciplina foi elogiado e incentivado a permanecer, pois amplia a participação e o acesso à informação para outras áreas, além da Medicina. Mas algumas sugestões foram dadas, como modificação de aulas expositivas para metodologias mais ativas e dialogadas, contudo, de forma geral sem críticas. O material utilizado como base referencial dos conteúdos, na sua maioria recentes (últimos 10 anos) favoreceu o aprendizado e recebeu 100% de classificações positivas em relação ao material teórico e audiovisual disponibilizado.

Já ao final do questionário auto avaliativo, duas questões foram apresentadas aos alunos para que respondessem em uma escala mais ampliada (0 a 10) sobre o aproveitamento deles e a importância do oferecimento desses conteúdos dentro de uma instituição de ensino. O Quadro abaixo mostra as duas questões dirigidas aos alunos com as respectivas proporções de respostas:

Quadro 3: Nível de aproveitamento da disciplina e do conteúdo

PERGUNTA	RESPOSTA (%)
Em uma escala de 0 a 10, considerando todos os aspectos e objetivos da UC Optativa Sistema Endocanabinoide e os aspectos terapêuticos relacionado à Cannabis, como você classifica o seu aproveitamento nesta Unidade Curricular?	10 (30)
	9 (30)
	8 (25)
Em uma escala de 0 a 10, considerando todo o formato, conteúdo e temáticas, como você classificaria a importância do oferecimento dessa UC?	7 (15)
	10 (80)
	9 (20)

Fonte: Autor.

O formulário também constou de questões abertas, para que o aluno pudesse compartilhar sua experiência, fazer críticas e comentários sobre a disciplina e seus conteúdos e finalizamos apresentando abaixo algumas dessas respostas, contextualizando a experiência compartilhada pelos estudantes:

“A minha maior dificuldade foi acompanhar todos os artigos extras, que eram muitos. Por ser um assunto tratado muitas vezes pelos mecanismos de ação e fisiologia, acabaram sendo artigos muito difíceis de ler!”

“Eu achei o formato sensacional, consegui aproveitar muito.”

“A disciplina foi maravilhosa. O tema é super relevante e ainda muito vítima

do conservadorismo da sociedade. Penso que talvez as resenhas poderiam ser mais espaçadas, mas também entendo que o esquema de aulas online requer esse maior engajamento. Eu particularmente gostei muito da gravação da aula como forma avaliativa e gostei muito da discussão que tivemos depois sobre as aulas ministradas pelos alunos. Foi interessantíssimo e muito proveitoso fazer aquele apanhado geral sobre as perspectivas de tratamento com fitocannabinoides para as diversas patologias. Eu fiquei especialmente encantada pela possibilidade de se manejar Alzheimer.”

“A disciplina é muito importante e me permitiu alcançar conhecimentos que dificilmente teria oportunidade de ter contato por outros meios. Não tinha conhecimento técnico algum sobre a cannabis e hoje posso falar com mais propriedade sobre o assunto. Acho que agora tenho uma base para poder aprofundar no assunto, caso seja necessário.”

“Bom, eu gostei muito, achei a disciplina muito boa e super relevante para prática médica, porém um pouco puxada algumas aulas.”

“Enquanto muitos professores evitariam (pela possibilidade de “polêmica” por causa do conservadorismo excessivo atual), quero parabenizar pela ousadia e responsabilidade de tratar de um tema tão necessário, mas que ao mesmo tempo é tão delicado na nossa sociedade. Obviamente existem limitações em todas as optativas (carga horária reduzida, heterogeneidade dos alunos, etc.), e seria impossível esgotar qualquer tema, mas a disciplina foi muito importante, inovadora, usar a palavra pioneira não seria nenhum exagero, e cumpriu bem a proposta de introduzir o tema, desmistificar algo que é um tabu, e essa exposição inicial (“o saber que existe”) é o que mais importa, pois dessa forma os futuros profissionais terão algo para nortear seus estudos de acordo com a necessidade (mesmo porque como é algo incipiente, ainda está na fronteira do conhecimento, e muita coisa estará diferente quando muitos dos alunos estarão atuando).”

“Participar dessa optativa foi uma grande oportunidade para expandir meu conhecimento sobre um tema pouco explorado na graduação. Eu nunca tinha tido contato com o assunto e nunca presenciei o uso de cannabinoides na minha prática clínica.”

Conclusões

A disciplina e o formato pedagógico utilizado demonstraram um potencial interessante do modelo de ensino, fazendo com que o conteúdo fosse incorporado de maneira bastante satisfatória pelos estudantes de Medicina. Inclusive sendo encorajado pelos alunos a manter o formato para as próximas turmas. Apesar de não ter sido feita análise formal dos resultados obtidos com a disciplina, é tentadora a impressão de que o desconhecimento - dentre estudantes de Medicina - do SEC e da Cannabis terapêutica é sistêmico e reflete uma realidade nacional. Observa-se, ainda, que os resultados obtidos, refletidos nas auto reflexões dos alunos, revelam o potencial transformador da educação livre, já que em uma pouca carga horária (36h) houve imenso aproveitamento discente. Isso é extremamente relevante se

considerado o papel transformador da Universidade brasileira, que vai além da formação técnico-profissional, mas almeja a criação de cidadãos cômicos, críticos e cientes da realidade nacional.

Seria fundamental para profissionais da área da saúde, em especial os prescritores de fitocanabinóides, conhecer de forma plena essa farmacologia e seus detalhes, para se conseguir chegar a um nível de raciocínio clínico e farmacológico capaz de permitir ao prescritor condições de utilizar essa ferramenta terapêutica. E, para que isso aconteça, mais universidades e professores universitários devem incentivar e criar espaços de discussão dentro da comunidade acadêmica, proporcionando a seus alunos mais conhecimento e, principalmente, quebra de preconceitos e tabus que ainda permeiam os temas SEC e Cannabis terapêutica.

Referências

ANDRE, C. M.; HAUSMAN, J. F.; GUERRIERO, G. Cannabis sativa: the plant of the thousand and one molecules. **Frontiers in plant science**, Beijing, v. 7, n. 19, 2016.

DI MARZO, V. Targeting the endocannabinoid system: to enhance or reduce? **Nature reviews Drug discovery**, London, v. 5, n. 7, p. 438-455, 2008.

MARTIN, B. R.; MECHOULAM, R.; RAZDAN, R. K. Discovery and characterization of endogenous cannabinoids. **Life sciences**, London, v. 6-7, n. 65, p. 573-595, 1999.

RUSSO, E. Future of cannabis and cannabinoids in therapeutics. **Journal of Cannabis Therapeutics**, New York, v. 4, n. 3, p. 163-174, 2004.

SOUZA, J. E. L. D. **Sonhos da diamba, controles do cotidiano**: uma história da criminalização da maconha no Brasil republicano. Salvador: Edufba, 2015.

Capítulo 3

Plantar é fazer justiça com as próprias mãos!

A história da ABRACANNABIS

Lauro Rodriguez de Pontes

Doutor em psicologia pela UERJ
Psicólogo clínico, supervisor, pesquisador em cannabis desde 2014
Professor de psicofarmacologia, psicopatologia e psicologia social – USU/RJ
Membro fundador, ex-coordenador e colaborador da ABRACannabis.
Criador/Coordenador - pós graduação em Cannabis Medicinal – Inspiralli/SP
Autor do livro - maconha terapêutica, controvérsias, versos e vivências.

Introdução

Quando um assunto, tema ou simplesmente algo existente atrai o ser humano a desvendar seus mistérios, pessoas das mais variadas origens acabam por sinergia se reunindo em nome de um bem maior e coletivo. Desse jeito, surgiu um dos movimentos mais humanistas e cuidadosos com a saúde e o bem-estar do outro, a ABRA, como carinhosamente chamamos a associação ABRACANNABIS. Por isso, este artigo serve de registro e homenagem a todos os que fizeram isso acontecer até aqui.

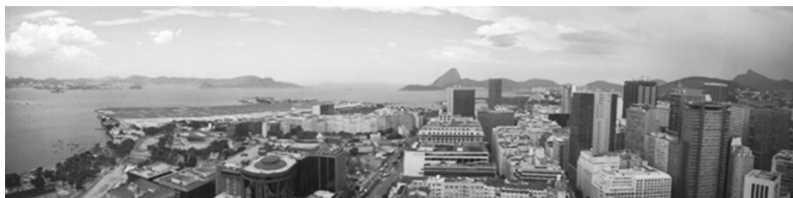
Para falarmos da ABRA, precisamos ir ao ano de 2012, quando um grupo de cultivadores amigos que trocavam experiências sobre a planta em fóruns de discussão na internet resolvem se juntar para cada um doar um pouco do seu quinhão e dessa mistura extrair a resina e diluí-la em um óleo-veículo. Assim nascia a Rede Compromisso. Entidade social de corpo sutil e anônima, que doava esse óleo para quem precisava e estava se informando dos benefícios da Maconha nas suas enfermidades ou de seus filhos e filhas.

Essa rede vai tecendo o micélio socioafetivo, produzindo novos encontros, ganhando corpo social, até eclodir numa reportagem de jornal em meados de julho/agosto de 2014. Após a busca e o contato, o trem em movimento passou e embarcamos na vivência dessa rede e seus nós, que já seguia seu próprio fluxo e que foi em direção a criação de uma associação com pessoas do brasil todo interessadas no tema e que se articularam pela internet.

Foi marcada uma data para fundação, com algum apoio institucional. E assim, em dezembro de 2014, no topo do Prédio da Candido Mendes, no centro do Rio de Janeiro, num salão de eventos com uma vista espetacular todos esses ativistas que faziam óleo para doar, profissionais da saúde, mães, pais, cuidadores, advogados, gente de alguma forma ligada ao estudo do tema de alguma forma se reuniram para fundar a AMA+ME, primeira associação do país ligada ao tema da maconha terapêutica. Porém, também no mundo canábico, nem tudo são flores. Já no ato literal de fundação, divergiu-se filosoficamente sobre alguns pontos. O penhor da balança é a direção do trabalho. O acesso mais rápido possível ao tratamento é o óleo importado. Mas isso atende só a quem pode pagar. As duas

frentes perceberam que precisavam caminhar de forma independente em vias paralelas. Essa é uma das características do ativismo canábico: muitas frentes de ação acontecem ao mesmo tempo. Todas fazem forma para o tema avançar, algumas parecem atrasar, mas o movimento é tão bem estruturado em termos da ciência transdisciplinar do tema que até notícia contra acaba se tornando a favor da causa (pois expõe o vexame da pseudociência defendida por quem ainda acredita em mula sem cabeça e proibição da maconha).

O grupo de cultivadores oriundo da Rede Compromisso que ali estavam durante a fundação já se conhecia e convocou uma reunião ali mesmo, enquanto as deliberações e pautas eram discutidas. Todos os interessados foram todos para um lindo jardim de inverno, bem no centro desse andar. Entre plantas, pedrinhas típicas de paisagismo, reuniram ali o DNA da semente que seria plantada em março do ano seguinte. Os cultivadores não concordavam com parcerias para se obter o óleo importado, entendiam que o caminho era defender o auto cultivo. Sem brigas, nem discussão, após a colocação de cada ponto e opinião, seguiu-se a cerimônia ali iniciada para a fundação.



A cobertura do prédio da universidade Candido Mendes

Fonte: Foto do autor



O encontro da fundação da AMA+ME

Fonte: Foto do autor

Após as festas de carnaval do ano seguinte, foi marcada a data da reunião de

fundação para um auditório do museu nacional de astronomia, em São Cristóvão, no Rio de Janeiro. Lá numa mobilização mais localizada, foi fundada no dia 8 de março de 2015 a ABRACANNABIS, propositalmente no dia da mulher, já que a planta é a planta fêmea que responde por quase a totalidade cultivos.

RCPJ-R
EBCP2f
fl.: 13/14

ABRACANNABIS – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA CANNABIS -ATA DE FUNDAÇÃO

Aos 08 dias do mês de Março do ano de dois mil quinze, na cidade do Rio de Janeiro, no auditório do Observatório Nacional com a

Fragmento da ata de fundação da ABRA.

Fonte: ABRA.

No *facebook* da Associação há a foto do dia da fundação:



Foto dos membros fundadores da ABRACANNABIS

Fonte: Facebook da ABRACannabis, acesso público, disponível em <<https://www.facebook.com/AbraCan>>

Todos os atores envolvidos no processo formam uma rede de solidariedade pura, sem interesses financeiros, apenas bons corações reunidos para ajudar com a planta e seus extratos a dirimir o sofrimento. Quem sofre, tem pressa.

A partir daí, seguiram-se reuniões não lineares, nos locais possíveis, em sua maioria na casa de um dos mais antigos e queridos ativista-paciente do Brasil, o qual iniciou o movimento da Rede Compromisso. Até que se conseguiu uma sala comercial, no prédio em cima do Amarelinho, bar extremamente popular no centro do Rio. Nunca ficou bem claro de quem era a sala, mas o fato é que no mesmo andar, havia o escritório regional de um partido político que já fumou, mas não tragou. A sala dava janela para a câmara de vereadores do Rio. Era engraçado

ver a óbvia fumaça de frente e tão próxima do poder público.

Essa sala tem papel importante na história do desenrolar da maconha no país. Ali se desenhou a transformação da APEPI em associação canábica. Também ali foram feitos os primeiros contatos com a FIOCRUZ em sua maravilhosa parceria com a ABRA. A FARMACannabis, projeto de extensão universitária da faculdade de farmácia da UFRJ. Todas cujo a rede pessoal foi somando os nós produzindo novas redes num tecer de eventos que abaixo será parcamente retratado, afinal toda descrição é apenas um resumo.

Ali também se inicia, em abril de 2016, o primeiro curso de cultivo dado por uma associação no país. O Curso de capacitação para o auto cultivo foi dado pela primeira vez num sábado de manhã. Foi um curso para 9 alunos, com improvisos como a TV de casa ser trazida para apresentar o powerpoint das aulas. O curso foi dividido em história e aspectos sociais, direito e legislação, parte médica e farmacológica e tudo sobre o plantio. A parte botânica, agrícola e estrutura de cultivo. O primeiro rascunho de uma lógica pedagógica utilizada hoje por todos na área da educação canábica. O curso foi crescendo e por um período ficamos nômades, produzindo esse curso onde se conseguisse espaço. Até que em 2018, em função da parceria previa com a Fiocruz, o auditório do Instituto Fernandes Figueira foi cedido, e lá foram realizados 4 cursos por ano até dezembro de 2019. O que estava marcado para março de 2020 foi adiado até segunda ordem em função da pandemia. Esse curso lotava o auditório e foi fundamental para a expansão da educação canábica no Brasil.

Também em abril de 2016, o Coletivo João do Rio nesta sala citada fechou a criação da segunda mostra de cinema canábico. No auditório do centro cultural da justiça federal, filmes seguidos de palestras sobre o tema.



Cartaz da mostra canábica no CCFJ (publicação livre, cartaz distribuído como propaganda do evento)

Fonte: Promoção Coletivo João do Rio, 03 a 08/05/2016, C.C.J.F, Rio de Janeiro.

Em 06 de maio de 2016 A ABRA participou da audiência que a comissão do Cumpra-se! da Alerj promoveu e que reuniu pacientes, mães e pais, especialistas da Fiocruz, UFRJ e Instituto do Cérebro do Rio de Janeiro. No necessário encontro da causa com o poder público.

Em 28 de julho de 2016 realizou-se um seminário do mesmo auditório que viraria a casa do Curso de cultivo da ABRA. Promovido pela Fiocruz já em parceria com a a ABRAcannabis e a associação-irmã APEPI.

Seminário
Maconha Medicinal no Brasil: Possíveis Cenários

28 de julho das 8:00h às 13:00h
 Instituto Fernandes Figueira (IFF) - Fiocruz,
 Anitéatro A. Av. Rui Barbosa, 716 - Flamengo

Coordenação: Margarete Brito (Apepi), Cecília Hedin Pereira (Fiocruz), Hayne Felipe (Farmanginho)
 Inscrições (gratuitas) pelo E-mail: centroestudos.iff.fiocruz@gmail.com

Mesa de Abertura – 8:30h
 Margarete Brito - Apepi
 Valcley Rangel - Vice Pres. de Ambiente, Atenção e Promoção à Saúde da Fiocruz
 Hayne Felipe - Diretor de Tecnologia em Farmacos – Farmanginhos | Fiocruz
 Carlos Maurício de Paulo Maciel - Diretor do Instituto Fernandes Figueira | Fiocruz

As Dimensões do Acesso à Cannabis para Fins Medicinais – 9:30h
 Margarete Brito - Apepi
 Emanoel Figueiredo - Advogado | Reforma
 Ricardo Nemer - Abracannabis
 Luciana Bolteux - Prof. Direito | UFRJ
 Marcelo Freixo - Dep. Estadual | PSOL

Bases Científicas para o Uso Medicinal da Maconha – 10:30h
 João Menezes - Neurocientista | UFRJ
 Eduardo Favaret - Neuropediatra | Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer
 Virginia Martins - Toxicologista | UFRJ
 Jaqueline Ruz (Ohira) - Farmacologista da Knopp Lab. | Fundação Daya
 Ricardo Ferreira - Médico Especialista em Dor
 Fernanda Goes - Neuropediatra | Instituto Fernandes Figueira - Fiocruz

Organização:

Publicação livre, cartaz distribuído como propaganda do evento

Fonte: APEPI, 28/07/2016. Disponível em <www.apepi.org.br>

Em novembro de 2016, a ABRA lançou as célebres camisetas com as frases “plantar é fazer justiça com as próprias mãos” e “Contra o tráfico e o capital, maconha no quintal”, ficando essa primeira como frase símbolo que acabou virando a faixa usada nos eventos e na marcha da maconha todos os anos desde então e dá título a esse texto.





Publicação livre, cartaz distribuído como propaganda do evento

Fonte: Foto do Autor

Ainda em novembro em 2016, foi realizado o seminário em Farmanguinhos, polo da Fiocruz sobre o Uso medicinal com a ABRACannabis como convidada.



Publicação livre, cartaz distribuído como propaganda do evento

Fonte: Fiocruz, 03.11.2016. Disponível em <www.abracannabis.org.br>

Em 3 de dezembro de 2016 a ABRACannabis foi convidada a ajudar na criação da associação CULTIVE! em São Paulo, onde foi realizado um seminário educacional com a fundação oficial da associação paulista.



Publicação livre, cartaz distribuído como propaganda do evento.

Fonte: Associação Cultive, 03/12/2016. Disponível em <www.cultive.org.br>

Em março de 2018 iniciamos as conversas com a Fiocruz para o uso do auditório do Instituto Fernandes Figueira e, no dia 26 e 27 de maio, aconteceu o primeiro curso de cultivo no auditório que viraria a casa dos cursos da ABRA até o início da pandemia.

saúde

Pela primeira vez, governo apoia curso de cultivo de cannabis para fins medicinais

Por Clarissa Mayer • 23/02/2018 • 18:25



Imagem: Daniel Albuquerque/O Globo

Pela primeira vez, o governo irá apoiar um curso dedicado ao cultivo de **macacanha** para fins medicinais.

A iniciativa é da associação ABRAcannabis, que conta com o incentivo da Fiocruz no projeto. As aulas são direcionadas a profissionais da saúde e pacientes que fazem uso de medicamentos derivados de cannabis.

Fonte: Jornal O Globo. Disponível em <<https://blogs.oglobo.globo.com/lauro-jardim/post/pela-primeira-vez-governo-apoia-curso-para-cultivo-de-cannabis-com-fins-medicinais.html>>



CURSO ABRACANNABIS

Abordando todas as áreas do saber

Curso gratuito para pacientes com receita e/ou seus responsáveis e profissionais das áreas de saúde e direito. Dois dias de duração

Perspectivas sócio-históricas, médico-farmacêutica, aspectos jurídicos, botânico-agrícola e técnicas de cultivo.

QUANDO
26 e 27 de Maio
Sábado e Domingo
Das 9:00h às 17:00h
(Credenciamento a partir das 8:00h)

ONDE
Av. Duil Barbosa, 716
Flamengo, Rio de Janeiro
Instituição Fernandes Figueira
Auditório

Atenção:

- Para se inscrever é preciso enviar a receita médica junto com nome do paciente ou responsável e telefone para **e-mail: abracannabis.curso@gmail.com**.
- Apresentação da receita médica é obrigatória para pacientes e responsáveis.
- Profissionais da área de saúde devem apresentar sua carteira profissional do seu registro de classe.
- Não associados poderão se credenciar mediante o indicado acima.
- Chegue antes do horário.

NÃO SERÁ PERMITIDA A ENTRADA DE PESSOAS SEM ESSAS CREDENCIAIS

ABRA Cannabis 

abracannabis.org.br
Plantar é fazer justiça com as próprias mãos

Publicação livre, cartaz distribuído como propaganda do evento.

Fonte: Abracannabis, 26-27/05/2018. Disponível em <abracannabis.org.br>



Fonte: Fotos do Autor



Nessa época, de forma bem inicial, começou a ser constituído o Ambulatório ABRA. Talvez esse ambulatório tenha surgido na sala da Cinelândia. As necessidades que surgiam com os visitantes das reuniões que aconteciam semanalmente, todos querendo conhecer o trabalho iniciado. A recepção era feita por todos os presentes, de forma muito humanizada, próxima afetivamente e agregadora, que acolhiam cada um novo rosto ali. Eles chegavam pela planta, mas com motivos mais variados. O paciente recebia ajuda para conseguir a autorização da Anvisa, para ser considerado oficialmente um paciente medicinal. O medo e a incerteza sempre foram sentimentos presentes na conduta de pessoas que lutavam para ter qualidade de vida. Ser parado pela polícia poderia virar uma situação de crime, pois depende da interpretação e boa vontade de compreensão da força de poder público contra corpos fragilizados pela dor e sofrimento. Durante todo o tempo, sempre ouvimos relatos de pessoas que não vendiam nada, só tinham a intenção de se cuidar e ainda assim eram levadas a delegacias e enquadradas em artigos da lei de drogas. A autorização da Anvisa não tem o poder de um salvo conduto, mas dá algum poder de argumentação sobre o motivo de se estar portando maconha. Nos 31 verbos usados contra ela na lei, sempre se encontra um para punir o paciente-usuário.

Esse ambulatório funcionava em espaços possíveis, já que a ABRA não tem sede física. Os atendimentos também ocorreram em outros lugares particulares cedidos por outros membros do coletivo. Como foi dito, o amor movia. Era uma celebração do cuidado de forma coletiva. Muitos pacientes não estavam acostumados com o formato, pois todos ficavam juntos, trocando experiências conversando com o médico já nessa coletividade e só depois iam ao atendimento individualizado. Algo muito bonito de ver, uma medicina feita com um olhar de respeito, de igualdade, um verdadeiro exercício de saúde coletiva. Esse ambulatório pulverizou em um número bem grande de pessoas o saber-maconha. Pessoas entravam ali carregadas de preconceito e eram reeducadas sobre o assunto, se tornando assim uma célula que leva a palavra da ciência canábica. Isso ajudou a fortalecer toda a base de saber-social modificador das instâncias arraigadas sobre as mentiras da proibição que estão até hoje ainda na maioria da população.

Eu teria muito mais para detalhar aqui, para que no registro histórico ficasse honrado o trabalho tão lindo feito, como a equipe multidisciplinar que trabalhava, a organização dos atendimentos, agendamentos, métodos, detalhes pertinentes. A procura era diária, mas os participantes da organização não quiseram liberar dados e mais detalhes.

Assim a ABRA crescia e, em dezembro de 2018, na Universidade Federal Fluminense, o II Seminário de Pesquisa sobre os usos terapêuticos da maconha convidou a ABRA para participar de suas discussões.



Publicação livre, cartaz distribuído como propaganda do evento.

Fonte: UFF, 03-04/12/2018.

Em 2018 e 2019, a Apepi, com apoio da Fiocruz e com a participação da ABRA, realizou os seminários internacionais “Cannabis Medicinal: um olhar para o futuro”. O primeiro foi no auditório do Museu do Amanhã e o segundo no Instituto Europeu de Design (IED). Dois lugares incríveis e símbolos de mudança e movimento. Várias atividades ocorriam ao mesmo tempo, com todos os assuntos relacionados ao tema coexistindo e pulsando. Empresas farmacêuticas, bancadas de associações brasileiras de paciente e óleo artesanal, ativistas, cultivadores, pesquisadores acadêmicos, todas as áreas do conhecimento humano relacionadas de alguma forma com a maconha estavam presentes. Apresentações sobre a complexidade biológica da Fitocannabinóides foram realizadas no mesmo palco que trabalhos acadêmicos de pesquisa que mostravam as origens e relações de religiões de matriz africanas e seu uso ancestral da planta nos rituais.



Fonte: Foto do Autor.



Banner de divulgação do evento

Publicação livre, cartaz distribuído como propaganda do evento.

Fonte: Apepi, 29-30/06/2019. Disponível em <cannabisamanha.com.br>

O segundo semestre de 2019 foi bem movimentado. A ABRA participou de muitas atividades acadêmicas. Em agosto, o artista gráfico e ativista Zanon, repaginou a identidade visual da ABRA:



Primeiro logo - 2015

Fonte: Abrecannabis, 07/08/2019. Disponível em <abrecannabis.org.br>



Nova identidade – 2019

Logo no início de outubro, a ABRA foi convidada para compor a mesa do III seminário de pesquisa sobre os usos terapêuticos da maconha, realizado pelo INEAC/ Universidade Federal Fluminense.



Publicação livre, cartaz distribuído como propaganda do evento.

Fonte: UFF, 09-11/10/2019. Disponível em <ineac.uff.br>

No fim desse mesmo mês, a convite da prefeitura de Búzios, a ABRA participou de um seminário que reuniu mais de 300 pessoas de todas as cidades da região dos lagos. Dois dias de palestras do curso da ABRA sendo dado com o apoio do poder público. Ali, fundindo-se com os ativistas locais, a ABRA criou uma parceria que cresceu, desdobrando-se nas relações pessoais. Futuramente, em agosto de 2021, na II conferência de saúde da cidade, pela primeira vez no país, a maconha seria colocada na lista de medicamentos a serem prescritos pelos médicos da rede de saúde do município. A ABRA teve um papel fundamental nisso, desde quando participou

apoando a criação do movimento na cidade, junto com os ativistas locais.



Búzios, cidade simpática e acolhedora à causa da maconha. Publicação livre, cartaz distribuído como propaganda do evento

Fontes: Prefeitura de Armação de Búzios, 26-27/10/2019. Disponível em <buzios.rj.gov.br>; Foto do Autor.

Em novembro de 2019 a ABRA foi convidada a participar de um seminário na UENF, fortalecendo seu posicionamento na área de ensino e pesquisa.



Centro de Convenções da UENF, o Seminário sobre Cannabis Medicinal do Norte Fluminense

Fonte: Foto do Autor

Em dezembro, marcamos o nosso último curso do ano. Por sorte conseguimos gravá-lo com alta qualidade de imagem e som e está no site e no Youtube da Abracannabis.



Publicação livre, cartaz distribuído como propaganda do evento.

Fonte: Prefeitura de Macaé, 14-15/03/2020.

Reuniões virtuais e o sacolejar existencial que todos nós levamos, não foi diferente com a ABRA. Os atendimentos se tornaram virtuais. Na medida do possível se atenderam as demandas atendíveis, e o compasso de espera em relação ao futuro também está presente nesse momento atual.

