



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAÚDE

IGOR BRONZEADO CAHINO MOURA DE ALMEIDA

USO DE DERIVADOS DA *Cannabis sativa* EM PACIENTES COM
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA PARAÍBA:
itinerários terapêuticos, barreiras de acesso e experiências de cuidado

JOÃO PESSOA

2026

IGOR BRONZEADO CAHINO MOURA DE ALMEIDA

**USO DE DERIVADOS DA *Cannabis sativa* EM PACIENTES COM
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA PARAÍBA:**
itinerários terapêuticos, barreiras de acesso e experiências de cuidado

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado
Profissional Saúde da Família em Rede Nacional -
PROFSAÚDE da Universidade Federal da Paraíba
como requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Professora Doutora Valderez
Araujo de Lima Ramos

JOÃO PESSOA
2026

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A447u Almeida, Igor Bronzeado Cahino Moura de.
 Uso de derivados da cannabis sativa em pacientes com transtorno do espectro autista na Paraíba : itinerários terapêuticos, barreiras de acesso e experiências de cuidado / Igor Bronzeado Cahino Moura de Almeida. - João Pessoa, 2026.
 103 f. : il.

 Orientação: Valderez Araujo de Lima Ramos.
 Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCM.

 1. Transtorno do espectro autista. 2. Itinerário terapêutico. 3. Cannabis. 4. Canabidiol. I. Ramos, Valderez Araujo de Lima. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616.896:633.522(813.3)(043)

IGOR BRONZEADO CAHINO MOURA DE ALMEIDA

**USO DE DERIVADOS DA *Cannabis sativa* EM PACIENTES
COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA PARAÍBA:**
itinerários terapêuticos, barreiras de acesso e experiências de cuidado

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Saúde da Família em Rede Nacional - PROFSAÚDE da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Valderez Araújo de Lima
Ramos Presidente da Comissão
(Orientadora)

Prof. Dr. Gabriel Rodrigues Martins de
Freitas Programa de Mestrado Profissional
em Saúde da Família (Avaliador interno)

Prof. Dr. Estácio Amaro da Silva Júnior
Departamento de Medicina Interna/Centro de Ciências Médicas/Universidade
Federal da Paraíba
(Avaliador externo)

APROVADA EM 13/03/2026

Para todas as guerreiras mães de crianças neuroatípicas que se doam por completo à saúde e bem-estar de seus filhos.

AGRADECIMENTOS

Esse mestrado veio como mais um tijolo na construção do Médico de Família e Comunidade que pretendo me tornar. Aquele médico pé no chão, que busca estar ciente da realidade atual das famílias que me perpassam durante os dias de trabalho e dessa forma, poder fazer um trabalho cada vez mais coerente, digno e humanizado.

Agradecer inicialmente aos meus preceptores da residência de Medicina de Família e Comunidade Lenildo e Wellington que me passaram boa parte da base prática de como atuar de forma honesta com aqueles que sofrem e que mais precisam de nós. Durante o final da residência, me incentivaram a tentar a vaga no Mestrado profissional e me guiaram acerca da temática que poderia se encaixar bem. Agradecer também à Valderez, orientadora que acreditou na temática proposta e balizou muito bem o andamento desse trabalho.

Durante toda a minha trajetória, busquei agradecer aos meus pais que sempre me impulsionaram e me mostraram a real importância dos estudos. Além disso, forneceram-me o terreno fértil em um lar repleto de carinho para que eu pudesse evoluir como estudante e agora como profissional médico.

Agradecer à minha esposa que agora inicia junto a mim a construção de uma família linda que busca perpetuar o carinho e amor que recebemos dos nossos pais. Agradecer também a Deus pelo dom da vida e por ter me dado a oportunidade de ser pai de Vitória. Filha, obrigado por me dar forças para continuar essa pesquisa de mestrado! Os planos de Deus, são maiores do que os nossos!