A ABRA é uma entidade com o feminino no seu DNA, formada por amor a uma causa histórica e à felicidade de poder ajudar a quem precisa. A energia do cuidado é a energia da flor, fêmea que alimenta a humanidade a tanto tempo, sendo relegada às sombras políticas e resgatada pela necessidade da saúde humana ao primeiro plano da realidade. Os cultivadores que fundaram a ABRA, como aqueles que vieram antes deles, mantiveram a planta durante o período de proibição merecem o agradecimento por estarem ali, dispostos a ajudar as pessoas e a nossa querida planta a voltar para seu protagonismo na área da saúde, de onde nunca deveria ter sido tirada sem nenhum motivo técnico-científico. Aqui fica o registro histórico apenas de fatos marcantes. Muitas relações humanas se performaram para produzir esse caminhar coletivo até hoje. Que assim se mantenha, respeitada por seu histórico, honrada no cumprimento do seu estatuto, com muita constelação e estrelas amigas. Plantar é fazer justiça, porque devolve a ela o seu direito de existir como qualquer outro ser vivo. Com as próprias mãos, pois devemos ser donos de nossa saúde e conhecermos a nós mesmos. A planta nos perfaz e nos faz fazer. Vida longa à ABRACANNABIS!

Capítulo 4

Psicologia e Serviço Social no associativismo canábico: *relato de experiência de um grupo de acolhimento*

Pedro Machado Ribeiro Neto

Psicólogo da Associação de Cannabis Medicinal Capixaba – ACAMC.
Mestre e Doutor em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP-UFES).
Possui experiência em Saúde Mental, Psicologia Social e Etnografia.

Fabiola Xavier Leal

Assistente Social da Associação de Cannabis Medicinal Capixaba – ACAMC.
Profª. do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).
Graduada em Serviço Social pela UFES (2003).
Mestrado em Política Social pela UFES (2006).
Doutorado em Política Social pela UFES (2017).

Patrícia Guidoni

Psicóloga da Associação de Cannabis Medicinal Capixaba – ACAMC.
Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (2018); vinculada à linha de pesquisa: Subjetividade, Saúde e Clínica.
Tem experiência na área de Psicologia Clínica e Processos de Subjetivação.

Introdução

Este Capítulo versa sobre a experiência de um grupo de acolhimento e suporte mútuo da Associação de Cannabis Medicinal Capixaba (Acamc), denominado Projeto de acolhimento e suporte mútuo aos familiares de usuários medicinais de cannabis. Ainda é incipiente, no Brasil, o número de publicações sobre associativismo canábico, especialmente no que se refere às ações de profissionais da psicologia inseridos em equipes técnicas das associações. Nesse sentido, este capítulo apresenta as ações do grupo formado por profissionais da Psicologia e do Serviço Social, visando discutir as funções da Psicologia – em interface com o Serviço Social – no contexto do associativismo canábico.

A atuação da Psicologia neste contexto não é uma ação isolada, mas multidisciplinar. A equipe técnica é formada por um psicólogo, uma psicóloga e uma assistente social, tendo iniciado suas ações, especificamente com o grupo de acolhimento, em 2021, a partir de demandas observadas em um coletivo que agrega interessados no tratamento com cannabis. Esse coletivo, denominado Coletivo ES Cannabis Medicinal, é composto majoritariamente por mães que administram a cannabis como medicamento para seus filhos. Também conta com a participação de alguns pais, assim como de filhos que administram em seus pais, idosos. A perspectiva do grupo não é clínica, mas de suporte mútuo e acolhimento, cuja ação da Psicologia se pauta na abordagem psicossocial; o que não exclui a utilização de técnicas e componentes da clínica.

As ações da Psicologia possuem como princípios fundamentais a promoção

da saúde e a eliminação de quaisquer formas de negligência e discriminação, entre outras. Nesse sentido, a cannabis se constitui como assunto dotado de preconceitos, o que demanda sua apropriação a partir de pressupostos científicos, éticos e técnicos. Não obstante, as pessoas que fazem uso da cannabis, mesmo que de forma legal a partir de prescrições médicas e / ou decisões judiciais, sofrem discriminação e também negligência, sendo escassos os serviços públicos direcionados a esta população. Por isso, ganha destaque a intervenção da psicologia no âmbito associativo, atendendo a demanda social. Além disso, outro fundamento da atuação da Psicologia, contido em seu código de ética, é promover o acesso universal da população aos serviços psicológicos, o que pode ser efetivado por meio do grupo de acolhimento da Acamc aqui apresentado (CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO, 2005).

De forma semelhante, o Serviço Social pauta suas ações em princípios que se direcionam para o favorecimento da cidadania e justiça social, tendo a liberdade como valor ético e eliminando todas as formas de preconceito. Além disso, o Serviço Social se fundamenta na articulação com movimentos sociais, visando à construção de novas relações sociais que sejam menos opressoras e respeitem a diversidade (CÓDIGO DE ÉTICA DO/DA ASSISTENTE SOCIAL, 2011). Nesse sentido, a atuação conjunta da Psicologia com o Serviço Social, no campo da associação de cannabis, possibilita que a demanda existente nesta população, que utiliza a cannabis para fins “devidos”, isto é, terapêuticos e/ou medicinais, seja respondida por meio de fundamentos teóricos, éticos e de ajuda mútua.

O uso da cannabis, mais especificamente do Canabidiol (CBD), foi aprovado pelo Conselho Federal de Medicina, ainda em 2014, para crianças com epilepsia refratária a diversos tratamentos e medicações (CFM, 2014). Essa aprovação constitui marco importante pois, atualmente é possível adquirir, no Brasil, medicamentos à base de cannabis com o CBD isolado ou com as propriedades da planta de forma integral; no entanto, este medicamento é encontrado por um custo que pode ser inacessível para diversas famílias. Nesse campo, a Psicologia tem muito a contribuir, principalmente em articulação com o Serviço Social, no sentido de democratizar o acesso à saúde, sendo incipiente a publicação de ações das equipes técnicas em associações de cannabis.

Diante disso, o objetivo deste capítulo é relatar a experiência de formação do grupo de acolhimento da Acamc, e, especificamente, debater a atuação da Psicologia em articulação com o Serviço Social no associativismo canábico, demonstrando o cotidiano do cuidado a partir dos relatos dos familiares de usuários de cannabis com fins terapêuticos. Serão apresentadas as informações sobre o percurso do grupo de acolhimento, sendo conferido destaque para o momento em que familiares discorreram sobre suas experiências relacionadas ao tratamento à base de cannabis com seus familiares.

O grupo de acolhimento e suporte mútuo aos familiares de usuários medicinais de cannabis

A ideia deste Projeto surgiu a partir do contato da Acamc com o Coletivo ES Cannabis Medicinal, criado por um conjunto de mães de crianças com deficiência e doenças crônicas. Essas mulheres começaram a se organizar para troca de informações sobre o uso dos medicamentos à base de cannabis, assim como sobre acesso a serviços e profissionais, entre outras demandas. Paralelo a esse grupo, a Acamc se organizava para colocar seus serviços disponíveis e possibilitar a associação e filiação de novos integrantes. Dessa maneira, por esses contatos e parcerias para lives e reuniões online sobre o tema da cannabis, surgiu a ideia de apresentar um projeto que envolvesse essas famílias no sentido de um suporte emocional, social e assistencial. Desse modo, uma das premissas constitui em proporcionar o acolhimento em relação às/aos cuidadoras/es, ou seja, direcionar a atenção para cuidar de quem exerce o cuidado.

A Acamc e, mais especificamente, a equipe técnica, entende que é dever do Estado prover os recursos e condições para atendimento integral, universal e gratuito. A Constituição Federal preconiza a saúde como um dever do Estado e direito de todos, garantida através de políticas sociais e econômicas, com acesso universal e igualitário, e com uma rede regionalizada e hierarquizada a partir de princípios como a descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988). Assim, é responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990) o apoio às famílias nas relações voltadas ao cuidado e à assistência em saúde, mas inexistente no ES apoio para essa população específica no SUS.

Em geral, as famílias de crianças e adolescentes com deficiências e/ou doenças incapacitantes, defrontam-se com responsabilidades, mudanças e readaptações diversas (ALVES, 2014). Essas alterações afetam as relações interpessoais, as atividades de vida cotidiana, a própria interação com serviços de saúde e também os aspectos financeiro, ocupacional, pessoal e social, entre outros (ALVARENGA et al., 2015). Em situações adversas, as possibilidades de cuidado podem se esgotar, o que exige muito da família, como o cuidado exercido por mais de uma pessoa (WRIGHT & LEAHEY, 2015). Um aspecto a ser ressaltado é que, dentre os familiares que realizam o cuidado, as mães são as mais requisitadas, seguidas por outras mulheres da família (DEZOTI et al., 2015).

O intuito do grupo de acolhimento é potencializar as famílias para lidar com as demandas, dúvidas e aflições relacionadas ao contexto do tratamento com cannabis, visando amenizar sofrimentos e angústias que por conta da condição crônica de pessoas sob cuidado. Desse modo, uma das estratégias de enfrentamento pessoal e coletivo se constitui na rede de apoio social (FERNANDES & MONTILHA, 2015; HOLANDA et al., 2015).

As demandas são inúmeras e complexas, tanto de ordem material quanto subjetiva. O apoio social proporciona ajuda efetiva para alguns enquanto que, para outros, funciona como estratégia que deve ser complementada com outras ferramentas. Isso requer uma análise apurada e acompanhamento das diversas situações das famílias, visando compreender como elas se estabelecem na e com a sociedade, como acessam os serviços existentes nos territórios, quais direitos

tem acesso garantido, qual a constituição familiar, vizinhança, igreja, entre outros (FERNANDES & MONTILHA, 2015; HOLANDA et al., 2015).

Conforme Vasconcelos et al. (2013), um grupo de suporte mútuo se configura como um grupo para realizar, conjuntamente entre usuários, familiares e pessoas conhecidas e amigas, atividades sociais, artísticas, culturais, esportivas, comunitárias, de lazer, de reconhecimento, assim como a utilização de recursos sociais na comunidade local. O grupo se desenvolve por meio de reuniões e atividades diferenciadas. Vale ressaltar que, em tempos de pandemia, as reuniões devem ser adaptadas e realizadas virtualmente.

Considerando que, no estado do ES, não existem experiências com grupos de suporte mútuos voltados para esse público específico; considerando que os serviços públicos disponíveis na rede não têm ofertado cuidado para os cuidadores; considerando que o debate em torno da cannabis é ainda um assunto pouco debatido no cotidiano da população brasileira e capixaba devido a diversos fatores e, entre eles, as concepções equivocadas a respeito do tema e a desinformação; e considerando que há muitas pessoas em uso do medicamento oriundo da maconha, devido às recentes regulamentações para prescrição; a proposta de um grupo de acolhimento e suporte se justifica nesse contexto. Diante do sofrimento e das diversas queixas dessas mulheres pela sobrecarga na oferta do cuidado, pelo adoecimento físico e mental, pela exaustão e diversos problemas de ordem econômica e social, a Acamc se reuniu para apresentar a presente proposta.

Foram realizados, no primeiro semestre de 2021, cinco encontros. Vale ressaltar que, em decorrência da pandemia, todos os encontros foram virtuais, utilizando a plataforma Google Meet. Os três primeiros momentos foram realizados em março de 2021, com intuito de apresentar o projeto de grupo de acolhimento para o coletivo de familiares. Essa primeira apresentação foi organizada em três dias diferentes, todos em uma mesma semana, tendo em vista que a disponibilidade dos familiares demandou essa fragmentação da apresentação.

Nesses três primeiros encontros foi apresentado o objetivo do grupo de acolhimento e, em seguida, as(os) participantes foram ouvidas(os) sobre suas expectativas em relação à Acamc mas, especialmente sobre o grupo de acolhimento. Depois desse primeiro momento concretizado com as três apresentações, a equipe técnica, junto da direção da associação, estabeleceu que o grupo ocorresse uma vez por mês, com duração de uma hora e meia.

Nesse segmento, o quarto encontro foi a realização efetiva do primeiro momento do grupo de acolhimento, em abril de 2021, o qual será apresentado e debatido adiante, fundamentando a construção deste capítulo. Este encontro durou uma hora e 40 minutos e contou com a participação de cinco mães do coletivo, além da equipe técnica da Acamc (um psicólogo, uma psicóloga e uma assistente social), um membro da direção da Acamc e três estudantes universitárias que deram apoio à equipe técnica no registro das informações. Os relatos que serão apresentados adiante foram realizados a partir do registro do encontro, pela equipe técnica, durante a condução do grupo. Algumas mães participaram verbalmente do grupo, enquanto outras preferiram redigir sua participação no

chat.

Vale ressaltar que, conforme relato de parte do grupo, as famílias têm buscado o acesso ao óleo de cannabis junto à Associação Abrace Esperança (AE), localizada no estado da Paraíba e também por meio de algumas empresas que comercializam o óleo importado. As mães e pais que participaram do grupo de acolhimento possuem filhos/filhas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em sua maioria, entre outras enfermidades.

O que a maconha representa em sua vida?

Foi proposta pela equipe técnica uma pergunta disparadora: “O que a maconha representa em sua vida?”. Cabe afirmar que a utilização pelo termo “maconha”, ao invés de cannabis, foi uma escolha da equipe, a partir de uma compreensão da necessidade de desmistificar e combater o estereótipo relacionado à planta, fruto do paradigma proibicionista da guerra às drogas, ainda hegemônico na sociedade brasileira. Diante desta questão, uma das mães alegou sentir uma mistura de esperança e medo. Segundo ela, o comportamento agressivo de seu filho é o quadro mais difícil de lidar, causando desespero e raiva, destacando sua dificuldade em lidar com a situação. A mãe afirmou que seu filho, de sete anos, faz uso de medicamentos antipsicóticos, geralmente utilizados no autismo. Porém, disse ter medo de medicalizá-lo, o que a faz pesquisar sobre o assunto e questionar médicos sobre os efeitos das medicações, seja do óleo de cannabis, seja das medicações psiquiátricas.

Essas ponderações são pertinentes, pois Reynoso, Rangel e Melgar (2017) realizaram estudo sobre o TEA, destacando que os antipsicóticos são utilizados no tratamento farmacológico do TEA, entre estes, a risperidona e o aripiprazol. Para os autores, existem dificuldades na administração dos medicamentos antipsicóticos psiquiátricos, pois um mesmo fármaco pode ter efeitos clínicos diferentes nas crianças, dependendo de diversos fatores.

A agressividade dos filhos foi uma temática presente no relato das participantes, assim como a relação entre autismo e uso de psicóticos. Nesse contexto, uma mãe relatou que seu filho também apresenta comportamento agressivo, o qual faz uso de medicamento antipsicótico. Segundo ela, antes mesmo da pandemia, já se encontrava isolada, em razão da agressividade de seu filho. Sanini e Bosa (2015) realizaram estudo sobre inclusão de crianças autistas na educação infantil, apontando que algumas das dificuldades relatadas pelas cuidadoras se referiram aos comportamentos agressivos por parte destas. Para os autores, a agressividade infantil pode ter a função de comunicar algo, diante de impossibilidade da criança de se comunicar de outra forma.

Schleider, Mechoulan, Saban, Meiri e Novack (2019) discorrem sobre um aumento no número de diagnósticos do TEA. Os autores destacam evidências benéficas obtidas a partir do tratamento medicamentoso com cannabis, afirmando que a cannabis se constitui como opção segura e eficaz para aliviar os sintomas do TEA. Os autores analisaram dados de um programa relacionado ao tratamento

de 188 pessoas com TEA utilizando cannabis medicinal. A maioria dos pacientes consumiu óleo com 30% de CBD e 1,5% de THC. Os autores observaram que parte desses pacientes cessou o uso de antipsicótico a partir da utilização da cannabis: “Antipsicóticos, a classe mais prevalente de medicamentos tomados na ingestão (55 pacientes, 33,9%); aos 6 meses foi tomado na mesma dosagem por 41 deles (75%), 3 pacientes (5,4%) diminuíram a dosagem e 11 pacientes (20%) pararam de tomar este medicamento” (SCHLEIDER et al., 2019, p. 03).

Uma das mães alegou que o uso de muita medicação pode confundir mesmo, afirmando que seu filho já usou diversos medicamentos, mas não se adaptou a nenhum. Essa mãe chamou a atenção para o comportamento de autoagressividade de seu filho. Após várias tentativas de adaptação, fez um relato importante sobre a alteração do contato visual, alegando que o olhar de seu filho se alterou de uma forma positiva, entendendo que o THC o colocou “muito aqui na Terra”.

Nesse contexto de trocas sobre os usos de óleos, tipos, marcas e dosagens, o grupo vai se organizando nos relatos e levando ao debate sobre a sobrecarga das(os) cuidadoras(es). A exaustão diária nos cuidados individualizados e rotineiros, somados ao trabalho doméstico em geral, foi sendo reafirmado e colocando a necessidade dessas mulheres, principalmente, serem acolhidas em suas demandas e cuidadas, ouvidas.

Cuidando de quem cuida

Um dos objetivos do grupo de acolhimento é oferecer suporte mútuo (FERNANDES & MONTILHA, 2015; HOLANDA et al., 2015), a partir da troca de experiências entre as(os) participantes e com a contribuição das(os) facilitadoras(es) profissionais na organização do processo. Como pergunta disparadora, como relatado anteriormente, sobre o que a maconha representa na vida das(os) familiares, as(o) facilitadoras(es) conduziram a discussão para a problematização sobre quem exerce o cuidado, estimulando as pessoas a exporem expectativas e sentimentos nesse cuidado. Foram ouvidos relatos orais e por escrito no chat sobre indisposição para falar, quadro depressivo, insônia, esgotamento físico e mental, uso de medicamentos psiquiátricos, assim como do uso óleo como benéfico para a saúde do familiar, entre outras situações comuns e compartilhadas pelas/os participantes.

Foi relatado sobre o uso do óleo de cannabis de forma integral, o qual ajudaria os filhos, mas também contribuiria muito com a saúde das mães, já que o composto psicoativo THC, proporcionaria, segundo os relatos das participantes, bem-estar no corpo e alívio do cansaço físico e mental. Uma participante relatou que faz uso do óleo, afirmando que, em geral, os adultos reagem positivamente ao óleo de cannabis. Relata que se entristece com as crises do filho, mas que o óleo a ajudou a relaxar e encarar de outra forma a relação de cuidado com o filho, priorizando-se em algumas situações e, em outras, o filho.

Pegoraro e Caldana (2008) afirmam ser comum que o cuidado em saúde mental realizado por familiares seja exercido majoritariamente pelas mulheres,

como irmãs, mães ou avós, geralmente de forma não remunerada. As autoras apontam que a mulher cuidadora também carece de cuidados, já que assume diversas outras funções, além do cuidado informal direcionado ao familiar. Nessa discussão, Misquiatti, Brito, Ferreira e Asumpção Júnior (2015) discorrem sobre a sobrecarga relacionada ao cuidado de crianças com TEA, corroborando a opinião acima de que este tipo de cuidado informal é desempenhado por mulheres. Assim, os autores relatam que a sobrecarga do cuidado informal pode gerar estresse e quadros depressivos nas mulheres cuidadoras.

Ahn et al. (2020) destacam a utilização de produtos naturais para a depressão, argumentando que a cannabis está associada a mudanças moleculares nas regiões cerebrais. Nesse caminho, o CBD possui funções ansiolíticas, antipsicóticas e antidepressivas, além do efeito de proteção neuronal. Desse modo, essas informações permitem debater a importância da utilização do óleo à base de cannabis, tendo em vista as respostas positivas destes medicamentos às demandas de saúde mental das crianças e também de suas(seus) cuidadoras(es). Trata de um campo em que a Psicologia e o Serviço Social podem contribuir, já que existe uma demanda para as ações conjuntas destas profissões.

Dificuldades e desafios de um campo incipiente

É possível afirmar que o uso da cannabis no campo terapêutico é um campo incipiente no Brasil, apesar dos avanços em vários países, seja nas pesquisas científicas, seja na prescrição. Nesse sentido, vale ressaltar que as/os familiares as participantes do grupo foram atendidas pela medicina, mas nenhuma delas citou acompanhamento com psicólogos e assistentes sociais. No caso da ausência da Psicologia no contexto da intervenção com cannabis sinaliza uma enorme dificuldade, já que as pessoas que demandam acolhimento, na esfera da terapia relacionada à cannabis, encontram-se desamparadas e desassistidas.

Entretanto, mesmo com o relato de acompanhamento médico, algumas dificuldades foram relacionadas à posologia, causando incertezas em relação ao tratamento com cannabis, como observado em parte dos relatos. Nesse sentido, Buckley, Kumar e Swaminath (2021) afirmam ser difícil estabelecer com precisão qual a dosagem de cannabis seria a ideal. E, embora o grupo não tenha esse objetivo de discutir e apresentar soluções clínicas, entendemos ser importante que o debate seja colocado pelas/os familiares, para, a partir daí, ser possível elaborar, por parte da associação, conexões e interlocuções sobre o cuidado das(os) cuidadoras(es). Esse sempre será o foco do Grupo proposto e, mesmo que haja uma ansiedade esperada para a troca de informações sobre o uso do medicamento em si, percebemos a importância de remetermos as discussões sobre a vida dessas/es adultas/es que são responsáveis pelo cuidado intensivo de um familiar.

Outra dificuldade citada se referiu à aquisição da medicação, considerando a burocracia para autorização da ANVISA, o alto custo e a dificuldade de acessar algumas associações que produzem o medicamento. Gurgel, Lucena, Faria e

Maia (2019) destacam que o acesso ao CBD importado é dificultado pelos órgãos federais competentes. Além disso, a demora no envio dos fármacos importados à base de cannabis pode ocasionar em prejuízos, já que pode fazer expirar o prazo de vencimento dos produtos. Os autores pontuam que a judicialização do acesso ao medicamento se torna comum no Brasil, em função das dificuldades para sua importação. Nesse sentido, temos aqui um debate importante a ser pontuado pelas Associações de pacientes e familiares no Brasil.

A dúvida constante da família em relação ao efeito do óleo e a interação com outros remédios que os psiquiatras prescrevem constituem outro entrave, somado à dificuldade de encontrar médicos prescritores no ES, principalmente no âmbito do SUS, sendo que, quando encontram, há uma dificuldade de alinhamento entre as medicações em uso. Sobre essas dificuldades, a Acamc tem entre seus objetivos, poder se constituir efetivamente em território capixaba e possibilitar o acesso a serviços jurídicos e médicos especialistas, juntamente com uma luta necessária nos espaços de defesa do SUS para que se ofereça nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e na atenção básica o atendimento de uma equipe multidisciplinar para essas demandas (BRASIL, 2011).

Considerações finais

Este capítulo debateu a atuação da Psicologia em articulação com o Serviço Social no associativismo canábico, problematizando a realidade do cotidiano de familiares que administram o óleo em seus filhos. Mesmo que o grupo de acolhimento esteja em processo inicial, é possível afirmar que o modelo de suporte mútuo possibilitou que temas importantes fossem compartilhados pelas mães cuidadoras, em maior destaque.

Os principais resultados evidenciaram temáticas como agressividade, interações medicamentosas e dificuldades relacionadas à posologia, entre outras. Diante disso, pode ser assegurado que a utilização de medicamentos à base de cannabis é um campo promissor, pois apresenta resultados favoráveis, especialmente no que se refere ao TEA; porém, dotado de dificuldades que acarretam na sobrecarga dos familiares cuidadores, com destaque para as mulheres, no caso as mães cuidadoras, e incertezas sobre a eficácia do tratamento. Vale ressaltar que, em determinado momento do grupo, as participantes se posicionaram como quem demanda cuidado, relatando diversas situações de sobrecarga e adoecimento, tendo em vista a complexidade do cuidado cotidiano. Assim, a discussão foi direcionada para “cuidar de quem cuida”, coincidindo com as propostas do grupo.

Aqui se salienta a importância da continuidade deste grupo, a partir da articulação entre psicologia e serviço social, mas também é oportuno citar a possibilidade de outros profissionais envolvidos, principalmente da área médica, já que foi uma temática surgida no grupo. Além disso, é preciso que sejam criados projetos, seja de âmbito público quanto por parte de associações de cannabis, de serviços e ações direcionadas às crianças que utilizam o óleo, assim como para

as(os) cuidadoras(es), em especial às mulheres que se apresentam em maioria na oferta desses cuidados. Assim, foi demonstrada aqui uma realidade também marcada pelas condições de gênero, as quais se encontram reforçadas por uma sociedade patriarcal e machista.

As informações apresentadas e debatidas permitem afirmar que a cannabis deve ser disponibilizada no âmbito do SUS, a fim de democratizar o acesso à saúde, pois, este medicamento existe nas farmácias por um custo elevado, mas carece no sistema público. A utilização da cannabis no SUS, pode suprir a demanda para medicamentos ansiolíticos e antipsicóticos, entre outros, com efeitos colaterais menos nocivos. Por fim, este grupo pode servir como um modelo para que seja criado um ambulatório em um hospital geral no ES, ou em serviços que compõem os pontos da rede de atenção psicossocial, direcionado ao cuidado no contexto da cannabis para fins medicinais e terapêuticos. E ainda, reforçando como as profissões – Psicologia e Serviço Social – podem e devem contribuir para esse legado antiproibicionista no campo das drogas na realidade brasileira.

Referências

AHN, Y., et al. Anti-depressant effects of ethanol extract from Cannabis sativa (hemp) seed in chlorpromazine-induced Drosophila melanogaster depression model. **Pharmaceutical Biology**, London, v.1, n. 59, p. 998-1007, 2021. Disponível em <<https://doi.org/10.1080/13880209.2021.1949356>> Acesso em: 17 ago 2021.

ALVES, C. A. **As condições crônicas de saúde na infância e adolescência e as tessituras do cuidado**. 2014, 245f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada de 1988. Presidência da República. **Casa Civil**. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 17 ago 2021.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. **Casa Civil**. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 17 ago 2021.

BRASIL Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2011. Disponível em <https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>

Acesso em: 18 ago 2021.

BUCKLEY, M. C.; KUMAR, A.; SWAMINATH, A. Inflammatory Bowel Disease and Cannabis: A Practical Approach for Clinicians. **Adv Ther.**, California, v.7, n.38, p. 4152-4161, 2021. Disponível em <<https://doi.org/10.1007/s12325-021-01805-8>>. Acesso em: 18 ago 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional dos Psicólogos**. Resolução n.º 10/05, Brasília, 2005. Disponível em <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>> Acesso em: 17 ago 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, 1993. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf> Acesso em 17 ago 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 2.113, de 30 de outubro de 2014. Aprova o uso compassivo do canabidiol para o tratamento de epilepsias da criança e do adolescente refratárias aos tratamentos convencionais. Brasília, DF, out 2014. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2014/2113>> Acesso em: 17 ago 2021.

DEZOTI, A. P. et. al. Apoio social a famílias de crianças com paralisia cerebral. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 2, n.28, p. 172-176, 2015. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201500029>> Acesso em: 18 ago 2021.

FERNANDES, A. C.; MONTILHA, R. C. L. The comprehensive evaluation in speech therapy for people with visual impairments: a case report. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.4, n. 17, p. 1362-1369, 2015. Disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/1693/169342207035.pdf>> Acesso em: 02 fev 2020.

GURGEL, H. L. de C. et al. Uso terapêutico do canabidiol: a demanda judicial no estado de Pernambuco, Brasil. **Saúde e Sociedade** [online], v.3, n. 28, p. 283-295, 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180812>>. Acesso em: 18 ago 2021.

HOLANDA, C. M. A. et al. Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health services. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], (v.1, n.20, p. 175-184, 2015. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.19012013>>. Acesso em: 18 ago 2021.

MISQUIATTI, A. R. N. et al. Sobrecarga familiar e crianças com transtornos do espectro do autismo: perspectiva dos cuidadores. **Revista CEFAC** [online], v. 1, n. 17, p. 192-200, 2015. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1982->

0216201520413>. Acesso em: 18 ago 2021.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade** [online], v. 2, n. 17, p. 82-94, 2008. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200009>> Acesso em: 18 ago 2021.

EYNOSO, C.; RANGEL, M. J.; MELGAR, V. El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. **Rev Med Inst Mex Seguro Soc.**, Ciudad de México, v.2, n. 55, p. 214-222, 2017. Disponível em <<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172n.pdf>> Acesso em: 18 ago 2021.

SANINI, C.; BOSA, C. A. Autismo e inclusão na educação infantil: Crenças e autoeficácia da educadora. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.3, n. 20, p. 173-183, 2015. Disponível em <<https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150019>> Acesso em: 18 ago 2021.

SCHLEIDER, B. L. et al. Real life Experience of Medical Cannabis Treatment in Autism: Analysis of Safety and Efficacy. **Sci Rep.**, London, n. 9, p. 200, 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1038/s41598-018-37570-y>> Acesso em: 18 ago 2021.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeira e famílias: guia para avaliação e intervenção na família**. 5a ed. São Paulo: Roca, 2012.

Capítulo 5

Ciência a partir da Sociedade Organizada

Contribuições da AMA+ME para qualificação científica do uso medicinal da cannabis

Leandro Cruz Ramires da Silva

Médico pela Faculdade de Medicina da UFMG

Residência médica em cirurgia geral, cirurgia geral oncológica e mastologia

Mestrado em Saúde da Mulher pela Faculdade de Medicina da UFMG em câncer de mama

Diretor médico científico da Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal (AMA+ME).

Introdução

Fundada em 13 de dezembro de 2014, a Associação Brasileira dos Pacientes de Cannabis Medicinal (AMA+ME) tem como objetivo geral promover, garantir, consolidar e expandir a inclusão social e o respeito aos direitos humanos dos pacientes de Cannabis Sativa L. medicinal, nas suas diversas expressões, criando uma cultura de acolhimento, autonomia, superação dos preconceitos e discriminações, convivência saudável e aceitação incondicional desses pacientes, por parte de todas as pessoas e segmentos que constituem o tecido social, lançando mão de todas as ferramentas e mecanismos assistenciais, jurídicos, políticos, técnico-científicos, administrativos, econômicos e de qualquer outra ordem para atingir este fim.

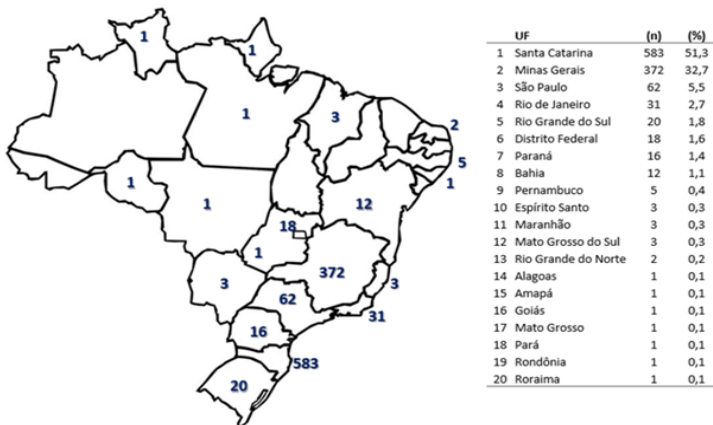
Dentre seus objetivos específicos, a AMA+ME contribui para a expansão e consolidação do conhecimento científico acerca do uso medicinal da Cannabis Sativa L., estudando novas possibilidades terapêuticas, investigando formas seguras de utilização, aprimorando e potencializando sua eficácia na redução ou extinção de sintomas, bem como na cura de patologias, como também aprofundando os estudos e pesquisas acerca da farmacocinética, farmacodinâmica, efeitos colaterais, reações adversas, interações com outras substâncias, visando potencializar os benefícios e minimizar os prejuízos que possam advir de sua utilização.

Desde dezembro de 2019, a Associação vem promovendo acesso à Óleos Medicinais Integrais de Cannabis em forma de uma contrapartida após doação ofertada pelos(as) associados(as). Inicialmente, a produção vinha de uma Ecovila, localizada no sul do país, através de um contrato de cooperação técnica que aguarda a definição do Processo Judicial que corre no TRF1 (14ª VARA FEDERAL CÍVEL DA SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS Processo número 1009932-12.2019.4.01.3800) para que um dos cultivos da Associação possa ser legalizado naquele local. Com a demora por uma decisão favorável, o cultivo no país tornou-se muito arriscado e a Associação teve que recorrer a extratos de cannabis produzidos fora do país.

Neste contexto, a AMA+ME acolheu 1.137 pacientes como associados e,

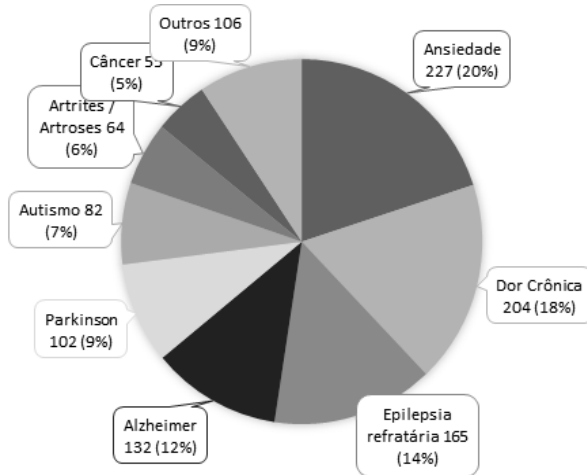
desde novembro de 2019, foram dispensados 1.935 frascos de Óleos de Cannabis para 21 Estados do país. Santa Catarina com 51% dos associados, seguido de Minas Gerais com 33%, São Paulo e Rio de Janeiro com 6% e 3%, respectivamente, são os Estados com a maioria dos associados, ver Figura 1.

Figura 1. Distribuição dos 1.137 associados(as) pelos Estado do país



Fonte: do Autor.

O consolidado dos associados evidencia uma Associação com predominância feminina - 56.7% (645 pacientes) com idades que vão de poucos meses a 98 anos de vida, com uma média em 53,6 anos de idade. Com média de idade superior aos 50 anos, as doenças relacionadas ao envelhecimento ocupam a maior parte dos diagnósticos declarados como principal no ato de sua associação. Ao se associar, cada paciente é obrigado a declarar seu diagnóstico principal e os diagnósticos secundários relacionados ao seu quadro clínico. Dentre os 1.137 associados acolhidos, marcaram como diagnóstico principal: 227 (20%) Ansiedade, 204 (18%) Dor Crônica, 165 (14%) Epilepsia, 132 (12%) Alzheimer, 102 (9%) Parkinson, 82 (7%) Autismo, 64 (6%) Artrites / Artroses, 55 (5%) Câncer, 106 (9%) Outros diagnósticos, ver Gráfico 1.

Gráfico 1. Distribuição dos principais diagnósticos declarados pelos 1.137 associados(as)

Fonte: do Autor.

Na busca por melhores resultados, a Associação iniciou o Projeto Piloto para Acompanhamento do Tratamento Fitocanabinoide, através de um Mínimo Produto Viável (MVP) que está sendo ofertado aos associados(as) e/ou seus responsáveis como ferramenta de monitoramento de resultados e efeitos adversos com o uso dos Óleos Medicinais. Considerando os oito principais diagnósticos, Protocolos de Acompanhamento, através do preenchimento de Formulários Google adaptados à tela do smartphone, acessíveis por QRcodes específicos, colocados nas receitas de médicos prescritores, foram desenvolvidos após análise sistemática da literatura na busca de um instrumento de avaliação já validado para cada um dos oito principais diagnósticos. Os associados são orientados a preencher, voluntariamente, um formulário antes de utilizar o Óleo medicinal, 30, 60 e 90 dias após o primeiro dia de uso, de modo a construir uma base de dados que fornece informações importantes para o ajuste de doses, além de monitorar os efeitos adversos relacionados à terapia canabinoide.

Para o acompanhamento do estado de ansiedade, depressão, ou mesmo de sequelas neurológicas incluindo o estresse pós-traumático, utilizamos o Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE1. Trata-se de uma lista de afirmações que as pessoas utilizam para descreverem a si mesmas. Ao preencher o formulário específico: AMA+ME Protocolo de monitoramento de ANSIEDADE / DEPRESSÃO 1.0 pelo celular, o paciente, ou seu responsável, descreve como está se sentido hoje e como geralmente se sente.

Para monitoramento da Dor Crônica utilizamos um formulário desenvolvido pelo Brief Pain Inventory, ferramenta utilizada para controle da DOR no Serviço

de Medicina Paliativa do MD Anderson Cancer Center, Texas, EUA. O objetivo é monitorar o comportamento da DOR antes e durante a terapia suplementar com canabinóides, através do AMA+ME Protocolo DOR 1.0. Apesar do formulário ser específico para DOR, muitos pacientes portadores de neuropatias diversas e/ou lesões medulares que sofrem com crises de espasmos, também podem ser monitorados por este formulário. Através deste inventário, poderemos monitorar o comportamento do estado de DOR do associado(a) antes, e durante a terapia suplementar com canabinóides.

Para monitoramento da epilepsia, utilizamos o AMA+ME Protocolo EPILEPSIA 1.0, seu preenchimento fornece dados para caracterização de um tipo, ou síndrome, específico de padrão de crises convulsivas, o número e a intensidade dessas crises além do desgaste do cuidador responsável pelo cuidado ao paciente epilético. A fidelidade do preenchimento deste formulário qualifica o acompanhamento de cada paciente além de ser extremamente útil para o ajuste de dose.

Já para Alzheimer e outros estados demenciais, utilizamos o AMA+ME Protocolo ALZHEIMER / DEMÊNCIAS 1.0. Trata-se de versão adaptada do Inventário Neuro Psíquico, desenvolvido no Departamento de Neurologia, UCLA School of Medicine. O preenchimento deste formulário deve ser feito pelo cuidador principal, com seriedade e compromisso. Desta forma, é possível otimizar os resultados para que o paciente ganhe em qualidade de vida causando menos desgaste para seus cuidadores e sua família.

Os portadores de Parkinson, tremores essenciais e demais distúrbios do movimento são monitorados pelo AMA+ME Protocolo PARKINSON / TREMOR ESSENCIAL / DISTURBIOS DO MOVIMENTO 1.0. Trata-se de versão adaptada do NMSQuest (U.K. Parkinson's Disease Society, London, United Kingdom). O preenchimento deste formulário considera a caracterização da doença por estágio da doença, além do inventário de oito sintomas motores e 27 não motores. Assim como nos formulários anteriormente descritos, o preenchimento deve ser feito pelo paciente, quando possível, ou pelo cuidador principal nos estágios mais avançados da doença, o que contribui para otimização dos resultados e ajustes de doses.

Para os associados(as) portadores de Autismo, utilizamos o AMAME Protocolo AUTISMO 1.0. Trata-se de versão do ATEC (Autismo Treatment Evolution Checklist). Assim como nos protocolos anteriores, é possível otimizar os resultados para que o paciente ganhe em qualidade de vida, causando menos desgaste para seus cuidadores e sua família. Em separado, são consideradas as áreas: da fala, linguagem e comunicação; da socialização e interação com o outro; percepção sensorial e cognitiva; e saúde, aspectos físicos e comportamentais.

Já os associados(as) portadores de processos inflamatórios articulares crônicos, manifestados sob a forma de artrites ou artroses, são monitorados pelo AMA+ME Protocolo ARTRITES / ARTROSES 1.0 que foi inspirado no Questionário de Avaliação da Saúde (HAQ-DI) que determina um índice que mede a qualidade de vida relacionada à saúde e considera como a artrite tem um impacto na vida cotidiana. O HAQ foi realizado pelo Sistema de Informação Médica de Artrite,

Reumatismo e Envelhecimento de Stanford (ARAMIS) e é recomendado pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR) para medir a funcionalidade física em estudos sobre artrites e artroses.

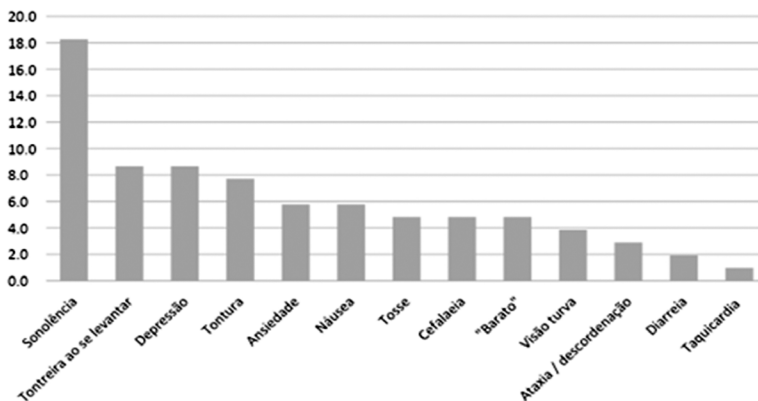
Os pacientes oncológicos podem ser monitorados pelo AMA+ME Protocolo CÂNCER / CUIDADOS PALIATIVOS que aborda o diagnóstico, o estadiamento, opções de tratamento e a qualidade de vida do paciente portador de câncer. Dor, apetite, perda de peso, sono e qualidade da vida diária são os principais parâmetros avaliados ao longo do tratamento fitocanabinoide.

Os protocolos que envolvem acompanhamento de doenças neurodegenerativas: Epilepsia, Autismo, Alzheimer / demências e Parkinson, também avaliam o desgaste do cuidador principal. A AMA+ME entende ser importantíssimo avaliar o impacto da intensidade do cuidado no cuidador do associado que não tem condições de assumir integralmente a autonomia para a vida diária. O ganho na qualidade de vida do cuidador, geralmente um familiar mais próximo, é reflexo direto do bom resultado do tratamento com fitocanabinoides. Comum a todos Protocolos AMA+ME está incluído o monitoramento do tratamento fitocanabinoide em si. Geralmente, as informações são fornecidas a partir do segundo preenchimento, após 30 dias de uso. Tipo de tratamento, produto canábico utilizado, via de administração, efeitos adversos e o grau de satisfação do tratamento canabinoide são avaliados criteriosamente.

Nesta primeira etapa do Projeto Piloto para Acompanhamento do Tratamento Fitocanabinoide os associados de Minas Gerais foram convidados a participar espontaneamente. A partir de 29 de agosto de 2019, 436 associados pacientes novos ao se cadastrarem na AMA+ME receberam receitas com “QR Codes” que levavam ao acesso aos formulários dos Protocolos de acompanhamento AMA+ME, descritos acima. Registraram seus Efeitos Adversos, listados de acordo com o clássico artigo de Ethan B. Russo (2018) sobre considerações práticas para administração e dosagem de cannabis medicinal e seu Grau de Satisfação com o tratamento canabinoide, 104 (24%) novos associados deste total. Registraram somente o Grau de satisfação 140 (32%) deste grupo.

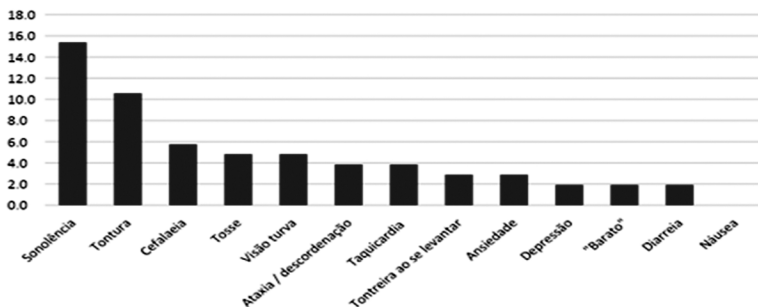
Em avaliação preliminar, quanto aos Efeitos Adversos registrados, observamos uma elevada tolerabilidade do acréscimo do tratamento fitocanabinoide à vida do paciente associado. A maioria desses pacientes já vinha fazendo uso de mais de três medicamentos: anticonvulsivantes, drogas psicotrópicas, analgésicos, anti-inflamatórios esteróides e não esteróides dentre outros. Essa "polifarmácia" influencia diretamente na presença, e potencialização, dos Efeitos Adversos tratados como tal pois é praticamente impossível atribuir determinado Efeito Colateral a uma única substância em um paciente polimedicado. Os Efeitos Adversos registrados quando eram percebidos por mais de uma vez por semana (Gráfico 2) ou continuamente (Gráfico 3).

Gráfico 2. “Efeitos Adversos” observados mais de 1x por semana (%)



Fonte: do Autor.

Gráfico 3. “Efeitos Adversos” observados continuamente (%)

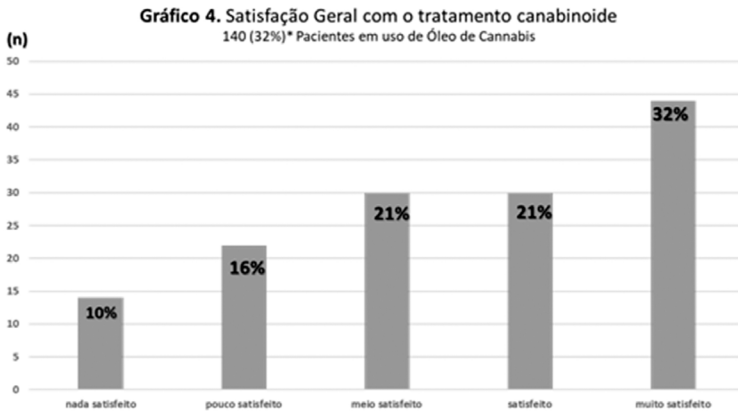


Fonte: do Autor.

O efeito adverso mais comum registrado, tanto continuamente, quanto observado mais de uma vez por semana foi a sonolência, aproximadamente 15% dos 104 pacientes que responderam o formulário dos protocolos de acompanhamento AMA+ME, relataram a sonolência como o efeito adverso mais comum seguido de tontura em menos de 11%; cefaleia em menos de 6%; ataxia, taquicardia, hipotensão postural e ansiedade foram observados em menos de 5% dos pacientes; e depressão, diarreia e o temido efeito psicoativo (“barato”) foram observados em menos de 2% dos pacientes associados. Fica claro que a terapia com fitocanabinoides é muito segura, bem tolerada e com efeitos adversos leves a moderados observados na minoria de pacientes.

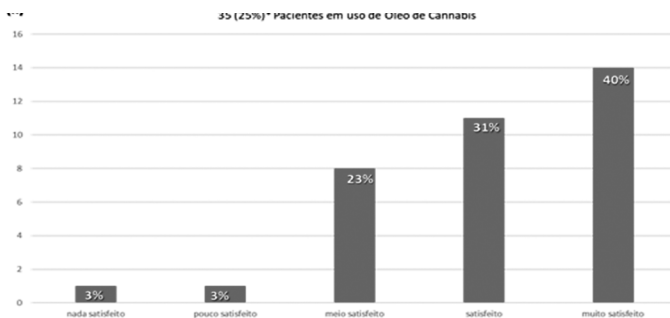
Quanto ao Grau de Satisfação com o tratamento fitocanabinoide consideramos

dois recortes específicos, um geral (Gráfico 4) e outro por diagnóstico principal.



Fonte: do Autor.

Noventa por cento dos pacientes manifestaram satisfação com o tratamento canabinoide e dentre esses mais da metade está satisfeito ou muito satisfeito. Quando avaliamos a satisfação do tratamento fitocanabinoide por grupo específico de diagnóstico observamos algumas diferenças. No universo de 436 pacientes, 35(25%) tinham a Dor Crônica como diagnóstico principal, para este grupo, 97% manifestaram satisfação sendo que mais de 70% estão satisfeitos ou muito satisfeitos (Gráfico 5).

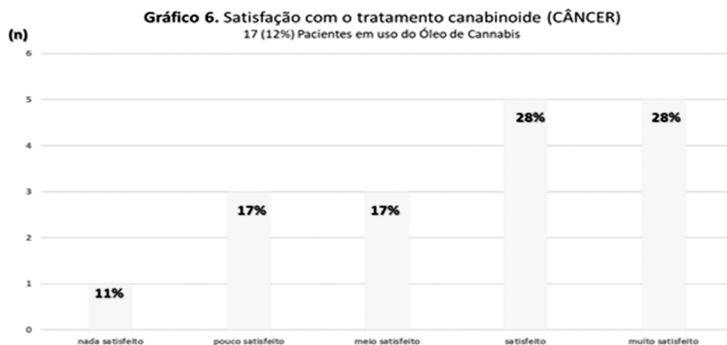


Fonte: do Autor

Os pacientes que sofrem Dor Crônica são os que manifestaram maior grau de satisfação com o tratamento canabinoide. Como consequência direta, esses pacientes reduziram ou mesmo aboliram o uso de opióides, resgataram a qualidade do sono, tiveram sua autonomia de vida melhorada e muitos deles recuperaram

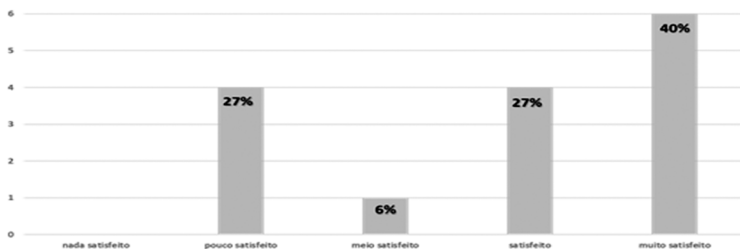
a alegria de viver.

Satisfação semelhante foi observada nos 17 pacientes oncológicos avaliados neste Projeto Piloto. Aproximadamente 60% dos pacientes estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o tratamento canabinoide. Vale ressaltar que a maioria destes pacientes estão no Estádio IV, doença metastática com prognóstico de vida muito reservado. O uso medicinal de cannabis nesta fase da vida transforma a angústia da finitude em algo mais suportável (Gráfico 6).



Fonte: do Autor

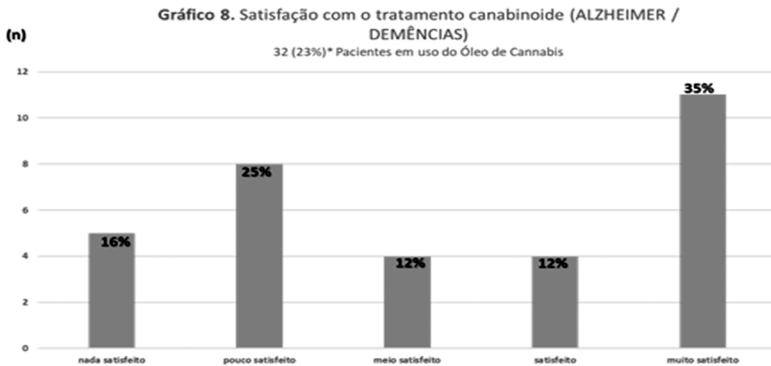
Quanto aos associados epiléticos, nenhum dos 15 pacientes esteve insatisfeito com a terapia (Gráfico 7). Dez, dois terços estão satisfeitos ou muito satisfeitos. Para esses associados, também polimedicados, a redução da medicação anticonvulsivante alopática, muitas vezes tóxica e repleta de efeitos colaterais tem sido um dos maiores trunfos. A melhora no grau de satisfação para pacientes epiléticos leva mais tempo até que seja possível encontrar a dosagem ideal de acordo com um óleo específico contendo mais CBD ou THC.



Fonte: do Autor

Nos 32 associados idosos portadores de Alzheimer ou outro tipo de quadro

de demência, a terapia canabinoide também trouxe resultados expressivos quanto ao grau de satisfação. Vinte e sete pacientes manifestaram alguma satisfação com o tratamento sendo que 15 deles (55%) estão satisfeitos ou muito satisfeitos. Neste grupo de pacientes, a redução da medicação alopática e o alívio proporcionado ao principal cuidador estão entre os melhores resultados (Gráfico 8).

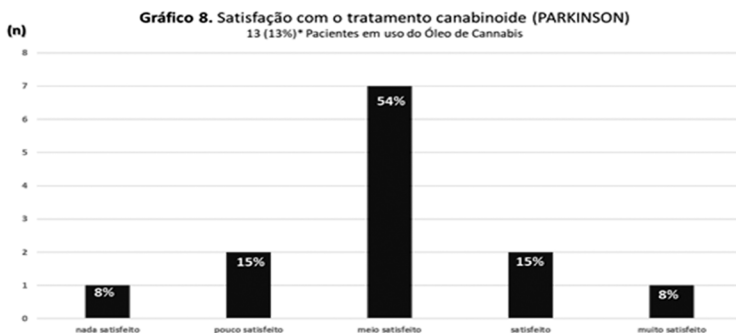


Fonte: do Autor

Neste grupo de pacientes, observamos que 8 (25%) estão pouco satisfeitos e este resultado pode melhorar com um acompanhamento para ajuste da dose. Observamos que a interlocução com o cuidador principal é fundamental para o êxito da terapia canabinoide, quando esses pacientes se encontram institucionalizados, vivendo em casa de apoio para a terceira idade, o acompanhamento torna-se menos produtivo.

Já os pacientes portadores de Parkinson, tremores essenciais e outros distúrbios do movimento (Gráfico 8.1), demonstram satisfação em mais de 90% dos pacientes. Sete deles (54%), estão satisfeitos medianamente com a terapia canabinoide. Observamos que os sintomas não motores, tais como: ansiedade, depressão, insônia, nictúria, pesadelos, sensação de evacuação incompleta, dentre outros são controlados inicialmente. Com o tempo de seguimento e ajustes na dosagem, os sintomas motores passam a ser mais bem suportados.

Estes resultados alcançados no “Projeto Piloto para Acompanhamento do Tratamento Fitocanabinoide” da AMA+ME vem reforçar a legitimidade da assistência promovida pela Associação em favor da qualidade de vida de seus associados(as). Trabalhando à margem da Lei, imbuídos da desobediência civil, a AMA+ME aguarda Decisão Judicial favorável na Ação de que é protagonista no TRF 1. Com parecer favorável do Ministério Público Federal, essa decisão definitiva deve sair nos próximos meses.



Além dos Protocolos de acompanhamento específicos, a Coordenação Médico Científica da Associação promove a produção científica a fim de contribuir com a expansão do conhecimento acerca do Sistema Endocanabinoide e sua adequada manipulação, através de produtos oriundos da cannabis, em favor da qualidade de vida para pacientes em situações de saúde muito complicadas e, até então, sem perspectivas de melhora.

O primeiro estudo científico produzido a partir do corpo de associados, intitulado “Uso do Óleo de Cannabis rico em Canabidiol para controle de epilepsia refratária: Estudo observacional”, foi apresentado como “Tema Livre” no III Congresso Internacional e XXIII Brasileiro da ABENEPI (Associação Brasileira de Neurologistas e Psiquiatras Infantil), XXIII Congresso Latinoamericano de FLAPIA (Federacion Latinoamericana de la Infancia y Adolescencia). Este Estudo envolveu a participação de 38 associados pacientes epilético refratários, sendo 26 menores de 12 anos de idade e 7 adultos, 36 (92,1%) utilizavam três ou mais drogas anticonvulsivantes, sendo as mais frequentes: ácido valpróico 25 (65,8%), topiramato 22 (57,9%), oxcarbazepina 18 (43,7%), fenobarbital 12 (31,6%) e levetiracetam 10 (26,3%).

Este primeiro Estudo, caracterizado como coorte prospectivo, considerou os seguintes parâmetros que foram avaliados antes e após o uso de óleos de cannabis: número de crises convulsivas, intensidade das crises convulsivas, uso de medicamentos anticonvulsivantes e suas dosagens, efeitos colaterais observados, evolução psicomotora, internações hospitalares e necessidade de atendimento em serviço de urgência. Os resultados foram surpreendentes, 30 (78,9%) dos pacientes alcançaram uma redução maior ou igual a 50% número de crises, esse resultado foi ainda maior se considerarmos os menores de 12 anos, atingindo 80,9 % de controle. Os epiléticos decorrentes de alguma paralisia cerebral ao nascimento responderam menos que os portadores de síndromes específicas (West, Lennox Gastaut e Dravet), 72,7% e 84,6% respectivamente. Os 21 pacientes que alcançaram controle igual ou superior a 50% no número de crises utilizaram o óleo de Cannabis por mais de 180 dias. Não só em número, mas também em intensidade, 36 (94,7%) pacientes reduziram a intensidade das crises convulsivas

e todos eles reduziram o número de drogas e/ou dosagem de anticonvulsivantes alopáticos.