“Oh, Santa Kaya
Oh, Santa Kaya

Quando os negros vieram de África
Trouxeram uma planta pra fazer defumação
Faziam a limpeza no templo interior
Usando esta planta como forma de oração
E assim trabalhavam na força da terra
Com a mãe natureza e meditação

Veio para aliviar o fardo da escravidão
Veio para anunciar, no meio de uma confusão
Veio para aliviar o fardo da escravidão
Veio para aconselhar, no meio de uma multidão

Hoje, hoje, hoje, a história é outra
Hoje, hoje, hoje, nós viemos lembrar
Hoje, hoje, hoje, a história é outra
Hoje, hoje, hoje, nós viemos lembrar

Eles usaram e abusaram de todas as formas
E agora eles querem botar culpa nela
Usaram e abusaram de todas as formas
E agora eles ficam acusando a erva

Que nasceu na terra, cresceu no sol, colheu na lua
Que nasceu na terra, cresceu no sol, colheu na lua
Se não sabem usar, isso não é culpa sua
Se não sabem usá-la, isso não é culpa sua

[...]

Esse é o apelo que eu faço às autoridades
Para que abram os olhos para o seu uso medicinal
Esse é o apelo que eu faço às autoridades
Para que abram os olhos para o seu uso cultural

[...]”

Música: Santa Kaya; Artista: Ponto de Equilíbrio;
Álbum: dia após dia lutando, 2010

RESUMO

A busca por cuidados em saúde por famílias de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) configura-se como um processo complexo, frequentemente marcado por barreiras estruturais e terapêuticas. Diante da limitada resposta a intervenções farmacológicas convencionais, observa-se, nos últimos anos, um aumento na adoção de terapias alternativas, incluindo o uso de derivados da *Cannabis sativa*. Este estudo teve como objetivo compreender o itinerário terapêutico de famílias que utilizam derivados da *Cannabis* no manejo do TEA.

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, com abordagem predominantemente qualitativa. A amostra foi composta por dez famílias, selecionadas por conveniência, cujos responsáveis participaram de entrevistas presenciais semiestruturadas. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e submetidas à análise segundo os pressupostos da Teoria Fundamentada nos Dados.

Os resultados evidenciaram itinerários terapêuticos complexos, caracterizados por atrasos no diagnóstico, dificuldades no acesso a profissionais especializados e limitações na oferta de terapias multiprofissionais. A sobrecarga dos cuidadores emergiu como um elemento central na experiência das famílias. A resistência de profissionais médicos à prescrição de derivados da *Cannabis* foi identificada como uma das principais barreiras de acesso. Em contrapartida, o acesso aos produtos ocorreu predominantemente por meio de associações de cultivo. Os participantes relataram melhora significativa em sintomas nucleares e comorbidades associadas ao TEA.

Os achados reforçam a necessidade de ampliação do debate sobre a regulamentação e incorporação de derivados da *Cannabis* no Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas à promoção de acesso equitativo e baseado em evidências. Adicionalmente, foi desenvolvido um produto técnico-tecnológico voltado à formação de estudantes de graduação em medicina e médicos residentes da Universidade Federal da Paraíba, com o objetivo de qualificar o conhecimento científico e reduzir o estigma associado ao uso terapêutico da *Cannabis*. **Este Trabalho de Conclusão de Mestrado é fruto do Programa de Pós-graduação stricto sensu Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).**

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista, itinerário terapêutico, *Cannabis*, canabidiol

ABSTRACT

The search for healthcare by families of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) constitutes a complex process, often marked by structural and therapeutic barriers. Given the limited response to conventional pharmacological interventions, there has been, in recent years, an increase in the adoption of alternative therapies, including the use of Cannabis sativa derivatives. This study aimed to understand the therapeutic itinerary of families who use Cannabis-derived products in the management of ASD.

This is an observational, descriptive study with a predominantly qualitative approach. The sample consisted of ten families, selected by convenience, whose caregivers participated in face-to-face semi-structured interviews. The interviews were audio-recorded, fully transcribed, and analyzed according to the principles of Grounded Theory.