Como efeitos adversos, a sonolência no início com melhora duas semanas após o início do tratamento foi observada em 8(21,1%) dos pacientes. Hipotonia e apatia, assim como agitação e euforia, foram observadas em menos de 5% pacientes, o que garantiu a segurança do tratamento. Com o controle das crises convulsivas, 13 (34,2%) pacientes com idade inferior a 12 anos apresentaram uma melhora intensa no desenvolvimento neuropsicomotor que ficou evidente após 180 dias de uso contínuo.

Vinte e cinco pacientes (83,3%) reduziram em 100% a necessidade de internação hospitalar e 16 (53%) ficaram completamente livres de ir a serviços de urgência e emergência promovendo qualidade de vida para os pacientes, seus familiares e cuidadores. Este primeiro Estudo de 2015 não foi publicado em revista científica porque, na época, não conseguimos parecer favorável dos Comitês de Ética em pesquisa de várias Universidades do país, o proibicionismo era ainda mais rigoroso.

Com o passar do tempo, os bons resultados vão se multiplicando e são estes os maiores motivadores para que a Associação continue sua produção científica. Em 2019, publicamos na revista científica *Frontiers in Neurology* (Fleury-Teixeira P., et al., 2019), o primeiro Estudo clínico, tipo coorte prospectivo, com o título: *Effects of CBD-Enriched Cannabis Sativa Extract on Autism Spectrum Disorder Symptoms: An Observational Study of 18 Participants Undergoing Compassionate Use* (disponível em <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2019.01145/full>>) que completou dois anos de sua publicação dia 30/10/20. Lido em todos os continentes, atingiu mais de 39.882 visualizações, foi mais acessado que 99% de todos os artigos publicados pela revista, foi referenciado 16 vezes e se consolida como referência internacional do uso de fitocanabinoides como adjuvante no controle do comportamento autista proporcionando melhora para o paciente e seus cuidadores.

Os Transtornos do Espectro do Autismo compreendem condições que podem afetar o desenvolvimento cognitivo, habilidades motoras, interação social, comunicação e comportamento. Esse conjunto de déficits funcionais frequentemente resulta em falta de independência para os indivíduos diagnosticados e sofrimento severo para pacientes, familiares e cuidadores. Existem inúmeras evidências que indicam a eficácia do canabidiol puro (CBD) e Óleos de Cannabis sativa enriquecida com CBD para o tratamento de sintomas autistas em pacientes com epilepsia refratária. Há também dados crescentes de suporte para a hipótese de que o autismo não epiléptico compartilha mecanismos etiológicos subjacentes com a epilepsia. Aqui, relatamos um estudo observacional com uma coorte de 18 pacientes autistas em tratamento com o uso compassivo de Óleos enriquecido com CBD padronizado (com uma proporção de CBD para THC de 75/1). Entre os 15 pacientes que aderiram ao tratamento (10 não epilépticos e cinco epilépticos), apenas um paciente apresentou ausência de melhora dos sintomas autistas. Devido a efeitos adversos, três pacientes interromperam o uso

do óleo antes de um mês. Após 6-9 meses de tratamento, a maioria dos pacientes, incluindo epiléticos e não epiléticos, mostraram algum nível de melhora em mais de uma das oito categorias de sintomas avaliadas: Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade; Transtornos Comportamentais; Déficit motores; Déficit de Autonomia; Déficit de Comunicação e Interação Social; Déficit cognitivos; Distúrbios do Sono e Convulsões, com efeitos adversos muito raros e leves. As melhorias mais fortes foram relatadas para convulsões, transtorno de déficit de atenção / hiperatividade, transtornos do sono e défcits de comunicação e interação social. Isso foi especialmente verdadeiro para os 10 pacientes não epiléticos, dos quais nove apresentaram melhora igual ou superior a 30% em pelo menos uma das oito categorias, seis apresentaram melhora de 30% ou mais em pelo menos duas categorias e quatro apresentaram melhora igual a ou acima de 30% em pelo menos quatro categorias de sintomas. Dez dos 15 pacientes usavam outros medicamentos, e nove deles conseguiram manter as melhorias mesmo após a redução ou suspensão de outros medicamentos.

Os resultados relatados neste Estudo, promovido pela AMA+ME, são muito promissores e indicam que o óleo enriquecido com CBD pode melhorar vários sintomas de TEA, mesmo em pacientes não epiléticos, com aumento substancial na qualidade de vida para pacientes com TEA e cuidadores.

Em outubro/2020, também promovido pela AMA+ME, saiu mais uma publicação internacional, desta vez na respeitada Revista Científica Pain Medicine (Oxford, v.10, n.21, out 2020), da Universidade de Oxford sob o título: *Ingestion of a THC-Rich Cannabis oil in People with Fibromyalgia: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial* (disponível em <<https://academic.oup.com/painmedicine/article/21/10/2212/5942556>>). Trata-se de um Ensaio Clínico Duplo-Cego Randomizado e controlado por placebo que foi conduzido por oito semanas para determinar o benefício de um óleo de cannabis sobre os sintomas e a qualidade de vida de 17 mulheres com fibromialgia, residentes em um bairro de perfil socioeconômico carente, com alta incidência de violência, na cidade de Florianópolis (SC).

Este importante estudo foi desenvolvido pelos colegas pesquisadores e prescritores de cannabis para fins medicinais: a Dra. Carolina Chaves, Prof. Dra. Andreia Pelegrini e Prof. Dr. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt (Neurologista do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Santa Catarina UFSC), para os quais celebramos nossos maiores agradecimentos.

Desta vez, um Óleo Medicinal Integral de Cannabis spp. rico em THC (24,44 mg / mL de THC e 0,51 mg / mL de CBD) proporcionou melhora significativa nos escores de “sentir-se bem”, “dor”, “trabalhar” e “fadiga” segundo parâmetros utilizados pelo *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), instrumento de avaliação dos sintomas observados na fibromialgia pela *American College of Rheumatology* (ACR), (ver Tabela 1).

Tabela 1

Table 1.
Comparison of mean scores on FIQ between groups

Study Variable	Pre-intervention		P Value	Postintervention		P Value*
	Cannabis	Placebo		Cannabis	Placebo	
	\bar{x} (sd)	\bar{x} (sd)		\bar{x} (sd)	\bar{x} (sd)	
FIQ (0-100)	75.50 (12.93)	70.22 (11.18)	0.381	30.50 (16.18)	61.22 (17.30)	0.005
Physical function (0-10)	6.37 (1.88)	4.03 (2.08)	0.021	5.83 (2.02)	4.07 (2.25)	0.139
Feel good (0-10)	9.47 (1.06)	9.68 (0.95)	0.673	1.73 (0.64)	7.50 (2.93)	0.002
Work missed (0-10)	5.10 (3.86)	7.14 (4.95)	0.517	2.38 (1.65)	6.57 (3.29)	0.071
Job ability (0-10)	7.13 (2.90)	7.89 (2.15)	0.606	4.29 (1.70)	7.89 (1.36)	0.001
Pain (0-10)	8.25 (1.98)	8.67 (2.96)	0.481	3.75 (2.49)	7.67 (1.84)	0.006
Fatigue (0-10)	8.00 (2.07)	7.33 (3.39)	0.963	4.00 (2.08)	6.11 (3.37)	0.174
Morning tiredness (0-10)	7.88 (1.42)	8.33 (2.06)	0.815	4.50 (1.91)	7.67 (3.16)	0.106
Stiffness (0-10)	7.75 (2.05)	6.11 (2.84)	0.236	3.33 (3.21)	5.00 (3.91)	0.482
Anxiety (0-10)	8.38 (1.69)	8.00 (2.00)	0.743	7.00 (2.92)	7.00 (2.87)	0.898
Depression (0-10)	7.50 (2.45)	7.78 (2.49)	0.815	5.80 (3.11)	4.67 (3.84)	0.699

Fonte: Pain Medicine, disponível em <<https://academic.oup.com/painmedicine/article/21/10/2212/5942556>>

A dose inicial foi de uma gota ($\pm 1,22$ mg de THC e 0,02 mg de CBD) por dia com aumentos subsequentes de acordo com os sintomas. O FIQ foi aplicado nos momentos pré e pós-intervenção e em cinco atendimentos durante oito semanas. O grupo que recebeu o Óleo de Cannabis apresentou uma diminuição significativa no escore FIQ em comparação com o grupo placebo ($p = 0,005$) e em comparação com o escore inicial neste mesmo grupo ($p < 0,001$).

Os autores conduziram o estudo num Posto de Saúde da Atenção Primária do SUS, que dá cobertura assistencial para pessoas residentes em um bairro da periferia, carente com alta incidência de violência na cidade de Florianópolis (SC). A amostra, composta somente por mulheres, com média de idade em 51,9 anos, usuárias do sistema público de saúde, mães, trabalhadoras, “chefes” de família, talvez retrate com fidelidade a persistente desigualdade de gênero num cenário social ainda machista, misógino e preconceituoso que vive a sociedade brasileira, principalmente nas periferias. Por outro lado, a cannabis utilizada, com alguma liberdade e aceitação, por grande parte da sociedade branca de classes sociais mais abastadas, ainda é vista como “erva do demônio da boca de fumo da favela” por muitos, denotando aspectos impregnados de viés ideológico,

preconceitos e até mesmo a negação de aspectos científicos. A fibromialgia, diagnóstico ainda controverso no meio médico científico, é encarada por muitos médicos e pesquisadores como manifestação específica de um quadro depressivo. Doença específica ou manifestação de depressão, a dor intensa, a limitação da capacidade para o trabalho e a perda da qualidade de vida é quase rotina para uma expressiva parte das mulheres brasileiras como as representadas no estudo. Os fitocanabinoides podem ser uma terapia de baixo custo e bem tolerada para reduzir os sintomas e aumentar a qualidade de vida dos pacientes com fibromialgia, concluíram os autores. A solução pode estar na cannabis cultivada na periferia, na casa das pessoas, e não na medicação alopática de uso psiquiátrico. Além da eficácia limitada, grande quantidade de efeitos colaterais, a indisponibilidade no SUS, preço elevado que contribui para corroer o já limitado orçamento familiar, acabam por transformar o tratamento mais em transtorno que solução. O estudo dos pesquisadores Carolina, Andreia e Paulo vai além da ciência tradicional, traz luz para questões sociais relevantes e contribui para ressignificar o uso da cannabis no nosso meio.

A melhora do controle da Dor com óleos derivados de Cannabis, além de trazer alívio na intensidade dos sintomas, reduz o uso de medicações opióides e corticosteroides e contribui para a retomada da força de trabalho e autonomia de boa parte dos pacientes sofredores. A cada dia, cresce o número de publicações demonstrando o potencial terapêutico da Cannabis nos quadros de dor crônica intensa. Independentemente da legislação ainda proibicionista no país, associações de pacientes acolhem e promovem qualidade de vida para uma grande quantidade de pacientes que até então não tinham muitas opções para recorrer.

O desafio continua, estudos científicos sobre segurança da medicação fitocanabinoide, potenciais benefícios para portadores de Parkinson, Alzheimer, ansiedade, depressão e doenças crônicas que refletem um funcionamento exagerado do sistema imunológico estão em andamento, ou em fase de projetos na associação. A AMA+ME apoia a regulamentação do PL 399 no Congresso Nacional para poder continuar proporcionando alívio de maneira “legal” e produzindo conteúdo científico, a fim de tornar ainda mais legítimo o uso da cannabis para fins medicinais no Brasil e no mundo.

Referências

CHAUDHURI K.R.; MARTINEZ-MARTIN P.; SCHAPIRA A.H. et al. International multicenter pilot study of the first comprehensive self-completed nonmotor symptoms questionnaire for Parkinson's disease: the NMSQuest study. **Mov Disord.** British Columbia, v. 7, n. 21, p. 916-23, jul 2006.

CHAVES C.; BITTENCOURT P.C.T.; PELEGRINI A. Ingestion of a THC-Rich Cannabis Oil in People with Fibromyalgia: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial. **Pain Med.**, Oxford, v.10, n.21, p. 2212-2218, oct 2020.

CUMMINGS J.L. et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. **Neurology**, Minneapolis, v. 12, n. 44, p. 2308-14, dec 1994.

FLEURY-TEIXEIRA P., et al. Effects of CBD-Enriched Cannabis sativa Extract on Autism Spectrum Disorder Symptoms: An Observational Study of 18 Participants Undergoing Compassionate Use. **Front Neurol.**, Lausanne, v. 10 p. 1145, oct 2019.

GEIER, D.A.; KERN J.K.; GEIER, M.R. A comparison of the ATEC and the Childhood Autism Rating Scale (CARS) for the quantitative evaluation of autism. **Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities**, London, v. 6, n. 4, p. 255-267, 2013.

MACCSALLUM C.A.; RUSSO, E.B. Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. **Eur J Intern Med.**, Europe, v. 49, p. 12-19, mar 2018.

MENDOZA T.R. et al. The utility and validity of the modified brief pain inventory in a multiple-dose postoperative analgesic trial. **Clin J Pain**, Seattle, v.5, n. 20, p. 357-62, sep-oct 2004.

SINGH G. Arthritis, Rheumatism and Aging Medical Information System Post-Marketing Surveillance Program. **J Rheumatol**, Canada, v.5, n. 28, p. 1174-9, may 2001.

SPIELBERGER C.D. et al. **Manual for the State-Trait Anxiety Inventory**. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc., 1983.

Capítulo 6

Maconha ou Cannabis? Para quem e por quê?

Anderson Nazareno Matos

Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUCMINAS).

Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Conselheiro da XVI Plenária do CRP/MG.

Coordenador da Comissão de Orientação em Psicologia sobre tratamentos em Cannabis Terapêutica.

Professor universitário, com experiência em Saúde Mental, alcoolismo e uso abusivo de drogas.

Psicólogo da Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal (AMA+ME)

Introdução

Demandas pessoais muito particulares, inicialmente atípicas, teriam a capacidade de mobilizar forças contra pressupostos ou procedimentos longamente estabelecidos pelos costumes ou pela Lei? Pessoas com doenças raras, quadros que apresentam grande refratariedade a tratamentos comuns, transtornos severamente debilitantes teriam potência para produzir empatia e desencadear debates públicos, induzir ação em agências governamentais ou mesmo mudar o ordenamento jurídico? Se para o Direito o axioma ‘é o costume que faz a lei’ tem fundamento, ele aparentemente pode se aplicar às questões inicialmente introduzidas aqui, e o fato de que pessoas passam cada vez mais a requerer produtos à base de cannabis enquanto terapêutica.

O século XXI está redescobrando a cannabis que o século XX tentou esconder. Um breve recorte sobre o momento atual ajuda a entender a retomada da pauta. Cannabis, a medicina que os pacientes ensinam aos médicos ganhou as lentes do debate público. Um debate necessário, improtelável, ético se impõe, ao sabor de um mundo que se divide entre polos antagônicos. O antagonismo aqui recrudescer, pois em relação à cannabis paixões se acendem, entre os polos pode se revelar não apenas, ou exatamente, uma preocupação com a saúde, mas sim, grandes disputas narrativas.

O maconhista tupiniquim

Iniciamos dizendo que o discurso psiquiátrico brasileiro contribuiu na alvorada do século XX em questões relacionadas à cannabis. Não se tratava exatamente de uma construção nosológica, de um tipo psiquiátrico, mas de notas de um design tupiniquim ao sabor da época, quando o modo eugenista grassava enquanto diretriz sanitária. A Psiquiatria brasileira carregou na tinta para descrever seu maconhista, a planta que foi batizada de Cannabis Sativa L., seria aqui conhecida como Maconha, Pito de Pango, Fumo de Angola, entre outros. Isso consolidaria no imaginário popular um laço com a raça de onde derivam estes nomes, e esse traço se perpetuaria de uma maneira tal, de forma tal, que se exige ainda hoje, pouco mais de cem anos depois, que o primeiro passo a ser dado nessa direção, exija a desconstrução de toda sorte de estigmas que daquela lavra foram

forjados quando se pretende abordar o assunto da cannabis, ou como se costuma chamar por aqui, maconha.

No solo brasileiro, maconha foi originalmente descrita como malefício e vício, e o maconhismo, traço de ritual cultural, medicina ancestral, ou comportamento, recebeu a pecha de hábito, risco, perigo, desvio, a vingança de um oprimido (DORIA, 1915). No final do século XIX quando a maconha começava a receber atenção médica no Brasil ela estava próxima de práticas populares, de medicina popular, de práticas fitoterápicas, homeopáticas, naquele momento começou uma questão narrativa sobre a planta, pois ocorreu interesse por parte da medicina alopática em sua associação com a negritude, a partir de análises racistas que contribuíram para mudar seu status de algo que até então era remédio para veneno (POLICARPO, 2019).

Importante destacar que naquele momento o discurso médico que se tornaria 'o oficial' buscava o controle de práticas médicas legítimas e o afastamento daquelas que não portavam o mesmo status. O estamento médico conclamava seu saber-fazer como prerrogativa exclusiva, afastando a ideia de práticas autocráticas de medicação, estabelecendo como competência do profissional médico a prescrição ou proscricção de determinados produtos ou fármacos. Sob esse 'estado terapêutico', enlaçam-se interesses da medicina e do Estado, que nessa aproximação garantem legitimidade exclusiva de receituário e tratamento aos médicos, tornando ilegítimas outras terapias farmacológicas que não aquelas conduzidas por eles (FIORE, 2007). O ponto aqui reside na questão do monopólio médico na prescrição de medicamentos, que reprime qualquer uso autônomo de medicamentos, e sobretudo aqueles com efeitos psicoativos, que veda essa autonomia considerando-a uma prática de risco, devido à 'falta de competência técnica do consumidor', produzindo deste modo 'dois circuitos de circulação das moléculas: um autônomo e clandestino, outro heteronômico e oficial (CARNEIRO, 2008).

O pensamento do psiquiatra Rodrigues Doria e suas impressões sobre o maconhista ou mesmo sobre os efeitos da planta repercutiram fortemente no começo do século XX, tornando-se uma espécie de opinião geral, a 'opinião formal' sobre esse assunto. Pois apesar do uso milenar da planta de sua utilização sob diversos aspectos, de sua ampla utilização na cultura de vários povos, de sua presença em farmacopeias mundo afora, de seu uso ritual, religioso, terapêutico ou diletante fortemente estabelecidos em determinados segmentos populacionais brasileiros, a maconha foi objeto de banimento de uso terapêutico ou médico nos anos de 1930.

Vale destacar também outros detalhes que influenciaram a descontinuidade do uso medicinal da cannabis, que sob este aspecto, tanto no Brasil como fora dele, encontravam outros interesses para além de questões raciais, haveria questões mais técnicas, por assim dizer, como por exemplo; o 'ingrediente ativo' da cannabis não havia sido identificado, as bases bioquímicas de sua farmacologia eram desconhecidas, os extratos do século XIX não eram padronizados quanto à composição ou dosagem. Havia, ainda, grandes variações entre os produtos sem

que fosse possível um adequado controle de qualidade, além de inconvenientes no uso fumado e as administrações orais eram problemáticas, desse modo, a segurança para os padrões modernos não estava claramente estabelecida naquele momento (RUSSO, 2011).

Afastada dos circuitos oficiais, a cannabis, agora cada vez mais convertida, cada vez mais demonizada e perseguida, levará os nomes populares, que a manteriam indissociada de povos e lugares mundo afora, Diamba, Liamba, Ganja, Marijuana se torna matéria de vigilância médica e policial se mantendo assim durante praticamente todo o século XX.

Não apenas uma planta que estava fora, mas um sistema que estava dentro

Curiosamente, ainda nos mesmos anos 1930, seria isolada a molécula do canabidiol (CBD), sua estrutura seria elucidada em 1963 por Mechoulam e Shvo, logo depois a do $\Delta 9$ Tetrahydrocannabinol (THC) em 1964 por Gaoni e Mechoulam, e a grande novidade ocorreu no início dos anos 1990 quando foi descoberto o sistema endocanabinóide (MECHOUAN, PARKER, 2012). Depois dessas descobertas a situação começou lentamente a receber outro olhar.

Alguns acreditam que o grande debate, o foco, é a cannabis, sim, certamente ela é muito importante, mas na verdade podemos pensar que a cereja do bolo, o que vai legitimar toda esse reposicionamento do ponto de vista de uma discussão sobre a planta e saúde é o sistema endocanabinóide. O sistema endocanabinóide teria se revelado uma espécie de maestro dos outros sistemas, descortinando-se relações importantes que o colocariam na posição de um neuromodulador assim como contribui na composição da homeostase de outros sistemas (MATOS, 2021).

O sistema teria a função de manter funções fisiológicas, metabólicas, psicológicas e patológicas em equilíbrio (FILEV, 2021). Com o uso da planta podem ocorrer melhora, diminuição ou desaparecimento de dores oriundas do câncer, fibromialgia, reumatismo, indicando sua ação analgésica, já descrita há muito tempo, assim como oferece efeito relaxante e antiespasmódico alcançando transtornos que apresentam espasmos ou contrações involuntárias, aqui a ação se estende à doenças que atacam o sistema nervoso, Esclerose Múltipla, Parkinson, etc.

Encontra-se ainda importante função na redução de náusea, vômitos, perdas de apetite e caquexia, que são efeitos colaterais indesejáveis frequentemente presentes em tratamentos de quimioterapia e em casos de câncer e Aids.

Certamente merece destaque o uso em casos de epilepsias, revelados ao mundo ocidental por O'Shaughnessy quando produziu um relato do tratamento da moléstia com resultados entusiásticos introduzindo seu uso medicinal na Europa, momento em que a planta passou a ocupar as farmacopeias mundiais (FILEV, 2021). Desse modo, aqui, brevemente se recorta, aquilo que o último século tentou esconder sobre cannabis.

A novidade de cinco mil anos, como sempre se refere o professor Renato Malcher, brota no século XXI como verdade incontornável, ponto inflexível de onde

não se pode recuar o olhar. Importa bastante entender o que teria promovido essa retomada.

Eu trafiquei por amor

Por um lado, o desespero de famílias em situação limítrofes utilizando medicamentos alopáticos com uma alta carga de efeitos colaterais, quadros clínicos infantis próximos da letalidade, ausência de tratamentos eficazes, resultados pífijs, e do outro lado, informação.

Famílias com crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) frustradas com o tratamento que recebiam e as redes sociais permitindo acesso a informações cada vez mais qualificadas e específicas permitiram esse reencontro com o escamoteado. Como que se cuidadores e pacientes estivessem retomando as observações descritas desde O'Shaughnessy, um número crescente deles, encontrando o limite da ação médica, produziu a retomada da cannabis enquanto pauta como tratamento paliativo, atenuando, melhorando, retirando, acrescentando ou retardando condições ou situações clínicas de difícil manejo (FILEV, 2021). A urgência desencadeou a busca de informações, casos com resultados estimulantes relatados nos Estados Unidos como o de Charlotte Figi começaram a chegar pela internet, encontrando no Brasil famílias nas mesmas condições.

O documentário *Ilegal*; a vida não pode esperar de Tarso Araújo (2014), nos apresentou os casos de Anne, Sofia, Gustavo (in memoriam), e outros, ganhando visibilidade na mídia de grande alcance, apresentando à sociedade brasileira casos tocantes. É impossível ver o documentário sem se emocionar, um engasgo sempre acompanha a quem assiste, persistindo no final a sensação de embaraço e um constrangimento que não se consegue evitar, permanecendo a questão do porquê não se construir uma solução eficiente e resolutiva para estas situações. Ainda que os médicos não estivessem suficientemente informados sobre a questão, o que deve atribuir-se a sua formação, os pacientes não se acomodaram com essa ignorância. Eles mesmos fizeram chegar aos médicos as últimas atualizações sobre o tema, como destacam Davoglio e Tolotti (2019), pacientes e familiares, mediante toda sorte de embaraços e dificuldades para se acessar essas terapêuticas tomaram as rédeas da história para induzir a discussão de direitos fundamentais que precisam ser assegurados.

O documentário *Ilegal* ilustra a saga de famílias perambulando pela Câmara Legislativa e pela Agência Brasileira de Vigilância Sanitária buscando soluções que produzissem tranquilidade, regularidade e segurança, ou ainda se extenuando em ligações intermináveis dos SAC dos correios tentando resgatar seus medicamentos que podiam ficar retidos em embaraços aduaneiros, enquanto seus filhos se esturricavam em crises epiléticas, essa cena em particular, arranca lágrimas e empatia mesmo em corações mais frios.

No começo dessa história era somente por intermédio de medicamentos importados (que na origem são considerados suplemento alimentar) que essas

famílias conseguiam acessar produtos à base de cannabis. Dessa forma começou a saga de famílias brasileiras em busca desses fitoterápicos. Única estratégia visível naquele momento era uma peregrinação protocolar e burocrática que em muito aumentava o sofrimento, a expectativa, a ansiedade e a sede de respostas, a ponto de pacientes estarem dispostos a burla de todo o processo para acessar esses produtos, como em muitos casos aconteceu.

No documentário *Ilegal*, uma das personagens confessa o crime: “_ Eu pratiquei tráfico internacional de drogas”, referindo-se ao medicamento que solicitou que fosse enviado dos Estados Unidos sem autorização. Por que alguém que nunca usou cannabis e até mesmo a repudiava, chega ao extremo de publicamente confessar um crime dessa natureza? O que levaria uma mãe a participar de um documentário, que ficaria para a posteridade, a gravar a confissão de uma ação tipificada no código penal e que poderia ter consequências avassaladoras? Qual é o limite ético, moral ou jurídico que um cuidador pode atravessar para ver aliviada a dor de alguém que lhe é caro?

Essas famílias, e incontáveis outras, anônimas, mas igualmente em urgência fizeram coisas parecidas com estas, e mais. Essas pessoas começaram a buscar autonomia e gerenciamento participativo em seus tratamentos mediante o cultivo doméstico de suas próprias plantas e a confecção de óleos de extratos de cannabis.

“O protagonismo desses atores levou a um envolvimento contínuo, voluntário e colaborativo da pessoa/família no tratamento, promovendo maior autoconhecimento sobre seu corpo e seu diagnóstico do que habitualmente estamos acostumados”. (DAVOGLIO; TOLOTTI, 2019)

Estas interações permitiram que houvesse o incremento sobre o conhecimento da planta, quais as cepas específicas que se adequariam a características bioquímicas ou metabólicas de cada organismo, a compreensão das dosagens e observação diária de efeitos desejáveis ou indesejáveis, revelando uma customização de medicamentos que normalmente não se observa com outros produtos. Tal situação produziu

[...]um envolvimento proativo dos próprios pacientes e familiares, associado ao desconhecimento da maioria dos profissionais acerca do potencial terapêutico da cannabis e sua administração, e tem levado a um empoderamento do paciente diante de sua condição e certa desmistificação da exclusividade do saber médico”. (DAVOGLIO; TOLOTTI, 2019)

Essa última observação sobre a autonomia dos pacientes remonta ao momento histórico, em que a disputa narrativa sobre a cannabis entre alopatas e homeopatas começou, e curiosamente toca no ponto da autonomia e heteronomia na condução de tratamentos, questionando e ressignificando algo do cuidado de si e do próprio saber médico. Certamente tal atitude oferece questionamento às práticas arraigadas secularmente ampliando possibilidades de bem-estar, com um autocuidado e um nível considerável de responsabilidade do próprio paciente na gestão do seu processo.

Você teria compaixão?

Sobre ação do médico em relação à prescrição de cannabis, é outro ponto que interessa abordar. A resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), n. 2.113/2014 regulamenta sobre o uso compassivo de canabidiol para crianças e adolescentes com epilepsias refratárias aos tratamentos convencionais. O CFM (2014) assim descreve a forma compassiva às situações onde métodos conhecidos já não apresentam resultados satisfatórios. O uso compassivo ocorre quando um medicamento novo, ainda sem registro na Agência Brasileira de Vigilância Sanitária (ANVISA), pode ser prescrito para pacientes com doenças graves e sem alternativas terapêuticas satisfatórias com produtos registrados no país”. A norma da autarquia sobre uso compassivo de cannabis autoriza neurologistas e psiquiatras a prescrever canabidiol (CBD) a crianças e adolescentes com quadros de epilepsias refratárias e ponto, apenas isto.