The results revealed complex therapeutic itineraries, characterized by delays in diagnosis, difficulties in accessing specialized professionals, and limitations in the availability of multidisciplinary therapies. Caregiver burden emerged as a central element in the families' experiences. Resistance among medical professionals to prescribing Cannabis-derived products was identified as one of the main barriers to access. In contrast, access to these products occurred predominantly through cultivation associations. Participants reported significant improvement in both core symptoms and comorbidities associated with ASD.

These findings highlight the need to expand the debate on the regulation and incorporation of Cannabis-derived products within the Brazilian Unified Health System (SUS), aiming to promote equitable and evidence-based access. Additionally, a technical-technological product was developed for the training of undergraduate medical students and medical residents at the Federal University of Paraíba, with the objective of improving scientific knowledge and reducing stigma associated with the therapeutic use of Cannabis. **This Master's thesis is part of the stricto sensu Graduate Program, Professional Master's Degree in Family Health (PROFSAÚDE).**

Keywords: Autism Spectrum Disorder; therapeutic itinerary; Cannabis; cannabidiol.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

2-AG: 2-araquidonoilglicerol

ABRACE: Associação Brasileira de Apoio à *Cannabis* Esperança

ACAFLOR: Associação Canábica Florescer

AEA: N-araquidonoiletanolamina (Anandamida)

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BPC: Benefício de Prestação Continuada

CB1: Receptor Canabinoide tipo 1

CB2: Receptor Canabinoide tipo 2

CBD: Canabidiol

DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

FUNAD: Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência

ONGs: Organizações Não Governamentais

RDC: Resolução da Diretoria Colegiada

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEA: Transtorno do Espectro Autista

THC: Delta-9-tetra-hidrocanabinol

UFPB: Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

Introdução

História de uso da <i>Cannabis sativa</i>	11
Contexto social da proibição da <i>Cannabis sativa</i>	14
Revolução científica	19
Acesso à <i>Cannabis</i> medicinal no Brasil.....	22
O Transtorno do Espectro Autista e a <i>Cannabis</i> medicinal	28
Justificativa	34
Objetivos (geral e específicos)	36
Metodologia	37
Referências	43

CAPÍTULO 2

Resultados e Discussão	49
Diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista	50
Dificuldade de acesso à acompanhamento médico e multiprofissional.....	53
Sobrecarga dos cuidadores.....	56
<i>Cannabis sativa</i> , acesso à prescrição, custos e preconceito	60
Resposta terapêutica com o uso de derivados da <i>Cannabis sativa</i>	69
Referências.....	81

CAPÍTULO 3

Produto técnico e tecnológico	84
Introdução	84
Objetivo	86
Metodologia	86
Discussão	88
Referências	94

CAPÍTULO 4

Considerações finais	96
----------------------------	----

APÊNDICE A	99
------------------	----

APÊNDICE B	101
------------------	-----

APÊNDICE C	103
------------------	-----

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

HISTÓRIA DE USO DA *CANNABIS SATIVA*

A *Cannabis sativa* L. é uma espécie de planta que apresenta uma relação muito antiga com os seres humanos. Essa relação foi construída desde o período neolítico, ainda na pré-história. Alguns registros fósseis que datam de aproximadamente 12.000 a.C. já trazem a *Cannabis* como uma das primeiras plantas domesticadas e cultivadas pelo homem.¹

No início da história, com o advento da escrita, a *Cannabis* foi citada em diversos textos de civilizações diferentes como China, Índia e Egito.

Registros arqueológicos que datam de aproximadamente 4000 anos a.C. referem o cultivo da *Cannabis* para a produção de fibras, cordas, tecidos e papéis no império chinês. Os registros escritos mais antigos que relacionam o uso terapêutico da planta também derivam da China e estão descritos no livro chinês *Pen Tsao* conhecido como a farmacopeia mais antiga da história humana. Nesse escrito estão reunidos saberes populares que foram passados de geração em geração desde a era do imperador *Shen-Nung* a aproximadamente 2700 anos a.C. A *Cannabis* foi referenciada e descrita para diversos usos terapêuticos como para o tratamento de dores articulares, cólicas menstruais e alterações intestinais.²

Já no Egito antigo, além do contexto terapêutico da *Cannabis* para o tratamento de dores e o reestabelecimento do bem-estar descrito no papiro de *Ebers*, datado de 1550 anos a.C., as fibras dessa planta também foram usadas para a confecção de tecidos e dos próprios papiros. Nessa cultura, a planta chegou a ser associada a finalidades místicas e sagradas sendo descrita nas imagens como um adorno associado à *Seshat*, considerada a deusa da sabedoria.³

Na Índia, a planta ganhou popularidade devido à sua associação ao contexto religioso. A erva foi descrita no livro *Atharvaveda* com datações de aproximadamente 1200 a 800 anos a.C. Esse escrito traz detalhes acerca do uso religioso e terapêutico da planta, colocando a *Cannabis* como uma das cinco plantas sagradas, sendo um presente do Deus Shiva para que a humanidade construísse um mundo melhor referindo-se a ela como uma fonte de felicidade, doadora de alegria e portadora de liberdade. Assim, o uso da *Cannabis* tornou-se parte de inúmeros rituais religiosos naquela região. Além disso, o livro *Atharvaveda* descreve fins puramente medicinais, com usos no tratamento de diversas patologias e sintomas como dores, convulsões, ansiedade, inflamações, cólicas, aumento do apetite e da libido.^{4,5}

Na Índia, também foram descritas as propriedades psicoativas da planta. São descritas diversas formas de preparação da erva que incluem a seleção de flores das plantas fêmeas ou a extração das resinas dessas flores. Essas formas de preparo e de uso garantem a grande proporção de compostos ativos na planta responsáveis tanto por efeitos terapêuticos como por efeitos psicoativos. Atualmente, sabe-se que a maior parte dos efeitos terapêuticos associados à erva derivam de substâncias presentes na resina que é produzida principalmente nas flores das plantas fêmeas da *Cannabis*.⁶

Em outras culturas que predominaram antes da era cristã em regiões do oriente médio como com os povos Assírios e, posteriormente com os persas, a planta também teve seus efeitos psicoativos e terapêuticos descritos. Alguns registros dos Assírios referem a erva para o tratamento de depressão, disfunção erétil e artralgias.⁷

Na Arábia, por exemplo, a planta foi descrita nos famosos escritos de Avicena, considerado o pai da medicina persa. Nesses escritos, existe a referência do uso para problemas digestivos, para “limpar a mente” e, ainda, um relato da utilização das resinas extraídas para o tratamento de epilepsia.⁸

Na África, os estudos referem que a *Cannabis* chegou provavelmente através de mercadores árabes que faziam rotas ligando a Índia aos países africanos. A teoria parte do pressuposto de que os termos utilizados pelos africanos para descrever as diversas formulações obtidas a partir da erva são muito semelhantes aos termos utilizados pelos indianos. Nesse continente, alguns registros também descrevem o uso terapêutico da planta para controle de condições como febre, malária e asma.⁹

Devido a apropriação da planta pelas diversas culturas africanas, com a escravidão desses povos, a *Cannabis* acabou se difundindo para outros continentes. No Brasil, por exemplo, acredita-se que a planta veio junto dos navios negreiros e foi difundida pelos escravos principalmente na região nordeste. A planta era usada de forma ritualística incorporada às religiões de matriz africana e usada como uma forma de aliviar as tensões e dores associadas ao trabalho escravo. Boa parte dos termos populares associados a essa planta como maconha e diamba derivam da linguagem angolana.¹⁰

Na Europa, a utilização médica dos derivados da *Cannabis* aconteceu no início do século XIX. Antes desse período, os registros acerca dos usos da planta na medicina ocidental eram escassos.