A resolução, buscando controle a pacientes e a médicos envolvidos com a terapêutica de produtos da planta, cria uma situação atípica em relação à prescrição de fármacos, com um cerceamento sem precedentes.

Por que pareceria à ação médica necessário compaixão para o agenciamento de cannabis? E que sorte de compaixão é essa, que na sua forma e conteúdo manifestam mais restrição e cerceamento que alcance e alívio?

Esse ponto exige o exame do conceito de ‘uso compassivo’. Sobre a compaixão, Policarpo (2019) destaca sua presença em textos religiosos, assinalando sua proximidade com a piedade, o amor ao próximo, ao altruísmo, perdão e solidariedade, mas que também o termo é utilizado de forma burocrática e objetificada pela medicina ocidental, tratando daquele momento em que se encontra o recurso final, o derradeiro, a última arma, situação de fronteira da ação ou do conhecimento. O autor traça um paralelo entre o *Compassionate Use Act*, regulamento aplicado na Cidade de São Francisco, na Califórnia, e as normas que o CFM e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceram acerca do mesmo tema, tratam-se de regulamentos que orientam o alcance do ato médico e, supostamente, o alívio do paciente, vale a pena demonstrar como a compaixão foi interpretada em cada local.

Aqui ela ficou circunscrita a duas especialidades médicas e restrita a quadros de epilepsias refratárias na infância e na adolescência. O *Compassionate Use Act* relaciona as doenças que podem ser tratadas por cannabis, como por exemplo, câncer, Aids, entre outras, e ao fim da lista um destaque que produz bastante diferença; que é ‘qualquer condição que maconha sirva de alívio’. Essa é a diferença substancial, pois ela outorga a prescrição de maconha para qualquer uso terapêutico, ampliando a própria noção de terapêutico ao que produz bem-estar e melhora condições de saúde.

Ora, o cotejamento dessas duas normas nos mostra que, no caso americano, a maconha se transforma em remédio e o usuário não precisa se transformar num doente, e, no caso brasileiro a restrição às condições médicas específicas coloca todos que estão fora desse recorte como transgressores, cidadãos que

podem estar infringindo leis, criminosos. No nosso caso, usuários que demandam maconha teriam que se enquadrar no perfil de ‘doente regulamentar’, aparecendo publicamente como tutelados pelo estado, na forma de doentes, hipossuficientes ou criminosos (FIGUEIREDO; POLICARPO; VERÍSSIMO, 2017). Assim, podemos nos sentir informados de que a compaixão estadunidense para cannabis é inclusiva e a brasileira é excludente (POLICARPO, 2019).

Importante lembrar que o CFM, em associação com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), protagonizaram nos últimos anos ações que denotam posição bastante conservadora, com uma aura antipática ao tema, pode-se observar isso no documento ‘Decálogo sobre maconha’ de 2019, publicação feita em parceria pelas duas instituições que no seu primeiro enunciado diz: “A cannabis sativa e a indica não podem ser consideradas medicamentos e, portanto, não existe maconha medicinal”.

Quem sopraria isso nestes ouvidos? Em que direção essas instituições olham? Por que não escutam seus pacientes em seu sofrimento? Não percebem a urgência, falta-lhes empatia? Teriam esquecido do juramento de Hipócrates: ‘Primum non nocere et in dubio abistine’ (Em primeiro lugar não causar o mal, em dúvida, abstenha-se).

Por que repercutem Rodrigues Doria (1958) ao invés de Elizaldo Carlini (2010)? Uma lembrança precisa ser recuperada neste ponto, aquela que nos relata o professor Elizaldo Carlini (2010), quando comenta sobre o editorial da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) de 1987, que considerava que era preciso descriminalizar a maconha, sob o risco de se penalizar duplamente estes usuários: “a pena social de ser um drogado e a pena legal de ser um drogado, esta última muitas vezes mais danosa que a primeira” (REVISTA BP/APAL, 1987 Apud CARLINI, 2010), essa observação nos remete ao fato, que aparentemente é óbvio, que compreende que pessoas em uso de substâncias podem precisar sim de assistência, e não de ser criminalizadas. Então, cientes disso, se faz necessário assim perguntar: por que o Decálogo é sobre a maconha?

Deveríamos ter o cuidado semântico de separar em campos diversos os nomes da planta?

Antes de caminharmos para nossas conclusões, parece necessário apreciar este ponto, como nos referir a esta planta? Devemos manter o sóbrio nome científico *cannabis sativa* L. ou lembrar da palavra africana; maconha, aqui tão enraizada? Que implicações essas dimensões semânticas fazem incidir?

No imaginário popular, aparentemente isso ainda faz muita diferença, pode-se verificá-lo ao se fazer uma busca no site de pesquisas google utilizando a palavra ‘cannabis’ e a palavra ‘maconha’. Se buscar cannabis ocorrerão sites sobre saúde, mercado, história, informação, medicina, ações na bolsa de valores, pesquisas científicas. Se buscarmos maconha encontraremos informações associadas à; drogas, polícia, apreensões, dependência, justiça, alerta, internação, malefício. É como se não fosse a mesma planta, como se tratasse de duas coisas completamente

apartadas uma da outra.

É perceptível o cuidado que alguns médicos têm ao se referir à planta, usando regularmente a palavra *cannabis*. Alguns justificam dizendo que é importante fazer essa dissociação exatamente para produzir o afastamento do campo do estigma, que se possa perceber o aspecto benigno, positivo, medicinal da planta, alcançando àqueles que precisam de canabidiol (CBD) ou mesmo do $\Delta 9$ Tetrahydrocannabinol (THC) sem a necessidade de fazer contorcionismos linguísticos ou morais, ou ainda ter que fazer uma longa aula de história para que um paciente aceite bem a sugestão. Esse cuidado, acaba por reproduzir e manter aspectos que habitam de forma inconsciente no coletivo, como que se esses produtos, CBD ou THC, oferecidos na prateleira de farmácias ou entregues por empresas estrangeiras *delivery* não tivessem nenhuma relação com a planta que lhes dá origem.

É verdade, existem produtos isolados e inclusive produtos sintéticos, e dada as especificidades do sistema endocanabinóide, das variações da planta, das necessidades particulares de cada paciente, e como já dito acima, da possibilidade de uma customização sem precedentes, toda sorte de produtos podem apresentar aplicações terapêuticas eficientes. Mas é claro, não se pode esquecer de modo algum, que esses produtos derivam da planta, e que *cannabis* e *maconha*, são tão somente a única e mesma coisa.

O detalhe desse uso linguístico pode contribuir para perpetuar a pouca empatia que os brancos brasileiros têm pelos pretos, que ao aceitar produtos de CBD ou THC em farmácias continuaria denegando a *maconha*, que continuaria sendo apenas aquele produto que habita as biqueiras, favelas e é fruto de apreensões pela polícia, mobilizando o aparato público de segurança e a justiça. *Maconha* assim pensada, habita a crônica policial, o universo do crime, a violência, a guerra, e toda sorte de mazelas, associadas ao perverso racismo estrutural brasileiro, também ele denegado, e forjado, como dito aqui, com as contribuições de uma psiquiatria eugenista.

Portanto, quando falamos de *cannabis*, não podemos estar preocupados em gourmetizá-la, pois não podemos jamais esquecer os lugares por onde ela andou, nem os nomes que mereceu, pois muito além do que simplesmente perpetuar o preconceito, como que isso por si só não bastasse, encontra-se nesse aspecto aquilo que toca dívidas históricas da branquitude brasileira em relação à negritude brasileira.

Mediante a magnitude e alcance dessa discussão, não podemos ficar presos aos binômios semânticos, *maconha* é droga, *cannabis* é remédio, ou droga/remédio, recreativo/medicinal, paciente/usuário num dualismo que tenta evitar tudo aquilo que pode parecer desprezível, estrangeiro, ou excluído como tão bem nos lembram Davoglio e Tolotti (2019), isso apenas perpetua a segregação que habitam nossas contradições e ambivalências, protelando o enfrentamento do que de fato importa.

Não podemos branquear a *maconha* para que ela se torne palatável aos consumidores que podem pagar caro por ela e manter desfaçatez sobre o que acontece na guerra às drogas, sobre aqueles tantos outros que se encontram

historicamente próximos da mesma planta e encontram no horizonte o pior dos possíveis.

O que a Psicologia tem a ver com cannabis?

A pergunta necessária se coloca para nós. O que temos a ver com a discussão da cannabis ou da maconha? Certamente, muitas coisas, algumas que são possíveis de se enxergar agora e outras que ainda não.

Haverá uma Psicologia cannábica? O que entraria sobre este guarda-chuva? Estaríamos falando de protocolos para atendimento de pacientes? Estaríamos discutindo saúde, segurança, bem-estar, autonomia no cuidado de si? Ou estaríamos falando sobre disponibilidade de produtos de cannabis no SUS, de qualificação de profissionais de saúde, de um potente trabalho de informação e acolhimento?

Estaríamos falando do direito de pacientes ao auto cultivo, da possibilidade de suporte que as associações de pacientes possam ter de profissionais com nosso perfil? Ou falamos de pessoas que querem plantar uma planta ou da legitimidade das Marchas da Maconha?

Ou poderíamos discutir mais? Que tal falarmos sobre o enfrentamento de graves dilemas sociais, igualmente onerosos, violentos, cruéis, dilacerantes, que retiram membros de suas famílias, como encarceramento em massa, violência contra os jovens e moradores de periferias, à negritude, ao encarceramento feminino, ao racismo, ao proibicionismo, à guerra às drogas, a violação de direitos humanos.

Na primeira reunião da Comissão de Orientação em Psicologia em tratamentos com Cannabis Terapêutica, ocorrida em agosto de 2021, identificamos três eixos que poderiam ser pensados sob a égide de uma 'Psicologia Canábica', a saber;

Um eixo político, que compreenderia a informação e a desconstrução do preconceito entre a classe, junto aos pacientes e familiares, e também para com outros profissionais de saúde. Participar do debate público e fomentar o avanço da discussão da introdução da cannabis na Farmácia Viva, para garantia do acesso àqueles que precisem, estimulando a presença de produtos de cannabis no Sistema Único de Saúde (SUS) oportunizando acesso a terapias cannábicas, o estímulo às associações de pacientes e a busca de parcerias para suporte. Participar ativamente na discussão política dessa pauta na esfera legislativa buscando a garantia de Direitos Humanos que são violados quando se obsta, dificulta ou nega acesso à cannabis ou seus derivados.

Um eixo técnico, que compreenderia a clínica propriamente dita, mediante o estabelecimento de protocolos e orientações para atendimento e suporte dos pacientes, forma de compreender melhor nossa própria atuação nessa seara sob a lógica da clínica multidisciplinar, que se mostra tão adequada ao campo da saúde mental. Seria oportuno estabelecer uma relação de aproveitamento do conhecimento acumulado de pacientes, familiares e associações, permitindo a ampliação da atuação da psicóloga em um aprendizado dialético com aqueles que

já estão vivenciando empiricamente as experiências, e que podem compartilhar experiências exitosas ou dúvidas afins ao campo da Psicologia.

O terceiro eixo seria aquele que se incumbe da comunicação a população e profissionais de saúde, que encampa os princípios da Educação em Saúde, da Psicologia da Saúde, com a preocupação em construir uma informação qualificada e uma comunicação eficiente, que oriente a partir dos princípios da Redução de Danos e da educação para o uso de drogas.

Certamente a questão da educação, da formação de profissionais de psicologia para este campo precisa ser considerada, levando-se em conta a necessidade de conhecimento que tal demanda exige, é desejável que existam disciplinas nos cursos de psicologia sobre cannabis, considerando sobre o sistema endocanabinóide, suporte terapêutico, fenomenologia psiquiátrica ao uso, transtornos que podem ser beneficiados, efeitos desejados ou adversos, enfim, aqui parece ser ampla a lista, certamente muito não foi dito. Esse último ponto sobre a formação, recorta os três eixos que o antecederam, político, técnico e de comunicação.

Conclusão

Podemos concluir nos lembrando no nosso papel na luta contra o preconceito, pelos Direitos Humanos, pela saúde integral, pela garantia da dignidade das pessoas, pela liberdade e integridade da vida humana. No tema cannabis seguimos por muito tempo as impressões de nossos colegas médicos, sobretudo psiquiatras, repercutindo de forma acrítica aquilo que foi dito.

Neste momento existem muitos pontos de divergência entre nossos princípios e a interpretação que o CFM e a ABP fazem sobre saúde mental, atenção ao paciente, cuidados básicos em saúde mental, estrutura e organização de equipamentos de saúde mental, atenção e tratamento em saúde mental, com um destaque necessário ao campo das políticas para álcool e outras drogas, onde se pretendeu desconstruir a Redução de Danos fazendo-a subsumir na lógica da abstinência e inflar a Rede de Atenção Psicossocial com Comunidades Terapêuticas em detrimento dos Centros de Atenção Psicossocial. Esses posicionamentos nos causam espécie, nossos princípios éticos não permitem esses recuos.

Nesse momento o nome 'Luta Antimanicomial' nunca pareceu fazer tanto sentido, pois muito do que se construiu na Reforma Psiquiátrica Brasileira sofre ameaças constantes e reiteradas de desconstrução, a reivindicação por direitos de pacientes e profissionais do campo da saúde e da saúde mental surge reavivado num chamamento que nos lembra os princípios que guiam nossas ações. Não somos secretários dessa medicina, faremos diferente. Não pactuamos os retrocessos que esse momento funesto pretende infringir a nós nem àqueles que cuidamos, no que tange às políticas sobre drogas, a lógica da Redução de Danos nos orienta, e certamente a apropriação da pauta da cannabis terapêutica muito acrescentará à nossa compreensão e no suporte de pacientes.

No que tange as questões que trouxemos não reduziremos o sujeito à

maconha, existe um universo entre uma coisa e outra, sejamos sensíveis a isso. Queremos antes saber qual lugar ela ocupa na vida de alguém, no alívio, no sofrimento, na sua subjetividade ou cultura. Como sempre nos lembrava Carlini (2010), citando seu professor José Ribeiro do Valle, precisamos estudar não apenas a maconha, mas o homem que usa maconha. É necessário tocar nesse significante que resistiu à escravidão e que, de algum modo, foi perpetuado. O ponto é: o que significa a maconha para cada indivíduo?

Nosso papel é propor algo diferente, fazer algo diferente. É necessário trazer um novo olhar e produzirmos a ressignificação de muitas coisas. É disso que pacientes e familiares que utilizam cannabis precisam, eles precisam de acolhimento, de atenção e de profissionais inclinados à ciência, aptos e qualificados para atendê-los. É isso que se pede à Psicologia, basta ter ouvidos para ouvir.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Decálogo da Maconha**. Brasília, DF, 2019. Disponível em <<https://www.abp.org.br/post/abp-e-cfm-decalogo-maconha>>. Acesso em: 17 nov 2020.

CARNEIRO, H. Autonomia ou heteronomia nos estados de consciência. In: LABATE B.C. et al. **Drogas e Cultura: Novas perspectivas**. Salvador: UDUFBA, 2008.

CARLINI, E. A., et al. **A história da Cannabis sativa L. (maconha, liamba, diamba, fumo de Angola, etc.) no Brasil**. Por uma Agência Brasileira da Cannabis Medicinal? São Paulo: CEBRID, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 2.113, de 30 de outubro de 2014. Aprova o uso compassivo de canabidiol para tratamento de epilepsias das crianças e do adolescente refratárias aos tratamentos convencionais. Brasília, DF, 2014. Disponível em <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2014/2113>> Acesso em: 12 ago 2021.

DAVOGLIO T.; TOLOTTI, M. D. **Cannabis Medicinal: protagonismo e paradigmas**. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2019. Disponível em <<https://www.crprs.org.br/publicacoes/a-psicologia-na-promocao-dos-direitos-humanos-transversalizando-fazer-e-saber>>. Acesso em: 12 ago 2021.

DORIA, R. Os fumadores de Maconha, efeitos e males do vício. In: SERVIÇO NACIONAL DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA (org.) **Maconha: coletânea de trabalhos brasileiros**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958.

FILEV, R. Os usos terapêuticos da maconha. In: L., Saddi; M. L. S, Zemel (orgs).

Maconha, os diversos aspectos, da história ao uso. São Paulo: Editora Edgar Blücher Ltda, 2021, p. 113-127.

FIGUEIREDO, E.; POLICARPO, F.; VERÍSSIMO, M. A fumaça do bom direito: demandas pelo acesso legal à maconha na cidade do Rio de Janeiro. **Platô: Drogas e Políticas**, São Paulo, v.1, n. 1, p.13-37, 2017.

IORE, M. **O uso de Drogas:** controvérsias médicas e debate público. Campinas: Mercado das Letras/Fapesp, 2006.

MATOS, A. N. Uso medicinal de cannabis: evidências e implicações terapêuticas. In: MICHELI, D. et al. (orgs). **Aspectos comportamentais, neurobiológicos e psicossociais do uso e dependência de Drogas.** Curitiba: Editora CRV, 2021.

POLICARPO, F. Compaixão canábica: as dimensões simbólicas e políticas no manejo da dor e do sofrimento no Brasil. **Revista Ingesta**, São Paulo, v 1, n. 1., p.41-52, 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.11606/issn.2596-3147.v1i1p41-52>>. Acesso em: 12 ago 2021.

RUSO, E. Therapeutic Uses of Cannabis: Lessons of the Past, Design for the Future. In: CARLINI, E.A. et al. **Simpósio Internacional:** Por uma Agência Brasileira de Cannabis Medicinal? São Paulo: CEBRID, 2011, p 24-47.

Capítulo 7

Dados da Pesquisa: “O conhecimento da Psicóloga mineira sobre o uso da cannabis terapêutica”

Lara Verônica Souza Toledo

Aluna do curso de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG).

Marina Meireles Barbosa

Aluna do curso de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG).

Higor Henrique da Silva

Aluno do curso de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG).

Maria Augusta Gonçalves

Aluna do curso de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG).

Reinaldo da Silva Júnior

Professor titular da UEMG

Doutor em ciência da religião

Líder do grupo de pesquisa psicologia e transdisciplinaridade do CNPQ

Introdução

Este estudo é uma parceria entre o CRP04 e o grupo de pesquisa em Psicologia e transdisciplinaridade, coordenado pelo prof. Dr. Reinaldo da Silva Júnior da Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG), é o resultado de um árduo trabalho do GT de Psicologia e cannabis terapêutica e que tem como principal objetivo disparar uma série de estudos e reflexões sobre a participação da psicóloga no campo do uso terapêutico da cannabis e na luta pela regulamentação do uso da planta.

O cenário mundial é hoje o mais favorável para esta discussão diante dos avanços dos estudos com a cannabis e da conseqüente regulamentação do uso mundo afora; o Brasil já vem protagonizando esta cena com as associações de pacientes e a marcha da maconha, só para citar dois exemplos de movimentos que trabalham para a divulgação dos benefícios da maconha e para a regulamentação de seu uso no país.

Entendemos que a psicologia enquanto, ciência e profissão, precisa acompanhar estes movimentos e trazer para dentro de sua prática esta discussão, procurando fundamentar o papel que temos neste processo. Para tanto é preciso começar a pensar o que estamos entendendo que seriam as práticas da Psicologia com a Cannabis, sobretudo uma Psicologia que pense não apenas os efeitos químicos da planta, mas discuta e entenda como a utilização da mesma impacta na construção das subjetividades e nas relações sociais.

Alguns atravessamentos precisam ser explicitados nesta discussão, como por exemplo a relação entre a política de guerra às drogas e a perseguição e marginalização do povo preto e periférico, a medicalização do uso abusivo, tratando o mesmo como um problema individual desconsiderando os contextos sociais onde o mesmo acontece, a interface do crime organizado com o tráfico e suas conseqüências na vida da população pobre.

O avanço de instituições de internação que procuram tratar o problema

de maneira grosseira e limitada, utilizando de técnicas abusivas e que ferem os direitos humanos, desconsiderando as estratégias de redução de danos e as redes de atenção psicossocial é outro agravante que nos leva a compreender a urgência desta pauta.

Entendemos ainda que este estudo deve ter outros desdobramentos, inclusive ampliando a discussão para o âmbito nacional do Sistema Conselhos e acreditamos que este primeiro trabalho possa servir de motivação a todos aqueles que já entendem a importância e a urgência desta temática.

Metodologia

Esta pesquisa deve ser classificada como uma pesquisa de campo de caráter quantiquantitativo. O conceito de pesquisa de campo está bem colocado por Stéphane Beaud e Florence Weber:

"Começamos por dissipar a ambiguidade que existe em torno dessa noção vaga e polissêmica. Se o termo de pesquisa etnográfica não fosse obscuro para a maioria dos leitores, teria sido mais apropriado para este guia, pois remete a uma longa tradição antropológica e evita as confusões ligadas aos múltiplos sentidos da 'pesquisa de campo'. Poder-se-ia contrapor, termo a termo, o modelo do campo como simples visita àquele do campo do etnógrafo, presença demorada no local, estabelecimento de relações de proximidade e de confiança..."¹

Definimos nossa pesquisa como de campo exatamente por estarmos tratando com um grupo social com o qual convivemos, na verdade compomos este grupo como psicólogos, a pesquisa em si se apresenta como resultado do trabalho primeiramente do GT e em seguida da Comissão de Orientação em Psicologia em tratamentos com cannabis terapêutica do CRP04, o que caracteriza esta proximidade e esta presença demorada destacadas pelas autoras.

Quanto ao caráter quantiquantitativo observamos a importância de articular os elementos dos modelos quantitativo e qualitativo em pesquisa, como nos apresenta Freitas et. al.², na intenção de produzir uma análise mais dinâmica e contextualizada, entendendo que as características culturais, históricas e intersubjetivas precisam nortear a perspectiva estatísticas dos dados coletados em campo.

No que concerne à análise dos dados, a referência qualitativa da mesma é desenvolvida no diálogo entre autores da psicologia social crítica, fenomenologia, psicologia humanista e, esperamos estar contribuindo com este texto para a consolidação de práticas da Psicologia com a Cannabis. A contribuição de autores da sociologia, antropologia, história são imprescindíveis para esta análise

¹ BEAUD, Stéphane e WEBER, Florence. Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 9.

² FREITAS, Henrique M. R. de et. al. Na busca de um método quanti qualitativo para estudar a percepção do tomador de decisão. Angra dos Reis: anais do 20º ENANPAD, 1996.

qualitativa dos dados quantificados.

Utilizamos como instrumento de coleta de dados um questionário com 24 perguntas, sendo 23 fechadas e 1 aberta. O instrumento foi aplicado no modelo survey de pesquisa, definida por Freitas et. al. (2000) como: “a pesquisa survey pode ser descrita como a obtenção de dados e informações sobre características, ações e opiniões de determinado grupo de pessoas, indicado como representante de uma população alvo.”³ Nossa população alvo foram as psicólogas inscritas no CRP04.

A amostragem seguiu o modelo aleatório simples⁴, tendo como forma de divulgação o e-mail institucional e os canais de mídia social do conselho. Foram alcançadas um contingente de 938 pessoas, sendo que 40 pessoas não estavam no perfil de nossa amostragem (20 não eram psicólogas e 20 eram psicólogas de outros estados) que deveria ser psicólogas de Minas Gerais.

A análise seguiu alguns marcadores como gênero, raça, idade, religião. Entendemos que estas referências são fundamentais na construção do cenário a ser investigado a partir do problema levantado: qual o conhecimento das psicólogas sobre o atual contexto da utilização da cannabis em processos terapêuticos e a luta pela regulamentação?

Na análise da questão aberta fizemos o seguinte movimento: no primeiro momento categorizamos as respostas chegando num número de 23 categorias, tabulamos estas categorias e depois as dividimos em subcategorias, agrupando as mesmas para uma análise mais precisa, definimos sete subcategorias. Este processo nos ajudou a desenhar o cenário que as psicólogas enxergam num contexto de regulamentação da maconha.

Esta é mais uma ação da Comissão de Orientação em Psicologia em tratamentos com Cannabis Terapêutica na construção do conhecimento necessário para a ciência psicológica nesta temática, entendemos a mesma como um trabalho preliminar de aproximação com a categoria com o objetivo de fazer um primeiro diagnóstico setorizado da inserção das profissionais nesta área, na intenção de subsidiar estratégias para trabalhar a temática junto à categoria e internamente no sistema conselhos. Outros momentos de investigação e construção devem ser pensados tanto a nível regional como nacional; esperamos que este trabalho auxilie também neste processo.

Análise dos resultados

Dividimos a análise em dois momentos: o contexto e a expectativa. No

³ FREITAS, Henrique et. al. O método de pesquisa survey. Revista de administração, São Paulo, v. 35, n. 3. 2000. Disponível em <http://www.clam.org.br/biblioteca/digital/uploads/publicacoes/1138_1861_freitashenriquerausp.pdf>. Acesso em: 16 dez2021.

⁴ MARTINS, Maria E. G. Amostragem aleatória simples. Revista ciência elementar, Porto, v. 6, Universidade do Porto. Porto, 2018. Disponível em <<https://rce.casadasciencias.org/rceapp/static/docs/artigos/2018-021.pdf>>. Acesso em:16 dez2021.

primeiro momento analisamos as questões fechadas para ter um desenho de nossa amostragem. No segundo momento analisamos a questão aberta, categorizando as respostas e buscando extrair dali o que as profissionais pensam em respeito ao seu lugar e da ciência psicológica frente ao fenômeno da cannabis terapêutica e da possível regulamentação do uso por conta dos avanços das pesquisas e das evidências empíricas de sua eficácia terapêutica.

O contexto

Devemos começar nossa análise refletindo sobre o perfil da amostragem atingida. Dos pesquisados 73,2% são de pessoas entre 21 a 45 anos (Gráfico 1), o que caracteriza uma amostragem de pessoas mais jovens, formadas basicamente no século XXI.

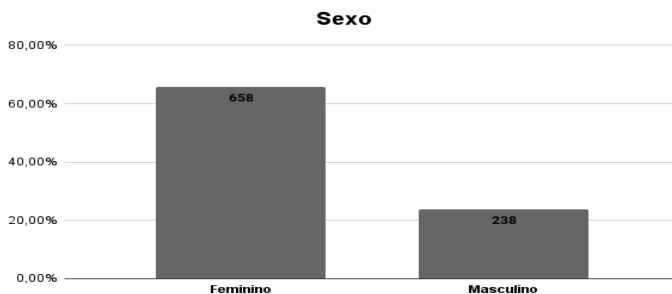
Gráfico 1



Fonte: Da pesquisa.

O quantitativo feminino da amostragem (73,4%, Gráfico 2), se encaixa no padrão da profissão, que é majoritariamente composto por mulheres, este dado demonstra que a amostragem aleatória não fugiu do perfil da profissão, pelo menos no quesito sexo.

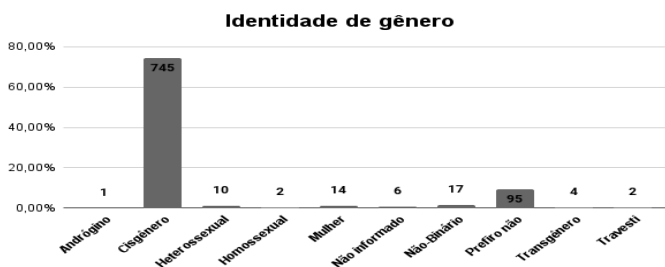
Gráfico 2



Fonte: Da pesquisa.

O mesmo se aplica quando olhamos a identidade de gênero (82% se identificaram como cisgênero, Gráfico 3), precisando, neste caso, apontar para uma realidade social marcada pela desigualdade de direitos, onde pessoas trans, não binárias, travestis, são invisibilizadas, marginalizadas e, por que não dizer, exterminadas, não tendo acesso à educação, saúde, segurança e lazer, ou seja, estamos falando de uma população historicamente excluídas das políticas públicas e dos espaços sociais. Infelizmente esta realidade fará que qualquer pesquisa sobre direitos, no caso da nossa, o direito à educação, trará uma baixa representatividade desta população⁵.

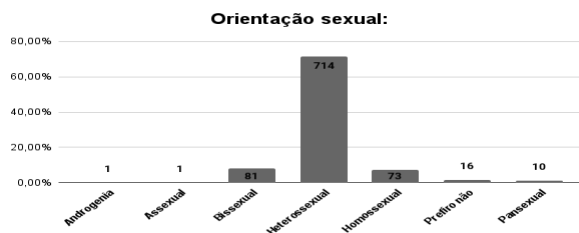
Gráfico 3



Fonte: Da pesquisa.

O mesmo se aplica quando observamos a orientação sexual (79,6% heterossexual, Gráfico 4) e a definição de cor/raça (61,5% de pessoas brancas, Gráfico 5)⁶.

Gráfico 4

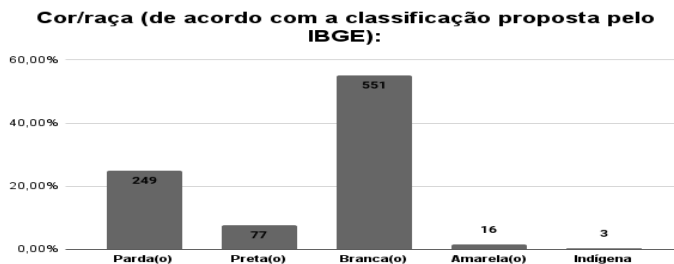


Fonte: Da pesquisa.

⁵ Um estudo importante sobre o tema é: SOUZA, Mirian Noemi M. Breves apontamentos sobre a marginalização e baixa qualidade de vida da população LGBT: reflexão sobre intolerância nas organizações e discriminação no mercado de trabalho. UNIFCVEmpresarial, São Paulo, v.10, nov.2018. Disponível em <<http://revista.fcv.edu.br/index.php/empresarial/article/view/137/103>> Acesso em: 16 dez2021.

⁶ Cibele Yahn de Andrade apresenta uma ótima reflexão sobre o problema da desigualdade social no acesso ao ensino superior, o que produz este quadro de hegemonia branca, cis, hetero na comunidade acadêmica. ANDRADE, Cibele Y. Acesso ao ensino superior no Brasil: equidade e desigualdade social. Campinas: . Ensino superior, UNICAMP,2012. Disponível em <<https://www.revistaensinosuperior.gr.unicamp.br/artigos/acesso-ao-ensino-superior-no-brasil-equidade-e-desigualdade-social>>. Acesso em:16 dez2021.

Gráfico 5



Fonte: Da pesquisa.

Um dado muito importante diz respeito à identidade religiosa, que apresenta um perfil bastante eclético, com uma tendência acentuadamente progressista e aberta ao diálogo interreligioso, com 31% das pessoas se declarando sem religião, 37,9% se declarando de religiões diversas como budismo, religiões de matriz africana, espíritas, outras. A categoria de protestantes (que envolve a população pentecostal e neo-pentecostal) abrange apenas 8% e os católicos 31% (Gráfico 6). Esta amostragem, no entanto, pode não representar a realidade de nossa categoria, pois podemos observar um grande avanço dos pentecostais e neo-pentecostais nos cursos de Psicologia.

Gráfico 6



Fonte: Da pesquisa.

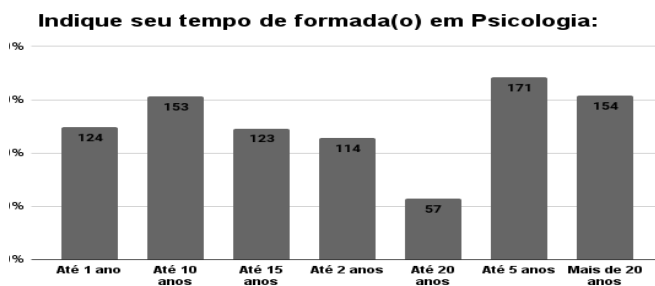
Precisamos destacar que grupos com características mais conservadoras de caráter fundamentalista são os que impõe maior resistência às temáticas progressistas e ao avanço do pensamento laico científico, como é o caso do presente estudo.

⁷ Para entender o conceito de fundamentalismo: DREHER, Martin N. Fundamentalismo. São Leopoldo: Sinodal, 2006.

O estudo de Paulo Dalgalarondo et. Al (2004)⁸ é bem elucidativo para entendermos a complexa relação dos grupos denominados de evangélicos e também dos católicos com as drogas. Esta perspectiva religiosa tem capitaneado as políticas das comunidades terapêuticas e a lógica da abstinência como única alternativa para o tratamento de pessoas em uso abusivo de substâncias. Por isso não devemos nos iludir com o perfil de nossa amostragem, que traz consigo um frescor que precisa ser relativizado.

Um dado que corrobora a juventude de nossa amostragem já apontados pela idade dos entrevistados é o tempo de formação, 62,7% tem menos de 10 anos de profissão (Gráfico 7), o que reforça a ideia de um grupo mais jovial, e que também deve ser visto como justificativa para compreendermos o rumo que as respostas tomaram. Importante lembrar que estamos no período conhecido como renascentismo psicodélico⁹, onde os estudos sobre o uso terapêutico das substâncias que carregaram a política de guerra às drogas¹⁰ ganham volume. O avanço da legalização do uso da maconha pelo mundo é outra contingência favorável à temática nos últimos anos.

Gráfico 7



Fonte: Da pesquisa.

Se por um lado podemos afirmar que as profissionais da psicologia saem de sua formação com conhecimento sobre a temática das drogas (76,7% afirmam ter tido acesso ao conteúdo durante a graduação, sendo que 65,5% através de disciplinas obrigatórias, gráficos 8 e 9), devemos questionar a qualidade desta

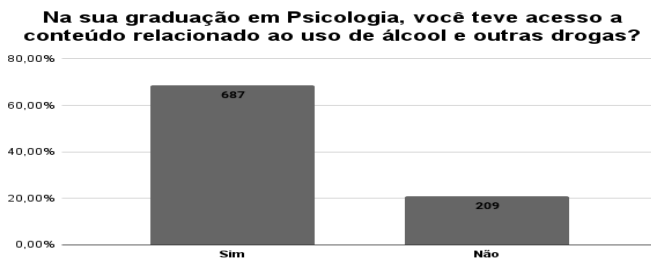
⁸ DALGALARRONDO, P. et. al. Religião e uso de drogas por adolescentes. *Revista brasileira de psiquiatria*, São Paulo, v.26, 2004. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/9qMhbf6dtnCsnjFHMRQHGKH/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 16 dez2021.

⁹ SANTOS, Henrique da Cunha; MEDEIROS, Cássio Ilan S. O renascimento da terapia psicodélica: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 9, dez 2021. Disponível em <<file:///C:/Users/reips/Downloads/18122-Article-228460-1-10-20210731.pdf>>. Acesso em:16 dez2021.

¹⁰ HENMAN, Anthony R. A guerra às drogas é uma guerra etnocida: um estudo do uso de maconha entre os índios Tenetehara do Maranhão. *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 10, nov 1983. Disponível em <http://etnolingua.wdfiles.com/local--files/biblio%3Ahenman-1983-guerra/Henman_1983_AGuerra-AsDrogas.pdf>. Acesso em 16 dez2021.

informação, pois a compreensão da importância terapêutica destas substâncias e a pesquisa sobre sua utilização no campo da Psicologia e Cannabis ainda são raras e não compõem a literatura acadêmica, que ainda se vê impregnada com a estrutura do discurso proibicionista e medicalizante que trata a pessoa que faz uso de alguma substância que hoje é considerada ilícita, quando rico como doente e quando pobre como meliante.

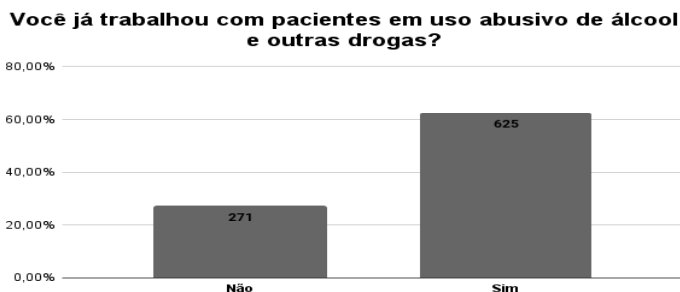
Gráfico 8



Fonte: Da pesquisa.

Um cuidado necessário que precisamos ter nesta análise é entender que casos de uso de drogas geralmente chegam ao profissional associados ao uso abusivo. 69,8% (Gráfico 10) afirmaram já ter atendido casos de uso abusivo, o que acaba promovendo entre os profissionais um olhar patologizante no que tange à relação do ser humano com as drogas, olhar este que é reafirmado pela política proibicionista da guerra às drogas.

Gráfico 10



Fonte: Da pesquisa.

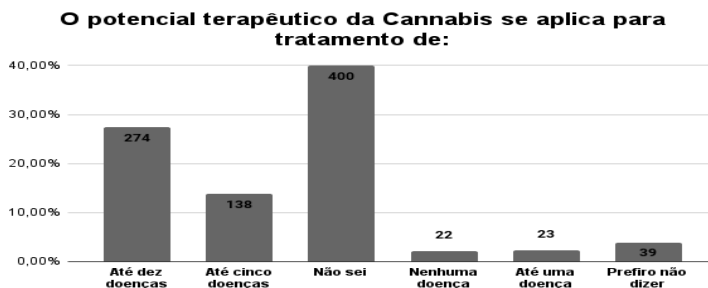
Quando investigamos o conhecimento das psicólogas especificamente sobre a cannabis vamos encontrar uma postura ponderada, que coloca no sujeito a responsabilidade final sobre as consequências do uso, seja ele abusivo, religioso, recreativo ou terapêutico. A resposta “depende do paciente e da forma de uso” é

hegemônica nas perguntas: “Maconha é porta de entrada para outras drogas”; “O uso da cannabis na adolescência é”; “O uso da cannabis em transtornos da terceira idade pode ser”; “Cannabis e psicose possui uma relação”.

Esta postura subjetivista que procura naturalizar o sujeito, compreendendo-o a partir dos paradigmas da ciência da natureza que se estabelecem na modernidade estão impregnados nas epistemologias da psicologia científica que aprendemos na academia, o que pode justificar esta tendência nas respostas. Mas, precisamos pensar no sujeito em sua condição intersubjetiva, um sujeito que não se constitui a partir de seu interior em uma estrutura hermética, mas sim uma pessoa que se apresenta no mundo a partir de suas relações, o que Edith Stein define como “condição empática”¹¹, uma necessidade para nos tornarmos “pessoa”.

Quanto ao conhecimento sobre o potencial terapêutico da cannabis observamos que as psicólogas conseguem de alguma forma intuir este potencial (as categorias potencial terapêutico, curativo e paliativo somam 90% das respostas como demonstra o gráfico 11), por outro lado não conseguem precisar para quais casos ou em quantas situações a planta poderia ser utilizada (Gráfico 12), o que reforça a percepção de que a postura de identificar na planta suas qualidades terapêuticas está mesmo mais no campo intuitivo do que fundamentado em estudos científicos.

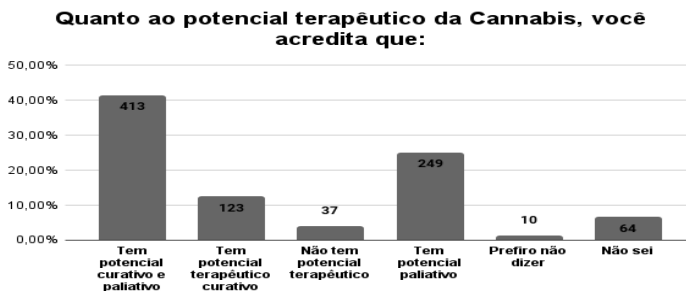
Gráfico 11



Fonte: Da pesquisa.

¹¹ DI PIERRO, Eduardo G. O que significa ser eu? O problema da identidade pessoal em Edith Stein. In: MAH-FOUD, M. (org.) **Quem sou eu?** Um tema para a psicologia. Belo Horizonte: Artesã, 2017.

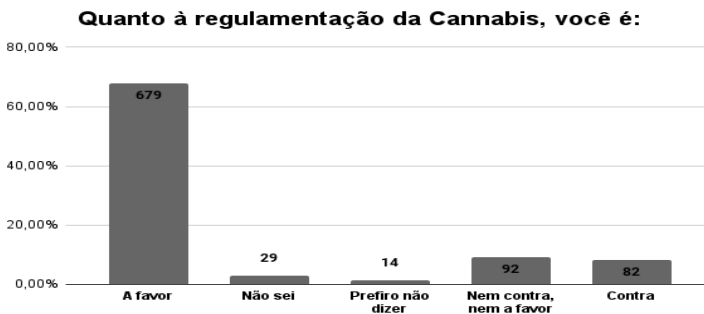
Gráfico 12



Fonte: Da pesquisa.

Esta constatação não deixa de ter seu valor, pois demonstra que as psicólogas estão quebrando o estigma da maconha como droga maligna que deve ser destruída e combatida que acompanha a já tão falada política proibicionista da guerra às drogas. Não esquecendo que já identificamos que o perfil das pessoas que responderam o questionário contribui que esta visão mais progressista. É também uma postura que ajuda explicar o alto índice de aprovação quando se pensa a regulamentação da cannabis (75,8% são favoráveis, Gráfico 13) e nos leva a discutir qual seria o papel da psicóloga neste cenário da cannabis regulamentada. Esta é a nossa tarefa para o próximo momento da análise, onde nos debruçamos sobre as respostas abertas da última questão.

Gráfico 13



Fonte: Da pesquisa.

A expectativa

O primeiro exercício que precisamos fazer nesta análise foi o de construir as categorias, este trabalho já nos deu um primeiro indicativo da complexidade de se

pensar a situação da atuação da profissional de psicologia numa associação com a cannabis, o grande número de categorias inicialmente identificado demonstra como as psicólogas se mostram ecléticas ao apontar o papel da profissional diante de um cenário de regulamentação (Tabela 1).

Tabela 1

Nº	CATEGORIA	TOTAL	
1	Não sei	38	4,05
2	Orientar para uso adequado	238	25,4
3	Informar sobre o uso terapêutico	85	9,06
4	Fazer o acolhimento	101	10,7
5	Praticar a redução de danos	30	3,1
6	Buscar informação	172	18,3
7	Não muda nada	40	4,2
8	Trabalho multidisciplinar	52	5,5
9	Acompanhamento psicológico durante o uso + orientação	37	3,9
10	Totalmente contra/necessidade de protesto	13	1,3
11	Trabalhar contra o preconceito com o usuário e levar conscientização à população quanto ao uso	44	4,6
12	Conferir a real necessidade do uso	8	0,8
13	Os Conselhos de Psicologia devem realizar estudos e fornecer evidências para o conhecimento dos Psicólogos	2	0,2
14	Encaminhar para profissionais especializados no assunto	10	1,06
15	Acompanhar como está se dando o uso e quais estão sendo as consequências da Cannabis no paciente/cliente	23	2,4
16	Participar da construção de políticas públicas	8	0,8
17	Realizar pesquisas sobre o uso da substância	14	1,4
18	Expor os pontos positivos e negativos no uso	7	0,7
19	Seguir o que foi pautado na regulamentação	4	0,4
20	Não é um trabalho para psicólogas(os), quando se pensa na prescrição medicamentosa	7	0,7
21	Não respondeu	14	1,4
22	Não é psicóloga(o)	20	2,1
23	É psicóloga(o), mas não atua em Minas Gerais	20	2,1

Fonte: Da pesquisa

Esta grande variação de respostas deve também ser entendida como uma dificuldade da psicologia de definir sua atuação e seus objetivos; dificuldade esta decorrente de uma diversidade epistemológica que acaba por diluir a identidade de nossa ciência, o que impacta também na construção de um campo metodológico e de instrumentos técnicos que utilizamos em nossa prática profissional. Esta dificuldade nos acompanha desde a afirmação da ciência moderna, quando:

"A instrumentalidade do conhecimento converte-se numa das determinações internas da ciência, cujo procedimentos técnicos definem-se nos termos de controle, cálculo e teste. O 'real' – objeto desta ciência – é apenas o real tecnicamente manipulável, na forma efetiva do controle ou na forma simbólica do cálculo e da previsão exata."¹²

Acontece que este modelo hermético de ciência não dá conta da complexidade humana e do que definimos como alma ou espírito humano, ou seja, o que se apresenta como nosso objeto primeiro, se seguimos a etimologia do termo Psicologia: a ciência da alma ou do espírito¹³. Canguilhem expressa sua angústia sobre o tema da seguinte forma:

"Para a Psicologia, a questão de sua essência, ou mais modestamente de seu conceito, coloca em questão também a própria existência do psicólogo, na medida em que, por não poder responder exatamente o que é, tornou-se bastante difícil para ele responder sobre o que faz." (FIGUEIREDO, 1991)¹⁴

Esta diversidade de respostas nos remeteu à necessidade de reagrupar as categorias iniciais em sub categorias (Tabela 2), que nos permitiu reunir um volume maior de respostas, qualificando assim a análise (Gráficos 14 e 15). A primeira constatação decorrente deste processo é que as psicólogas compreendem que a psicologia, enquanto ciência e profissão, precisa atuar nesta área da terapêutica canábica; 71% das entrevistadas identificaram no atendimento e na pesquisa lugares de presença da psicologia.

¹² FIGUEIREDO, Luis Cláudio M. **Matrizes do pensamento psicológico**. Petrópolis: Vozes, 1991. p. 14-15.

¹³ A expressão Psicologia deriva das palavras gregas "psyché" (alma, espírito) e "logos" (estudo, razão, compreensão). Psicologia poderia ser compreendida então como o "estudo da alma" ou a "compreensão da alma". In:(Colocar o autor ou organizador). Dicionário etimológico. (colocar cidade): (colocar editora), (colocar ano). Disponível em <<https://www.dicionarioetimologico.com.br/psicologia/>>. Acesso em 17 dez 2021

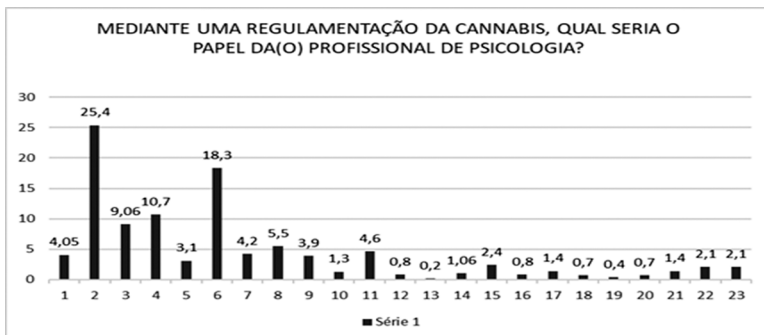
¹⁴ CANGUILHEM, G. op. cit. BRAGA, Antonelli de A. **Alma e psicologia pré-científica: uma reflexão histórico epistemológica**. Curitiba: Appris, 2018. p. 15.

Tabela 2

Subcategorias	categorias
Propostas não válidas	Não sei Não respondeu Não é psicóloga(o) É psicóloga(o), mas não atua em Minas Gerais
Papel de orientação	Orientar para uso adequado Informar sobre o uso terapêutico Trabalhar contra o preconceito com o usuário e levar conscientização à população quanto ao uso Expor os pontos positivos e negativos no uso
Pesquisa	Buscar informação Os Conselhos de Psicologia devem realizar estudos e fornecer evidências para o conhecimento dos Psicólogos Realizar pesquisas sobre o uso da substância
Acolhimento/triagem	Fazer o acolhimento Conferir a real necessidade do uso Encaminhar para profissionais especializados no assunto
Acompanhamento psicológico	Praticar a redução de danos Não muda nada Trabalho multidisciplinar Acompanhamento psicológico durante o uso + orientação Acompanhar como está se dando o uso e quais estão sendo as consequências da Cannabis no paciente/cliente
Contrário/não deve envolver	Totalmente contra/necessidade de protesto Não é um trabalho para psicólogas(os), quando se pensa na prescrição medicamentosa
Ajudar na implementação da lei	Participar da construção de políticas públicas Seguir o que foi pautado na regulamentação

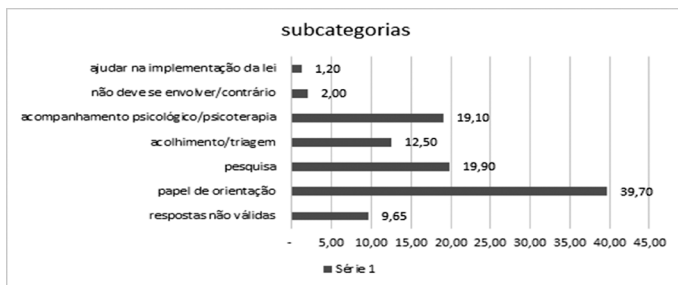
Fonte: Da pesquisa

Gráfico 14



Fonte: Da pesquisa.

Gráfico 15



Fonte: Da pesquisa.

Na subcategoria de respostas não válidas (9% do total), precisamos destacar que 41,3% (Gráfico 16) afirmaram um desconhecimento do que fazer, o que indica a necessidade de maior informação para os profissionais e para os alunos em formação; este é um papel do sistema conselhos e precisamos assumir esta responsabilidade.

Gráfico 16

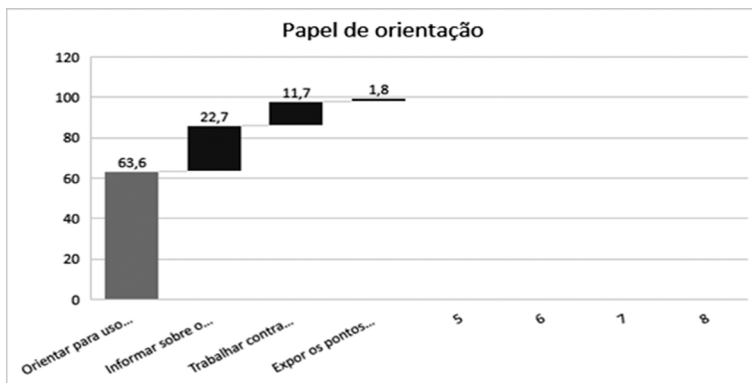


Fonte: Da pesquisa.

Nas três subcategorias referentes aos modelos de intervenção (psicoterapia, acolhimento, orientação), o trabalho de orientação se destaca com 39,7% das respostas (Gráfico 15); cabem nesta subcategoria ações que passam pelo atendimento na modalidade de aconselhamento psicológico, intervenções em psicologia escolar e psicologia do trabalho, só para citar alguns campos de atuação onde as práticas da Psicologia e a Cannabis podem entrar.

Quando fazemos o recorte nesta subcategoria específica da orientação observamos que a maioria das respostas vão na direção de uma educação para o uso consciente (63,3% Gráfico 17); pressupõe-se que as pessoas vão fazer uso da planta de alguma forma. Entramos aqui numa questão mais complexa, que ultrapassa os limites do uso terapêutico. Precisamos pensar as formas possíveis de uso da maconha, a discussão da cannabis terapêutica ofuscou a compreensão de que a maconha pode ser utilizada em outros contextos que não o da saúde, como é o caso do uso religioso e do uso adulto ou diletante.

Gráfico 17



Fonte: Da pesquisa.

Os rituais que envolvem estas formas de consumo vão compondo o universo de experiências que dão vida à nossa personalidade. MacRae e Simões (2004) alertam:

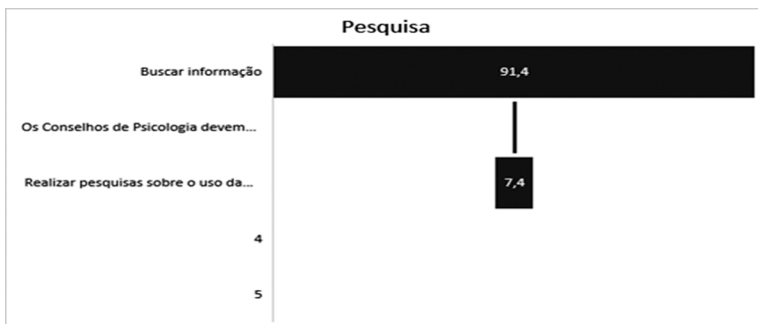
"Uma sugestão para repensar a questão as drogas, é abordá-la a partir de outros ângulos. A tendência comum no discurso oficial em torno do consumo de substâncias psicotrópicas é enfatizar o termo genérico drogas, sem que se faça uma distinção cuidadosa entre as substâncias diversas, seus efeitos variados sobre a psique humana e os contextos específicos nas quais ocorre seu uso."¹⁵

Na subcategoria pesquisa temos novos indicadores da importância de

¹⁵ MACRAE, E.; SIMÕES, Julio A. **Roda de fumo**: o uso da maconha entre camadas médias urbanas. Salvador: EDUFBA, 2004. p. 29

produzir material de orientação à categoria, além de material teórico e técnico e cursos de formação, a maior percentagem das respostas recaiu na categoria “buscar informações”, com 91,4% (Gráfico 18).

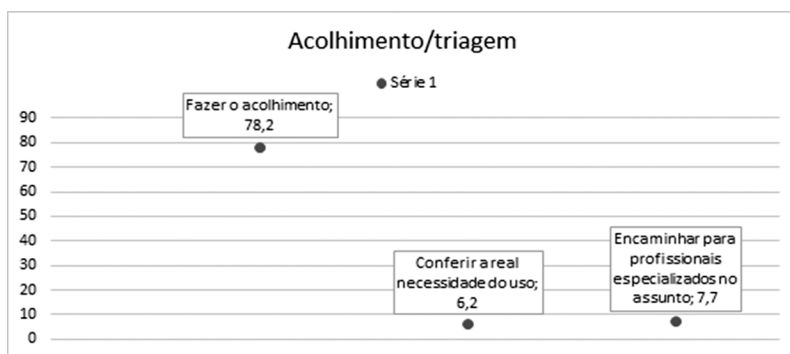
Gráfico 18



Fonte: Da pesquisa.

Na subcategoria acolhimento/triagem não fica evidente como as psicólogas entendem este serviço, se como parte de um processo terapêutico ou como um trabalho a parte. 78,2% (Gráfico 19) falaram em realizar este acolhimento, mas não explicitaram em que situação o mesmo ocorreria, se em um atendimento de plantão psicológico, como triagem de um serviço ou no atendimento psicoterápico, que pode ser mais um reflexo da falta de compreensão das psicólogas sobre seu próprio fazer.

Gráfico 19

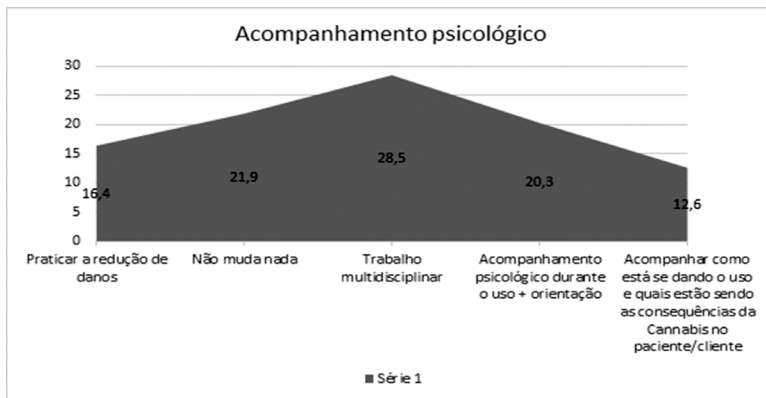


Fonte: Da pesquisa.