William O'Shaughnessy, um médico irlandês de 24 anos, aceitou uma proposta para trabalhar em Calcutá na Índia, como assistente cirúrgico da então famosa Companhia das Índias Orientais, empresa britânica que controlava e governava grande parte daquele país. Durante

esse período o médico estudou sobre diversas plantas e teve um contato forte com a *Cannabis* que já era utilizada na Índia tanto sob o olhar terapêutico como sob o olhar religioso e sagrado. Ele estudou os textos existentes sobre a planta, descreveu muitas preparações populares na cultura indiana, avaliou sua toxicidade em animais e testou seu efeito em pacientes com diferentes patologias. Obteve êxito em diversos experimentos com pacientes que apresentavam condições variadas como: dores reumáticas, convulsões, espasmos musculares, tétano e raiva.¹¹ Em 1843, ele publicou a obra: “Sobre as preparações do cânhamo indiano, ou gunjah” que apresenta em seu primeiro parágrafo um panorama amplo dos usos medicinais da planta ao redor do mundo naquele período:

Os efeitos narcóticos do cânhamo são popularmente conhecidos no sul da África, América do Sul, Turquia, Egito, Oriente Médio, Índia e territórios adjacentes dos malaios, birmaneses e siameses. Em todos esses países, o cânhamo é usado em várias formas, pelos dissipados e depravados, como o agente pronto de uma intoxicação agradável. Na medicina popular dessas nações, encontramos seu uso extensivamente empregado para uma infinidade de afecções. Mas na Europa Ocidental, seu uso como estimulante ou como remédio é igualmente desconhecido.

William passou a utilizar a planta para o tratamento de sintomas associados a diversas doenças como a cólera, doenças reumáticas e para o controle das crises convulsivas na epilepsia. Essas experiências chegaram a ser relatadas em diversos artigos científicos publicados e marcaram a entrada na planta na medicina ocidental.¹¹

Outro médico com forte influência na introdução da *Cannabis* na medicina tradicional ocidental foi o francês Joseph Moreau. Durante algumas viagens que realizou, se impressionou com o uso e com os efeitos psicoativos das resinas extraídas a partir da *Cannabis* pelos árabes. A partir de 1840 ele começou a realizar estudos para entender o efeito de diversas preparações da planta na mente humana. Estudou inicialmente nele mesmo e posteriormente em alguns de seus estudantes. Em 1845 ele publicou uma das mais completas descrições dos efeitos psicoativos agudos da *Cannabis* no livro intitulado *Du Hachisch et de l'Alienation Mentale: Etudes Psychologiques*.¹²

Na primeira metade do século XIX as contribuições fornecidas por William O'Shaughnessy e Joseph Moreau foram fundamentais para que a medicina ocidental abrisse os olhos para essa opção terapêutica. Durante as décadas que se sucederam, diversos

pesquisadores iniciaram estudos clínicos com preparações da planta de tal forma que no início do século XX mais de cem trabalhos científicos envolvendo o tema foram publicados e várias formulações extraídas a partir da erva começaram a ser comercializadas por uma série de empresas do setor farmacêutico.¹³

Em 1924, as principais indicações clínicas para o uso das preparações obtidas a partir da planta foram resumidas e agrupadas em três áreas na *Sajous's Analytic Cyclopedia of Practical Medicine*, um dos livros médicos mais importantes para a época:

- 1) Sedativo e Hipnótico: insônia, melancolia, mania, *delirium tremens*, febre, bronquite, tuberculose pulmonar, tétano, raiva, entre outros;
- 2) Analgésico: cefaleia, migrânea, dor ocular, menopausa, tumores cerebrais, neuralgia, úlcera gástrica, dispepsia, neurites, dismenorreia, inflamação crônica, reumatismo agudo, eczema, prurido, dor de dente, entre outros;
- 3) Outros usos: aumento do apetite, melhora da digestão, diarreia, *diabetes mellitus*, palpitações cardíacas, distúrbios sexuais, entre outros.⁷

No início do século XX, a *Cannabis* já estava mundialmente difundida. O conhecimento e acesso tanto no contexto recreativo como medicinal da planta que chegou aos países europeus através de William O'Shaughnessy e Joseph Moreau rapidamente se espalhou para os Estados Unidos e para os países Latino-Americanos como o Brasil. Na época, a *Cannabis* era uma das plantas que sempre era descrita nas farmacopeias ao redor do mundo e, no Brasil, por exemplo, diversos produtos elaborados a partir dela eram vendidos livremente em farmácias para alívio de dores, insônia e outras patologias.