Outra afirmativa que podemos fazer: as psicólogas entendem que o trabalho precisa ser feito de maneira multidisciplinar. Esta afirmativa é corroborada com os

dados da subcategoria acompanhamento psicológico (Gráfico 20), onde aparece à frente a categoria “trabalho multidisciplinar” com 28,5%.

Gráfico 20



Fonte: Da pesquisa.

As respostas de pessoas contrárias ao trabalho das psicólogas com a cannabis terapêutica foram irrisórias e, portanto, podem ser desconsideradas como parâmetro psicométrico (2% Gráfico 15); mas um dos argumentos apresentados por 35% (Gráfico 21) deste pequeno contingente precisa ser considerado, a ideia de que a psicóloga não pode, em sua prática profissional, fazer prescrições de medicamentos de qualquer ordem.

Gráfico 21



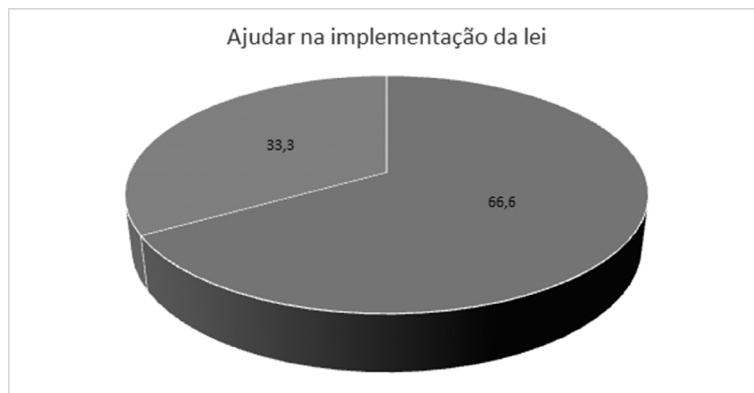
Fonte: Da pesquisa.

Está em jogo aí uma visão da ciência psicológica que procura diferenciar-se em sua prática do modelo medicalizante, afirmando que não somos uma mera especialidade da medicina e sim uma ciência própria, com seus próprios métodos, instrumentos e axiomas. Este argumento ganha valor neste estudo quando demonstra que mesmo entre as psicólogas que se colocam contrárias à cannabis terapêutica na prática psicológica, um percentual delas o faz não pelo descrédito

das qualidades da planta ou preconceitos com a mesma, mas sim por um princípio ético da profissão.

Outro papel importante de ser destacado das psicólogas e da Psicologia neste campo canábico é contribuindo para a implementação e regulamentação da lei que retirará a cannabis da condição de droga ilícita. Nas respostas desta subcategoria encontramos dois caminhos já apontados pelas entrevistadas: participar na construção e políticas públicas de terapêuticas canábicas (66,6%) e procurar seguir as normas da regulamentação em suas práticas (33,3% Gráfico 22). O que leva o sistema conselhos a ficar alerta para a necessidade de se construir normativas para a prática da Psicologia e o uso terapêutico da Cannabis no sentido de garantir ao profissional da psicologia condições éticas para sua conduta diante do tema.

Gráfico 22



Fonte: Da pesquisa.

Conclusão

Compreendemos os limites de nossa pesquisa; uma amostragem pequena e bastante afinada com o assunto, o que poderia nos iludir sobre a verdadeira posição da categoria, que tem em seu perfil características bem mais conservadoras do que o apresentado pela amostragem. Estamos atentos a esta situação e por isso indicamos a necessidade de trabalhos mais amplos e rigorosos na delimitação da amostragem.

Mas, sabemos também da potência de um material construído a partir de uma metodologia sólida e rigorosa, com a participação de uma amostragem de 938 pessoas em todo o estado. Quando observamos a representatividade feminina da amostragem alinhada à representatividade universal da categoria no Brasil (majoritariamente composta por mulheres); a representatividade de um público mais novo, que estará responsável por conduzir nossa profissão nos próximos anos

onde a pauta ganhará maior visibilidade, a importância deste trabalho fica ainda mais evidente, pois o mesmo se coloca como disparador das necessidades que teremos que enfrentar na construção das práticas da Psicologia e o uso terapêutico da Cannabis.

As principais lições que tiramos desta pesquisa se seguem:

. A formação em Psicologia para o uso terapêutico da Cannabis precisa se estruturar tanto em cursos acadêmicos (disciplinas nas grades curriculares, cursos de especialização, projetos de pesquisa e extensão) como em cursos profissionalizantes e de formação continuada, assim como em supervisões clínicas.

. A informação é necessária e as psicólogas se veem carentes dela. As pessoas que assumirem esta vanguarda estarão à frente de um campo incipiente e por isso muito fértil em possibilidades.

A regulamentação é importante e precisamos trabalhar para garanti-la o mais rápido possível tanto no âmbito civil (legislações que regulamentem o uso, plantio e consumo) quanto no âmbito profissional da psicologia (normativas do sistema conselho sobre a prática do profissional com a cannabis), pois este é um caminho sem volta. Os avanços nas pesquisas mundo afora e as evidências empíricas que se multiplicam vão consolidando a cannabis terapêutica em todo o planeta.

As psicólogas entendem este contexto, mas ainda há muita incerteza do papel de nossa profissão neste cenário de uso regulamentado. Precisamos construir e consolidar as práticas da Psicologia e o uso terapêutico da Cannabis em seus aspectos conceituais, metodológicos, técnicos, no intuito de situar a categoria neste campo. Este trabalho exige repensar a própria ciência psicológica em suas bases paradigmáticas.

O sistema conselhos precisa começar a discutir o tema em âmbito nacional com o objetivo de ir qualificando fundamentação ética da prática da psicóloga e o uso da Cannabis, é nossa obrigação enquanto autarquia pública responsável pela disciplina de nossa profissão acompanhar estes movimentos que afetam diretamente no fazer da Psicologia enquanto ciência e profissão.

Esperamos que este nosso trabalho inovador e ousado possa impulsionar não apenas outros CRs, mas principalmente o CFP no árduo exercício de pensar o uso terapêutico da Cannabis na Psicologia de maneira mais consistente. Se conseguirmos cumprir esta tarefa estaremos na vanguarda de um campo de atuação que vem revolucionando a visão de saúde no mundo.

Referências

ANDRADE, Cibele Y. **Acesso ao ensino superior no Brasil: equidade e desigualdade social**. Campinas: Ensino superior, UNICAMP, 2012. Disponível em <<https://www.revistaensinosuperior.gr.unicamp.br/artigos/acesso-ao-ensino-superior-no-brasil-equidade-e-desigualdade-social>>. Acesso em 16 dez2021.

BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. **Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos**. Petrópolis: Vozes, 2007.

CANGHILHEM, G. op. cit. BRAGA, Antonelli de A. **Alma e psicologia pré-científica: uma reflexão histórico epistemológica**. Curitiba: Appris, 2018.

DALGALARRONDO, P. et. al. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v.26, 2004. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/9qMhbf6dtnCsnjFHMQRHGKH/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 16 dez2021.

DREHER, Martin N. **Fundamentalismo**. São Leopoldo: Sinodal, 2006.

FIGUEIREDO, Luis Cláudio M. **Matrizes do pensamento psicológico**. Petrópolis: Vozes, 1991.

FREITAS, Henrique et. al. O método de pesquisa survey. **Revista de administração**, São Paulo, v.35, n. 3, 2000. Disponível em <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1138_1861_freitashenriquerausp.pdf>. Acesso em: 16 dez 2021.

FREITAS, Henrique M. R. de et. al. **Na busca de um método quanti qualitativo para estudar a percepção do tomador de decisão**. Angra dos Reis: Anais do 20º ENANPAD, 1996.

HENMAN, Anthony R. A guerra às drogas é uma guerra etnocida: um estudo do uso de maconha entre os índios Tenetehara do Maranhão. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 10, nov 1983. Disponível em <http://etnolingustica.wdfiles.com/local--files/biblio%3Ahenman-1983-guerra/Henman_1983_AGuerraAsDrogas.pdf>. Acesso em:16 dez2021.

MACRAE, E.; SIMÕES, Julio A. **Roda de fumo: o uso da maconha entre camadas médias urbanas**. Salvador: EDUFBA, 2004.

MAHFOUD, M. (org.) **Quem sou eu? Um tema para a psicologia**. Belo Horizonte: Artesã, 2017.

MARTINS, Maria E. G. Amostragem aleatória simples. **Revista ciência elementar**, Universidade do Porto. Porto, v. 6., 2018. Disponível em <<https://rce.casadasciencias.org/rceapp/static/docs/artigos/2018-021.pdf>> Acesso em: 16 dez2021.

SANTOS, Henrique da Cunha;MEDEIROS, Cássio Ilan S. O renascimento da terapia psicodélica: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 9, 2021. Disponível em <<file:///C:/Users/reips/Downloads/18122-Article-228460-1-10-20210731.pdf>>.

Acesso em: 16 dez 2021.

SOUZA, Mirian Noemi M. Breves apontamentos sobre a marginalização e baixa qualidade de vida da população LGBT: reflexão sobre intolerância nas organizações e discriminação no mercado de trabalho. **UNIFCV Empresarial**, São Paulo, v.10, Nov. 2018. Disponível em <<http://revista.fcv.edu.br/index.php/empresarial/article/view/137/103>>. Acesso em: 16 dez 2021.

Capítulo 8

Canabidiol e Depressão

Kenzawin Adliz Pereira

Graduada em Psicologia pela Faculdade Pitágoras (2018).

Mestrado em Biotecnologia Aplicada à Saúde Humana e Animal (2023), pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP).

Introdução

Conhecida como uma das doenças mais expressivas e prevalentes no mundo, a depressão invade mais vidas a cada dia. Potencializada por tempos sombrios, ela se fortalece em meio a vulnerabilidade emocional que nossa sociedade enfrenta a nível mundial.

Estima-se que a depressão atinja 2,9% dos homens e 5,0% das mulheres (PATTEN et al., 2006), uma estatística tendenciosa ao crescimento e provavelmente não mais compatível com a realidade. Segundo a ONU (Organização das Nações Unidas), após o fim da pandemia causada pelo coronavírus é possível que se instaure uma crise de saúde mental (CNN Brasil, 2021), visto que o isolamento, luto, dificuldades financeiras e as incertezas sobre o amanhã se tornaram banalidades em todo o mundo.

Atualmente no tratamento farmacológico da depressão, os antidepressivos protagonistas apresentam eficácia moderadamente satisfatória, mas ainda assim somam uma série de efeitos colaterais, além de que uma boa parcela dos pacientes é refratária aos seus efeitos terapêuticos (CIPRIANI et al., 2018). Na clínica, sabemos que quando existe uma resistência à utilização de fármacos por reações adversas, o desenvolvimento psicoterapêutico pode ser comprometido, podendo resultar até mesmo no abandono do tratamento pelo paciente.

A carência em fármacos que consigam oferecer um tratamento efetivo sem o agravante de efeitos colaterais é uma realidade, na tentativa de encontrar um composto que trouxesse o mínimo desconforto para o paciente, considerou-se a busca por medicamentos fitoterápicos, vegetais ou plantas medicinais com propriedades terapêuticas, e é neste contexto que o CBD (canabidiol) cai nas graças da Depressão.

Entender como o CBD pode atuar na depressão é um interesse da comunidade científica e para que você consiga entender essa conexão, nós precisamos falar do Sistema Endocanabinoide.

Pode parecer contemporâneo dizer que o organismo humano possui um sistema capaz de reconhecer Canabinoides e sintetizar Endocanabinoides, mas o assunto já é foco de pesquisas a décadas, especificamente falando, 1992 quando o Químico Raphael Mechoulam descobriu a Anandamida (ANA) ou N-araquidonoyletanolamina (AEA), que assim como a serotonina e dopamina é

um neurotransmissor produzido pelo corpo (endógeno/endo/dentro) que veio a se tornar a primeira molécula Endocanabinoide conhecida (DEVANE et al., 1992).

E como se organiza este sistema? Imagine uma malha cobrindo todo o seu corpo, esta malha é o sistema Endocanabinoide! Ele está presente desde as células do sistema imunológico aos órgãos, buscando a estabilização do ambiente interno independentemente das condições externas (homeostase). Com este potencial de campo, temos dois receptores reconhecidos até o momento, denominados CB1 e CB2, e os endocanabinoides, Anandamida e 2-araquidonoilglicerol (2-AG). Basicamente, os Endocanabinoides se ligam aos receptores, a Anandamida atua como um agonista parcial deles, ou seja, ela os estimula a iniciar seus efeitos biológicos em intensidade moderada, já o 2-AG é um agonista pleno, ele potencializará os receptores a sua máxima ação, principalmente o CB1 (MACKIE, 2008). A atividade dos receptores nos processos biológicos regulados pelo sistema Endocanabinoide, caracteriza um dos sistemas bioquímicos mais complexos (CRISTINO et al., 2020) e prometedores da raça humana. Ainda que nosso corpo consiga produzir seus próprios canabinoides, o sistema pode ser engrandecido com fitocanabinoides exógenos (Costa et al., 2011).

Os canabinoides, sejam eles endo ou exo, são capazes de alcançar uma série de receptores por todo o corpo, mas podemos destacar suas maiores concentrações que seriam: córtex cerebral (cognição), hipotálamo (apetite), cerebelo (coordenação motora), hipocampo (memória), núcleos de base (movimento) e amígdala (emoções) (Abrams, 2018). Promissor, não?

Considerando todas as possibilidades que essas informações podem provocar em nosso imaginário, o sistema endocanabinoide tem sido amplamente estudado de modo a clarear novas abordagens para a prevenção e tratamento de várias doenças. Agora que você já reuniu conhecimentos básicos sobre este sistema tão formidável, voltemos à depressão.

Conhecemos muito bem os sintomas que devemos considerar a partir da observação clínica do paciente, mas o que acontece no corpo dele para que esses comportamentos sejam externalizados? A partir daqui vamos focar nas condições endógenas da depressão, isto é, as causas orgânicas.

No cérebro, nossos neurônios estão em constante atividade trocando informações através de impulsos químicos (neurotransmissores) e/ou elétricos (íons). Essa troca de dados ocorre por um espaço que se forma entre dois neurônios denominado sinapse (PEREDA, 2014). Entender a dinâmica dessa dança contínua em nosso cérebro é importante para falarmos da fisiopatologia da depressão. Ainda que seja muito estudada, a doença tem várias lacunas a serem preenchidas, por hora, falemos das hipóteses mais consideradas até hoje. Com base em evidências clínicas e experimentais, a hipótese monoaminérgica, propõe que a depressão está associada a uma redução nos níveis de neurotransmissores monoaminérgicos no cérebro (SCHILDKRAUT, 1967) como, por exemplo, as famosas Noradrenalina, Dopamina e Serotonina que junto a Acetilcolina modulam a atividade psicomotora, apetite, sono e humor (BENY et al., 1999). Esta ideia foi reforçada por observações clínicas de que pacientes usando reserpina (que originalmente era empregada

como anti-hipertensivo) desenvolviam sintomas de depressão, isto porque este composto reduz monoaminas não apenas periféricamente, mas também no sistema nervoso central (SNC) (BERTON & NESTLER, 2006; HENINGER et al., 1996). Uma evidência que apoia essa constatação é que os compostos antidepressivos mais efetivos na clínica aumentam a disponibilidade de monoaminas na fenda sináptica inibindo sua recaptção como, por exemplo, os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) como a fluoxetina, ou por inibição da sua degradação, por exemplo, os inibidores da enzima monoamina oxidase (MAO), como a tranilcipromina (BERTON & NESTLER, 2006; HENINGER et al., 1996).

Os efeitos dos antidepressivos sobre o humor são iniciados semanas após o início do tratamento e o aumento agudo de monoaminas exercido por eles resulta em alterações secundárias a longo prazo que envolvem a modulação transcricional e traducional (expressão gênica, processos que estudamos lá na biologia, lembrou?) de fatores determinantes na plasticidade neuronal (ALTAR, 1999; DUMAN, 2004; PITTINGER & DUMAN, 2008). A neuroplasticidade é definida como o conjunto de fatores que resulta na resposta e adaptação a uma variedade de estímulos internos e externos, estão envolvidos diferentes processos: formação dendrítica, remodelagem sináptica, desenvolvimento axonal, extensão neurítica, sinaptogênese e neurogênese (DAWIRS et al., 1997; KEMPERMANN et al., 2002; LAMPRECHT & LEDOUX, 2004). A hipótese neurotrófica da depressão defende que a falta de fatores tróficos que promovam a neuroplasticidade está relacionada ao mecanismo implicado na origem da depressão (DUMAN et al., 2012). Entende-se por fatores tróficos, as moléculas regenerativas que oferecem condições para que um neurônio se desenvolva e mantenha conexões com outros neurônios, o restabelecimento do suporte trófico, que resulta na melhora da neuroplasticidade, promove a melhora dos sintomas após o tratamento (LEVY et al., 2018), podemos denominar, por exemplo, o BDNF (Brain derived neurotrophic — Fator neurotrófico derivado do cérebro), NGF (Nerve growth factor — Fator de crescimento do nervo), GDNF (Glial derived neurotrophic factor — Fator neurotrófico derivado da glia), dentre outros (BRADSHAW et al., 1990). Esta necessidade de restabelecimento dos níveis de fatores neurotróficos seria uma das possíveis explicações para a janela terapêutica observada após o tratamento com antidepressivos clássicos (DUMAN & MONTEGGIA, 2006; D'SA e DUMAN, 2002). Por exemplo, estudos utilizando roedores mostraram que o efeito antidepressivo da fluoxetina é dependente da modulação da neurogênese (formação de novos neurônios) (DAVID et al., 2009; MALBERG et al., 2000; SANTARELLI et al., 2003).

A neurogênese adulta (NA), que ocorre após o período embrionário e pós-natal, gera novos neurônios no giro dentado do hipocampo, estrutura essencial na manutenção da memória, aprendizado e regulação do humor (BOLDRINI et al., 2018). Uma redução da NA hipocampal resulta em prejuízos comportamentais em modelos experimentais (KEMPERMANN et al., 2008) e está associada a doenças neurodegenerativas em humanos (MORENO-JIMÉNEZ et al., 2019). A hipótese de que a diminuição na NA pode estar implicada na etiologia da depressão surgiu em primeiro momento a partir de evidências de uma drástica diminuição da

neurogênese hipocampal em animais submetidos ao estresse (DUMAN et al., 2001; GOULD et al., 1997; MCEWEN, 1999). A exposição de roedores, por exemplo, ao estresse agudo ou crônico é amplamente utilizada como ferramenta experimental de indução de comportamento tipo-depressivo, uma vez que a ocorrência de eventos estressores durante a vida é reconhecida como o principal fator de risco para episódios depressivos (KENDLER et al., 1999; PAYKEL, 2001; YADID et al., 2000). No entanto, a evidência pré-clínica de maior impacto sugerindo um papel da neurogênese hipocampal na depressão surgiu da observação de que a maioria dos antidepressivos e intervenções ambientais que possuem efeito tipo-antidepressivo também estimular a neurogênese (MALBERG et al., 2000; PRAAG et al., 1999). Neste sentido, sugere-se que a latência para o efeito terapêutico de antidepressivos pode estar relacionada, dentre outros fatores, com o período necessário para a maturação de novos neurônios no Giro Denteado (KEMPERMANN & KRONENBERG, 2003). Os fatores tróficos também entram nessa discussão, O BDNF (fator neurotrófico derivado do cérebro), por exemplo, é um dos principais mediadores da reestruturação dendrítica que auxilia a sobrevivência neuronal na neurogênese hipocampal, que na depressão apresenta níveis baixos (PITTENGER & DUMAN, 2008). Outro aspecto que reforça esta hipótese é baseado em alterações morfológicas e morfométricas no hipocampo de pacientes depressivos (SHELINE, 2000), que demonstram não apenas redução no volume, mas também anormalidades na substância cinzenta. Até certo estágio do adoecimento, essas alterações parecem ser reversíveis nas fases de remissão da doença (FRODL et al., 2002).

Essas são apenas algumas teorias acerca da depressão, com base nesses conhecimentos é hora de saber como o CBD pode atuar neste cenário. Por apresentar uma boa interação com receptores significativos em quadros depressivos como a serotonina (DE GREGORIO et al., 2019), o canabidiol tem sido considerado como uma potencialidade para o tratamento da depressão em humanos, uma vez que a sua administração conferiria uma gama bem menor de efeitos colaterais e sua resposta terapêutica provavelmente se daria em menos tempo.

Para isso, muitas pesquisas têm sido desenvolvidas no Brasil e no mundo de modo a comprovar o perfil terapêutico da Cannabis para o tratamento de síndromes depressivas.

Estudos apontaram que sua atuação no sistema nervoso se dá por diversas formas, como, por exemplo, bloqueando efeitos ansiogênicos, além de apresentar efeitos antidepressivos e potencial neurogênico (produção de novos neurônios) (ZUARDI et al., 1982). O CBD também exibiu um perfil semelhante aos antipsicóticos atípicos e conseguiu reduzir o comportamento estereotipado (ZUARDI et al., 1991), além de restaurar os déficits comportamentais na interação social, memória e aprendizagem (GOMES et al., 2014). Cientistas brasileiros e dinamarqueses publicaram em 2019 um estudo que evidenciou o poder antidepressivo do canabidiol, a pesquisa constatou a rápida indução do aumento dos níveis de BDNF e com a administração de apenas uma dose

do fitocanabinoide os sintomas depressivos se extinguiram, ao passo que seus benefícios se mantiveram por uma semana demonstrando seu alto desempenho em diferentes modelos depressivos desde o estresse a susceptibilidade genética (SALES et al., 2019). Temos ainda estudos que apontam o CBD como um facilitador da neurotransmissão serotoninérgica no SNC (SALES et al., 2018), provedor da melhora das interações sociais em modelo animal, potencializador da melhora da memória espacial, sem afetar ansiedade, e ainda das memórias relacionadas ao medo (CHENG et al., 2014).

Todos esses fatores positivos podem ser explicados devido à ação dos endocanabinoides capazes de modular a resposta dos neurotransmissores alvo, o cérebro reúne mais receptores para canabinoides do que para neurotransmissores reconhecidos como protagonistas em seu funcionamento (GUIMARÃES, 2020; LEE, 2013), uma vez que todas as regiões do sistema nervoso estão repletas desses receptores, eles cumprem seu papel promovendo saúde e qualidade de vida. Você poderá encontrar mais detalhes sobre todos esses resultados nas referências ao fim deste capítulo e muitos outros estudos têm sido desenvolvidos, a cada semestre mais artigos com resultados promissores são publicados.

O uso do canabidiol como estratégia terapêutica para a depressão é uma constatação emergente. Vivendo no segundo país de maior incidência de quadros depressivos é natural e necessário que nossa classe esteja atenta às potencialidades para o manejo da doença, é preciso refinar nossa escuta e nos despir de todos os conceitos pré-definidos da graduação. Um paciente vulnerável merece acolhimento seja qual for o cenário, mas quando ele diz CBD, cannabis, maconha, marijuana, chamon, liamba, erva, Tchozen ou qualquer outra nomenclatura, seu paciente merece informação.

É o momento de debruçar sobre os livros e artigos, estar aberto à discussão, para conseguirmos oferecer segurança e conhecimento aqueles que buscam nossa orientação. Não há espaço para preconceito, tampouco ignorância sobre o tema, só acolhimento e esperança de em breve vislumbrar um tratamento cada vez mais eficaz e confortável para nossos pacientes.

Referências

ABRAMS D. I. The therapeutic effects of Cannabis and cannabinoids: An update from the National Academies of Sciences, Engineering and Medicine report. **European journal of internal medicine**, Oxford, n. 49, p. 7–11, 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.01.003>>. Acesso em: 17 set 2021.

ALTAR C. A. Neurotrophins and depression. **Trends in pharmacological sciences**, Oxford, v. 2 n. 20, p. 59–61, 1999. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/s0165-6147\(99\)01309-7](https://doi.org/10.1016/s0165-6147(99)01309-7)>. Acesso em: 17 set 2021.

BENY L.; FILHO V., H. P. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. **Brazilian Journal of Psychiatry** [online], v. 21, sup. 1, p. 12-17, 1999. Disponível

em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500004>>. Acesso em: 17 set 2021.

BERTON, O.; NESTLER, E. J. New approaches to antidepressant drug discovery: beyond monoamines. *Nature reviews. Neuroscience*, London, v. 2, n.7, p. 137–151, 2006. Disponível em <https://doi.org/10.1038/nrn1846>. Acesso em 17 set 2021.

BOLDRINI, M. et al. Human Hippocampal Neurogenesis Persists throughout Aging. *Cell stem cell*, London, v. 4, n. 22, p. 589–599, 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.stem.2018.03.015>>. Acesso em 17 set 2021

BRADSHAW, R. A. et al. Neurotrophic factors in the CNS: biosynthetic processing and functional responses. *Progress in brain research*, London, n. 86, p. 157–167, 1990. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/s0079-6123\(08\)63174-x](https://doi.org/10.1016/s0079-6123(08)63174-x)>. Acesso em: 17 set 2021.

CHENG D. et al. Long-term cannabidiol treatment prevents the development of social recognition memory deficits in Alzheimer's disease transgenic mice. *Journal of Alzheimer's Disease*, Amsterdam, v. 4, n. 42, p. 1383-96, jan 2014. Disponível em <<https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad140921>>. Acesso em 17 set 2021.

CIPRIANI, A. et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*, London, England, v. 391, n. 10128, p. 1357–1366, 2018. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)>. Acesso em: 17 set 2021.

ONU alerta para crise de saúde mental diante de pandemia. CNN, 22 jun 2021. Disponível em <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/onu-alerta-para-crise-de-saude-mental-diante-de-pandemia/>>. Acesso em: 17 set 2021.

COSTA, J.L.G.P. Neurobiologia da Cannabis: do sistema endocanabinoide aos transtornos por uso de Cannabis. *J Bras Psiquiatr.*, São Paulo, v. 60, n. 2, p. 111-122, 2011. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000200006>>. Acesso em: 17 set 2021.

CRISTINO, L.; BISOGNO, T.; DI MARZO, V. Cannabinoids and the expanded endocannabinoid system in neurological disorders. *Nature reviews. Neurology*, London, v. 1, n. 16, p. 9–29, 2020. Disponível em <<https://doi.org/10.1038/s41582-019-0284-z>>. Acesso em: 17 set 2021.

DAVID, D. J., et al. Neurogenesis-dependent and -independent effects of fluoxetine in an animal model of anxiety/depression. *Neuron*, London, v. 4, n. 62, p.

479–493, 2009. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2009.04.017>>. Acesso em: 17 set 2021.

DAWIRS, R. R.; TEUCHERT-NOODT, G.; NOSSOLL, M. Pharmacologically induced neural plasticity in the prefrontal cortex of adult gerbils (*Meriones unguiculatus*). **European journal of pharmacology**, Europe, v. 2-3, n.327, p. 117–123. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/s0014-2999\(97\)89650-1](https://doi.org/10.1016/s0014-2999(97)89650-1)>. Acesso em: 17 set 2021.

DE GREGORIO, D. et al. Cannabidiol modulates serotonergic transmission and reverses both allodynia and anxiety-like behavior in a model of neuropathic pain. **Pain**, London, v. 1, n. 160, 136–150, 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001386>>. Acesso em: 17 set 2021.

DEVANE, W. A., et al. Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. **Science**, New York, N.Y., v. 5090, n. 258, p. 1946–1949, 1992. Disponível em <<https://doi.org/10.1126/science.1470919>>. Acesso em: 17 set 2021.

D'SA, C.; DUMAN, R. S. Antidepressants and neuroplasticity. **Bipolar disorders**, Pittsburgh, v. 3, n. 4, p. 183–194, 2002. Disponível em <<https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2002.01203.x>>. Acesso em: 17 set 2021.

DUMAN R. S. Neural plasticity: consequences of stress and actions of antidepressant treatment. **Dialogues in clinical neuroscience**, London, v. 2, n. 6, p. 157–169, 2004. Disponível em <<https://doi.org/10.31887/DCNS.2004.6.2/rduman>>. Acesso em: 17 set 2021.

DUMAN, R. S.; LI, N. A neurotrophic hypothesis of depression: role of synaptogenesis in the actions of NMDA receptor antagonists. Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, **Biological sciences**, London, v. 1601, n. 367, p. 2475–2484. Disponível em <<https://doi.org/10.1098/rstb.2011.0357>>. Acesso em: 17 set 2021.

DUMAN, R. S.; MONTEGGIA, L. M. A neurotrophic model for stress-related mood disorders. **Biological psychiatry**, London, v. 12, n. 59, p. 1116–1127, 2006. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.02.013>>. Acesso em: 17 set 2021.

DUMAN, R. S.; MALBERG, J.; NAKAGAWA, S. Regulation of adult neurogenesis by psychotropic drugs and stress. **The Journal of pharmacology and experimental therapeutics**, Bethesda, v. 2, n. 299, p. 401–407, 2001.

FRODL, T., et al. Hippocampal changes in patients with a first episode of

major depression. *The American journal of psychiatry*, **Filadelfia**, v. 7, n. 159, p. 1112–1118, 2002. Disponível em <<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.7.1112>>. Acesso em: 17 set 2021.

GOMES, F. V.; GUIMARÃES, F. S.; GRACE, A. A. Effects of pubertal cannabinoid administration on attentional set-shifting and dopaminergic hyper-responsivity in a developmental disruption model of schizophrenia. *The international journal of neuropsychopharmacology*, Oxford, v. 2, n. 18, 2014. Disponível em <<https://doi.org/10.1093/ijnp/pyu018>>. Acesso em: 17 set 2021.

GOULD, E. et al. Neurogenesis in the dentate gyrus of the adult tree shrew is regulated by psychosocial stress and NMDA receptor activation. *The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*, Washington DC, v. 7, n. 17, p. 2492–2498, 1997. Disponível em <<https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.17-07-02492.1997>>. Acesso em: 17 set 2021.

GUIMARÃES, M. Medicamento que vem da Cannabis. **Revistapesquisa.fapesp**, São Paulo, abr 2020. Disponível em <<https://revistapesquisa.fapesp.br/medicamento-que-vem-da-cannabis/>>. Acesso em: 16 set 2021.

HENINGER, G. R.; DELGADO, P. L.; CHARNEY, D. S. The revised monoamine theory of depression: a modulatory role for monoamines, based on new findings from monoamine depletion experiments in humans. *Pharmacopsychiatry*, Prades, India, v. 1, n. 29, p. 2–11, 1996. Disponível em <<https://doi.org/10.1055/s-2007-979535>>. Acesso em: 16 set 2021.

KEMPERMANN, G. & KRONENBERG, G. Depressed new neurons--adult hippocampal neurogenesis and a cellular plasticity hypothesis of major depression. *Biological psychiatry*, London, v. 5, n. 54, p. 499–503, 2003. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00319-6](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00319-6)>. Acesso em: 16 set 2021.

KEMPERMANN, G.; GAST, D.; GAGE, F. H. Neuroplasticity in old age: sustained fivefold induction of hippocampal neurogenesis by long-term environmental enrichment. *Annals of neurology*, New York, v. 2, n. 52, p. 135–143, 2002. Disponível em <<https://doi.org/10.1002/ana.10262>>. Acesso em: 16 set 2021.

KEMPERMANN, G.; KREBS, J.; FABEL, K. The contribution of failing adult hippocampal neurogenesis to psychiatric disorders. *Current opinion in psychiatry*, Pittsburgh, v. 3, n. 21, p. 290–295, 2008. Disponível em <<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282fad375>>. Acesso em 16 set 2021.

KENDLER, K. S.; KARKOWSKI, L. M.; PRESCOTT, C. A. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *The American journal of psychiatry*, Filadelfia, v. 6, n. 156, p. 837–841, 1999. Disponível em

<<https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.837>>. Acesso em: 16 set 2021.

LAMPRECHT, R.; LEDOUX, J. Structural plasticity and memory. *Nature reviews. Neuroscience*, London, v. 1, n. 5, p. 45–54, 2004.

LEE, M. A. **Smoke signals**: a social history of marijuana – medical, recreational and scientific. New York: Scribner, 2013.

LEVY, M. et al. Neurotrophic factors and neuroplasticity pathways in the pathophysiology and treatment of depression. *Psychopharmacology*, London, v. 8, n. 235, p. 2195–2220, 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1007/s00213-018-4950-4>>. Acesso em: 16 set 2021.

MACKIE K. Cannabinoid receptors: where they are and what they do. *Journal of neuroendocrinology*, Washington DC, v. 20, sup. 1, p. 10–14, 2008. Disponível em <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2008.01671.x>>. Acesso em: 16 set 2021.

MALBERG, J. E. et al. Chronic antidepressant treatment increases neurogenesis in adult rat hippocampus. *The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*, Washington DC, v. 24, n. 20, p. 9104–9110, 2000. Disponível em <<https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.20-24-09104.2000>>. Acesso em 16 set 2021.

MCEWEN B. S. Stress and hippocampal plasticity. *Annual review of neuroscience*, Palo Alto CA, n. 22, p. 105–122, 1999. Disponível em <<https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.22.1.105>>. Acesso em 16 set 2021.

MORENO-JIMÉNEZ, E. P. et al. Adult hippocampal neurogenesis is abundant in neurologically healthy subjects and drops sharply in patients with Alzheimer's disease. *Nature medicine*, London, v. 4, n. 25, p. 554–560, 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1038/s41591-019-0375-9>>. Acesso em 16 set 2021.

PATTEN, S. B. et al. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, Ottawa, v. 2, n. 51, p. 84–90, 2006. Disponível em <<https://doi.org/10.1177/070674370605100204>>. Acesso em 16 set 2021.

PAYKEL E. S. Stress and affective disorders in humans. *Seminars in clinical neuropsychiatry*, New York, v. 1, n. 6, p. 4–11, 2001. Disponível em <<https://doi.org/10.1053/scnp.2001.19411>>. Acesso em: 16 set 2021.

PEREDA A. E. Electrical synapses and their functional interactions with chemical synapses. *Nature reviews. Neuroscience*, London, v. 4, n. 15, p. 250–263,

2014. Disponível em <<https://doi.org/10.1038/nrn3708>>. Acesso em 16 set 2021.

PITTENGER, C.; DUMAN, R. S. Stress, depression, and neuroplasticity: a convergence of mechanisms. **Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology**, Brentwood, v. 1, n. 33, p. 88–109, 2008. Disponível em <<https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301574>>. Acesso em: 16 set 2021.

PRAAG, H.; KEMPERMANN, G.; GAGE, F. H. Running increases cell proliferation and neurogenesis in the adult mouse dentate gyrus. **Nature neuroscience**, London, v. 3, n. 2, p. 266–270, 1999. Disponível em <<https://doi.org/10.1038/6368>>. Acesso em: 16 set 2021.

SALES, A. J. et al. Cannabidiol Induces Rapid and Sustained Antidepressant-Like Effects Through Increased BDNF Signaling and Synaptogenesis in the Prefrontal Cortex. **Molecular neurobiology**, Berlim, v. 2, n. 56, p. 1070–1081, 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1007/s12035-018-1143-4>>. Acesso em 16 set 2021.

SALES, Amanda J. et al. Antidepressant-like effect induced by Cannabidiol is dependent on brain serotonin levels. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, London, v. 86, 2018.

SANTARELLI, L. et al. Requirement of hippocampal neurogenesis for the behavioral effects of antidepressants. **Science**, New York, N.Y., v. 5634, n. 301, p. 805–809, 2003. Disponível em <<https://doi.org/10.1126/science.1083328>>. Acesso em 16 set 2021.

SCHILDKRAUT J. J. The catecholamine hypothesis of affective disorders. A review of supporting evidence. **International journal of psychiatry**, London, v. 3, n. 4, p. 203–217, 1967.

SHELIN Y. I. 3D MRI studies of neuroanatomic changes in unipolar major depression: the role of stress and medical comorbidity. **Biological psychiatry**, London, v. 8, n. 48, p. 791–800, 2000. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00994-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00994-X)>. Acesso em 16 set 2021.

YADID, G. et al. Elucidation of the neurobiology of depression: insights from a novel genetic animal model. **Progress in neurobiology**, London, v. 4, n. 62, p. 353–378, 2000. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/S0301-0082\(00\)00018-6](https://doi.org/10.1016/S0301-0082(00)00018-6)>. Acesso em: 16 set 2021.

ZUARDI, A. W.; RODRIGUES, J. A.; CUNHA, J. M. Effects of cannabidiol in animal models predictive of antipsychotic activity. **Psychopharmacology**, London, v. 2, n.

104, p. 260–264, 1991. Disponível em <<https://doi.org/10.1007/BF02244189>>. Acesso em: 16 set 2021.

ZUARDI, A. W., et al. Action of cannabidiol on the anxiety and other effects produced by delta 9-THC in normal subjects. **Psychopharmacology**, London, v. 3, n. 76, p. 245–250, 1982. Disponível em <<https://doi.org/10.1007/BF00432554>>. Acesso em: 16 set 2021.

Capítulo 9

Cannabis ou Maconha

Como a palavra tem influência na percepção do brasileiro

Gerfesson Alves de Oliveira

Graduado em Psicologia, com ênfase em TCC pelo Centro Universitário de João Pessoa, com bolsa total PROUNI.

Atuante em Redução de Danos pelo Coletivo CoNéctar desde 2018.

Colaborador na ABRACE de 2018 a 2020 e atual gerente de projetos na Comply Software Solutions, empresa que desenvolve e oferece software de gestão para associações canábicas.

Contexto canábico no Brasil e o peso das influências

No Brasil, a luta pelo acesso à cannabis para tratamento de diversas condições surgiu inicialmente pela batalha travada entre famílias que necessitam de um tratamento e o estado que regula esse acesso. No Brasil, o acesso à importação de derivados de Cannabis foi lentamente se tornando uma conquista apesar da burocracia envolvida, e que em muitos casos, revelou-se a triste constatação de se tornar inacessível devido principalmente ao seu preço. Em 2017, a Associação Brasileira de Apoio Cannabis Esperança – ABRACE – conquistou sua autorização para cultivar, produzir e fornecer derivados de Cannabis spp. para seus associados cadastrados com prescrição e laudo devidamente emitidos por profissionais da saúde. Antes da autorização ela já trabalhava com associados de maneira ilegal, tratando com derivados ricos em THC aproximadamente 150 pacientes com epilepsia refratária a outros tratamentos. Foram os resultados obtidos e relatados pelos associados que a juíza da 2ª Vara Federal da Comarca de João Pessoa, Wanessa Figueiredo dos Santos Lima, concedeu a autorização à ABRACE, configurando-a como a primeira associação a ter esse direito em território nacional. O princípio básico aplicado para tal autorização foi a de que o direito à vida é mais importante que a lei.

Utilizando plantas cultivadas de maneira caseira com sementes encontradas localmente por diversas fontes consideradas ilegais, a associação conseguiu mostrar que o tratamento com cannabis poderia funcionar sem necessariamente gastar milhares de reais com medicamentos encontrados hoje na farmácia convencional do brasileiro. Famílias que se sentiam frustradas ao longo de anos com outros tratamentos insatisfatórios passaram a ter com a maconha, qualidade de vida, ainda que isso pudesse custar a perda do apoio familiar. O fator geralmente relatado como determinante: preconceito com a droga. Além disso, temos diversos profissionais da saúde que não prescrevem e estimulam a não-prescrição pelo mesmo motivo, contrariando estudos científicos relativos à eficácia da planta. Junto destes anteriormente relatados, temos também o paradoxal governo que discute há mais de uma década a necessidade de estudar o assunto para de fato legislar algo a respeito, mas que não concede a permissão para estudar.

Para contextualizar o poder da linguagem, é necessário ressaltar um estudo

de Majid et al. (2004) focado em compreender se a linguagem poderia reestruturar a cognição onde foi identificado que através da linguagem civilizações distintas tendem a ter referências espaciais diferentes que modificam a forma como podem solucionar tarefas ligadas ao espaço.

Em outro estudo de Winawer et al. (2007) que buscou identificar os efeitos na diferenciação percebida entre cores pela linguagem, foi evidenciado que os russos possuem uma facilidade maior em distinguir entre azuis claros e escuros do que pessoas que utilizam do inglês como língua-mãe. Isso foi atribuído ao fato de que na língua russa há uma diferença entre a palavra que caracteriza espectros de azuis claros e outra para espectros de azuis escuros, enquanto que no Inglês não há tal distinção entre espectros de cor azul. Considerando tais estudos seria possível conceber que a linguagem possui poder determinante sobre a forma como o ser humano vê o mundo?

Segundo Osti (2004) a linguagem é diretamente influenciada pelo meio onde foi assimilada, gerando por consequência, uma influência na percepção que cada indivíduo tem sobre diversas situações, pois é através da linguagem que é possível construir e interpretar o mundo. A representação social segundo a mesma autora, pode ser caracterizada como a compreensão e concepção que um indivíduo, grupo ou sociedade tem sobre determinado conteúdo, permanecendo presente tanto nas relações sociais como no conjunto de opiniões e comportamentos, refletindo na conduta e valores desses indivíduos.

Ocorre de modo frequente a associação do termo “canabidiol” ao poder medicinal da planta e o termo “THC” ou “maconha” à efeitos negativos no tratamento ou vida de usuários. A planta em sua totalidade, ou seja, a maconha (ou Cannabis) tem sido apontada por recentes pesquisas como uma opção eficaz no tratamento de diversas condições devido ao seu efeito comitiva, e é partindo desse preceito que esse capítulo visa discutir possíveis influências existentes na linguística do nosso Zeitgeist sobre o assunto “Maconha/Cannabis”, na justificativa de tornar este um assunto mais discutido socialmente sem tanta carga de preconceito ou desinformação para com a palavra/planta/usuário. Sendo assim, é necessário ressaltar como o vocabulário pode influenciar a visão social sobre a Cannabis/Maconha e levantar perguntas que poderão nortear pesquisas no futuro (AVIRAM & SAMUELLY-LEICHTAG, 2017; BALASH et al., 2017; BARON, 2018; KOLTAI & NAMDAR, 2020; MÜCKE et al., 2018; NAMDAR et al., 2019; RUSSO & MARCU, 2017).

Este capítulo tem cunho qualitativo, descritivo, bibliográfico com relato de experiência, onde foram selecionados materiais que podem elucidar como funcionam processos relativos ao aprendizado de novos comportamentos e/ou mudanças no contexto social, de modo que seja possível traçar um paralelo com a influência no significante da planta entre pessoas na sociedade brasileira.

Emprego dos termos e possíveis processos de influência relativos

Pela gama de possibilidades de seu uso, seja ele medicinal, recreativo,

espiritual ou outro, o termo “Cannabis” difere-se bastante do termo “maconha” se considerarmos as cargas prévias que trazemos ao escutar cada um dos termos. Geralmente o termo “Cannabis” ou “Cannabis spp.” está mais diretamente ligado ao científico e medicinal, enquanto que o termo “Maconha” está mais veiculado no senso comum e mais relacionado ao uso recreativo, por vezes, com conotação negativa, porém, ambas as palavras se referem à uma mesma planta.

Programas policiais geralmente têm índices de audiência que giram entre 5 e 7 pontos em São Paulo e são colocados em horários estratégicos para obter o máximo dessa audiência, conforme aponta Romão (2013) e o mesmo sucesso de audiência foi evidenciado em outros locais do Brasil, o que indica que esses programas são bastante visualizados pelos brasileiros. Em uma situação na qual a apreensão da planta esteja sendo noticiada, o termo usado pelo locutor provavelmente será o termo popular “maconha”, possibilitando um condicionamento da palavra ao crime cometido ou mesmo criando uma associação da palavra à criminalidade a depender da quantidade de vezes que esse comportamento é repetido. Em contrapartida, numa outra situação na qual um jornal transmite uma notícia sobre a descoberta de efeitos terapêuticos da planta, este provavelmente irá usar o termo “cannabis medicinal” ou “canabidiol” (mesmo que erroneamente quando o objeto da matéria na verdade é um produto que possua um extrato integral da planta), o que possibilitará ser condicionado ao significado de seu uso terapêutico caso esse comportamento seja também repetido. O que ocorre nessas duas situações é que são situações comuns e que na maioria das vezes não há um esclarecimento de que ambos os termos se referem à uma mesma planta, levando ao ouvinte leigo a possibilidade de desenvolver dois significados para dois significantes que são, na verdade, sinônimos.

A influência que a linguagem tem na cognição e comportamento através de enquadramentos linguísticos e rotulações é capaz de alterar a forma como as emoções são percebidas, como objetos são representados e como eventos são lembrados, sendo assim, possui papel direto com a percepção contextual que se tem a respeito de algo, logo, pode alterar a representação social que se tem sobre um determinado conteúdo (FAUSEY et al., 2010).

Significados observados na prática e sua influência na percepção social sobre a planta

Em minha experiência na Associação Brasileira de Apoio Cannabis Esperança - ABRACE - de 2018 a 2020 como acolhedor e instrutor de prescritores (mais de 150 médicos(as), cirurgiões(ãs) dentistas e médicos(as) veterinários(as)), gerente de projetos de pesquisa e acolhedor de pacientes que utilizam ou utilizaram a maconha para tratamento de diversas patologias era notório a falta de conhecimento reforçada pela linguagem empregada em diversas situações. Todos os produtos da associação mencionada anteriormente são produzidos com extrato integral da planta, contendo todos os fitocanabinoides que dela derivam, incluindo-se aqui o THC, CBD, CBG, CBN, diversos terpenos e flavonoides, logo, não

é possível referir-se ao derivado produzido pela ABRACE, ou outros produzidos com extrato integral, como “canabidiol”.

De 10 pesquisas submetidas à aprovação da associação, aproximadamente oito utilizavam o termo “canabidiol” para se referir aos produtos da ABRACE e, aproximadamente 6 desses 8 estavam cientes de que o produto não continha canabidiol isolado, porém, acreditavam que o termo “canabidiol” se referia à planta em seu uso medicinal. Esse problema da má utilização dos termos se torna ainda mais evidente quando médicos e outros profissionais da saúde disseminam essa mesma confusão mesmo que inconscientemente ao chamar de “canabidiol” um produto que ele sabe que é de extrato integral, e não apenas de CBD isolado. Assim como acontece com os pesquisadores e prescritores o mesmo também ocorre com os pacientes, e muitos destes que procuravam pelo canabidiol se referiam ao mesmo sabendo que não continha apenas CBD, mas alguns realmente buscavam apenas pelo CBD, sendo assim, se tornou difícil entender quando uma pessoa realmente estava se referindo ao CBD isolado ou quando ela se referia ao derivado contendo extrato integral da planta.

Chamar um composto carregado de diversos princípios ativos apenas por um deles é o mesmo que fazer um suco com limão, mamão e acerola e chamarmos o produto final de “suco de limão”. Se supormos que esse suco é terapêutico apenas quando há todas as frutas e o mesmo é divulgado como “suco de limão”, além de inaccurado, desqualifica os demais compostos do produto final que também possuem seu grau de importância, podendo induzir com que uma pessoa que esteja tentado utilizar desse mesmo composto a procurar apenas pelo limão no mercado para fazer seu suco terapêutico. Conforme apontado anteriormente, pacientes, pesquisadores e prescritores que chegam à associação demonstraram esse problema na prática quando chegam até a ABRACE procurando por “canabidiol”.

Leigos não tem domínio conceitual acerca do tema e usam termos utilizados por parte da mídia e por parte dos profissionais que usam do tratamento com seus pacientes, além disso, não costumam estar informados por pesquisas científicas, porém, a mesma falha não parece conveniente a prescritores, pesquisadores e até mesmo nos diversos veículos da imprensa. Em ocasiões incontáveis percebi o mal uso da nomenclatura e até da desinformação a respeito da composição do produto pela forma como ele foi apresentado à pessoa. Vários prescritores, pesquisadores e pacientes perguntaram-me se o produto produzido pela associação era livre de THC e se espantavam ou até mesmo repudiavam quando respondia que na verdade era produzido com toda a planta. Ao falar para essas mesmas pessoas que muitos dos pacientes usavam produtos mais ricos em THC que em CBD, esse espanto e repúdio eram ainda mais notáveis. O interessante disso tudo é que tais pessoas pareciam se importar mais com o fato de os pacientes usarem produtos que continham THC do que necessariamente com os resultados que se obtinham com tais itens.

Por vezes escutei a frase vindo de profissionais e da mídia: “não é maconha, é Cannabis”, buscando dividir o “mau” do “bom”, ou o “recreativo” do “medicinal”, por acreditar que há de fato uma diferenciação que não seja meramente

linguística. Algumas vezes pacientes que não sabiam que o produto da ABRACE é produzido com a planta integral, mas que conheciam seus efeitos divulgados pela mídia, chegaram animados com a possibilidade de realizar o tratamento e mudaram drasticamente ao descobrirem que continha THC em sua composição.

Os resultados obtidos pela ABRACE e diversas outras associações ou empresas que trabalham com cannabis integral são averiguados por pesquisas realizadas na própria associação ou em outros estudos que tomaram como objeto de pesquisa derivados que continham extrato integral de Cannabis spp. tal como apontado anteriormente, logo, notamos aqui uma disparidade entre o que é comumente divulgado no senso comum sobre a planta e o que de fato é evidenciado na prática clínica e nos estudos científicos.

Perguntas norteadoras e reflexões a respeito do emprego dos termos

Alguns questionamentos surgem com base no exposto e fazem impulsionar um aprofundamento sobre o assunto: O que é possível compreender quando uma pessoa que estava animada com os resultados observados em terceiros passa a reconsiderar o tratamento ou a repudiar um produto porque descobriu que o mesmo contém THC em sua composição? O que deveria ser mais considerado em situações como essas: os efeitos observados e as pesquisas científicas ou o que o senso comum alardeia a respeito dos termos “maconha” e “THC”? A incorreta e constante associação do termo “canabidiol” para se referir ao uso medicinal e a constante associação do termo “maconha” para se referir ao seu uso recreativo poderiam influenciar na não assimilação/reconhecimento das propriedades terapêuticas do THC e da planta como um todo? Poderia a difusão dos termos “maconha”, “Cannabis” e “THC” associados ao uso medicinal servirem na reparação histórica para com a planta e seu uso? Poderia o uso dessas nomenclaturas auxiliar no entendimento de que o THC possui sim efeitos terapêuticos em diversas patologias e diminuir o preconceito com a planta e seus usuários de fim medicinal ou recreativo?

Ressaltando a forma como o ser humano aprende e o poder que a linguagem tem na percepção e interpretação do mundo é possível considerar que a forma como uma sociedade se refere à um determinado objeto de discussão importa sim na representação social que há sobre a Cannabis, logo, após ressaltar também que o mal-uso de termos para se referir à cannabis pode ter papel de influência sobre tal percepção além inclusive, de induzir ao erro, se faz necessário com que haja responsabilidade e consciência no uso dos termos adequados nas diversas situações.

Considerando também o conceito de condicionamento e que este pode ser alcançado se um termo é sempre relacionado com uma conotação negativa e outro sempre tem conotação positiva mas ambos são sinônimos, podemos compreender que ocorre hoje uma estigmatização da planta e usuário pelo emprego da palavra “maconha” e uma paradoxal desestigmatização da planta e usuário pelo emprego da palavra “Cannabis”, levando a possíveis confusões com

relação ao seu efeito prático, seu papel na sociedade e ressaltando também uma possível desinformação, mesmo que inconsciente, de pesquisadores, profissionais da saúde, políticos ou da mídia, denotando a necessidade da desconstrução da conotação negativa/positiva empregada à planta.

Relevando o exposto, é possível compreender que a maconha possui uma representação na sociedade que foi criada e caracterizada anteriormente pelos seus indivíduos e seus grupos durante a história da humanidade por preconceitos ou estudos ultrapassados, e que tal percepção vem mudando atualmente com novos estudos e práticas clínicas, porém, com uma “roupagem” diferente da anterior, levando possivelmente ao erro de crer que não se trata da mesma planta e possivelmente mantendo velhos preconceitos e estigmas relativos à ela, dificultando a abertura social para seu estudo e seu entendimento.

Tendo em vista que o fator social de percepção acerca da Cannabis spp. tem influenciado na sua não utilização e/ou estudo, a psicologia canábica tende a surgir no meio para analisar algumas questões. Considerando que a psicologia atua também pelo princípio da redução de danos, reconsiderar a Cannabis spp. como tratamento e perceber as influências não-científicas advindas de comportamentos e percepções impensadas faz com que a psicologia ganhe espaço de atuação direta nesse quesito e realça sua importância como fator de mudança social a respeito do tema.

Referências

AVIRAM, J.; SAMUELLE-LEICHTAG, G. Efficacy of cannabis-based medicines for painmanagement: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Pain Physician**, London, v. 6, n. 20, p.755–796., 2017.

BALASH, Y., et al. Medical Cannabis in Parkinson Disease: Real-Life Patients’ Experience. **Clinical Neuropharmacology**, Filadelfia, v. 6, n. 40, p. 268–272, 2017. Disponível em <<https://doi.org/10.1097/WNF.000000000000246>> . Acesso em: 11 maio 2020

BARON, E. P. Medicinal Properties of Cannabinoids, Terpenes, and Flavonoids in Cannabis, and Benefits in Migraine, Headache, and Pain: An Update on Current Evidence and Cannabis Science. **Headache**, New York, v. 7, n. 58, p. 1139–1186, 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1111/head.13345>>. Acesso em: 10 fev 2021

FAUSEY, C. M. et al. Constructing agency: The role of language. *Frontiers in Psychology*, London, v. 1, p. 1–11, oct 2010. Disponível em <<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00162>>. Acesso em: 26 jun 2020

KOLTAI, H.; NAMDAR, D. Cannabis Phytomolecule “Entourage”: From Domestication to Medical Use. **Trends in Plant Science**, London, v. 10, n. 25, p.

976–984, 2020. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.tplants.2020.04.007>>. Acesso em: 23 set 2021

MAJID, A., et al. Can language restructure cognition? The case for space. **Trends in Cognitive Sciences**, London, v. 3, n. 8, p. 108–114, 2004. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.01.003>>. Acesso em: 11 nov 2020

MÜCKE, M., et al. Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. **The Cochrane Library**, New York, v. 3, 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012182.pub2.www.cochranelibrary.com>>. Acesso em: 15 jul 2020

NAMDAR, D., et al. Terpenoids and phytocannabinoids co-produced in cannabis sativa strains show specific interaction for ell cytotoxic activity. **Molecules**, Basel, v. 17, n. 24, 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.3390/molecules24173031>>. Acesso em: 09 maio 2020

OSTI, A. **As dificuldades de aprendizagem na concepção do professor**. Universidade Estadual de Campinas, faculdade de Educação, Campinas, 2004.

ROMÃO, D. M. M. **Jornalismo Policial: indústria cultural e violência**. Dissertação, programa de pós graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013

RUSSO, E. B.; MARCU, J. Cannabis Pharmacology: The Usual Suspects and a Few Promising Leads. **Advances in Pharmacology**, London, ed. 1, v. 80, 2017. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/bs.apha.2017.03.004>>. Acesso em: 09 maio 2020

WINAWER, J. et al. Russian blues reveal effects of language on color discrimination. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, Washington DC, v. 19, n. 104, p. 7780–7785, 2007. Disponível em <<https://doi.org/10.1073/pnas.0701644104>>. Acesso em: 09 maio 2020

ISBN: 978-65-89729-07-5

CDL



9 786589 729075