CONTEXTO SOCIAL DA PROIBIÇÃO DA *CANNABIS SATIVA*

Qual foi então a reviravolta que transformou uma erva milenar utilizada em todos os continentes para usos terapêuticos, ritualísticos e recreativos em uma das drogas mais perseguidas pelo proibicionismo e pela guerra às drogas?

Para entender a proibição feita à essa planta é preciso conhecer quais grupos populacionais faziam uso dela. Tanto no Brasil como nos Estados Unidos, a maioria dos usuários recreativos da maconha eram pessoas marginalizadas. Esse padrão seguiu a teoria de que a planta foi trazida às américas principalmente pelos negros escravizados a partir do século XVI e difundida, posteriormente, para algumas outras parcelas da população como os mexicanos que imigraram ao sul dos Estados Unidos.¹⁴

No Brasil, as mesmas elites que apoiaram o movimento de independência não desejavam o rompimento com os moldes da sociedade colonial. A escravidão e toda a violência contida nela seguiu da mesma forma após a independência do Brasil. Em defesa de uma suposta “ordem pública” e “paz social” as elites colocavam-se como vítimas da violência urbana e criavam uma estrutura cada vez mais robusta para punir e segregar os negros escravizados que, na época, constituíam a grande maioria da população.¹⁵

Com a chegada dos pensamentos positivistas no século XIX, a oligarquia escravocrata se enfraqueceu e tanto a proibição da escravidão como a Proclamação da República foram concretizadas, respectivamente, em 1888 e 1889. Essa corrente filosófica acredita na necessidade da ordem e do rigor social e político para o progresso e defende, por exemplo, a ideia de que o conhecimento científico é o único verdadeiro e que só pode ser obtido por métodos científicos pautados na observação de fenômenos, experimentação, comparação e classificação.¹⁶

Segundo Carneiro (2002), a necessidade de repressão às drogas origina-se justamente com o processo de abolição da escravatura no Brasil. A escravidão era uma forma das elites brancas controlarem a população negra e com essa perda de controle sobre os escravos, tentou-se criar outras formas de repressão contra elementos presentes em suas culturas como o samba, a capoeira, a umbanda e a maconha.

A primeira Constituição republicana teve como modelo a Constituição dos Estados Unidos e naquele período o Brasil buscava se alinhar cada vez mais às ideias que surgiam na América do Norte.

Com o tempo, o Brasil se transformava de um país eminentemente rural para um país com focos iniciais de urbanização e industrialização. Assim, também surgiam problemas e necessidades diferentes ao novo sistema, que precisava mascarar a política punitiva e de fortes raízes escravocratas com novas roupagens.

Com a chegada da ideologia positivista e todo o cientificismo que ela trazia consigo, criou-se também as primeiras bases do direito penal e da medicina legal no Brasil. Com bases supostamente científicas, pensadores como Cesare Lombroso traziam também novas formas de dominação que colocavam os padrões biológicos acima dos sociais para explicar problemas complexos como a criminalidade. Lombroso, por exemplo, atribuía que a criminalidade estava relacionada principalmente a características biológicas e hereditárias do indivíduo explicando o crime como algo biologicamente natural, mas socialmente inaceitável. Nesse sentido, populações que estavam mais associadas à prática de crimes devido às circunstâncias sociais

da exclusão como os negros, tiveram suas características biológicas e genéticas associadas à prática da criminalidade.¹⁶

Mesmo com o fim da escravidão, não houve nenhum movimento com a intenção de incluir esse grande perfil populacional à sociedade. Pelo contrário, o medo da africanização por parte das elites consistia num risco para a segurança pública e afastava o Brasil das “rotas da civilização”. Assim, os negros foram totalmente escanteados e começaram a constituir as primeiras favelas em regiões mais periféricas e de baixo interesse das elites.

No início do século XX, os negros estavam totalmente à margem da sociedade agrupados em favelas vivendo em tempos de extrema vulnerabilidade social que muitas vezes colocava o crime como única forma de sustento e antídoto da fome. Além disso, com o pensamento positivista que defendia que determinadas raças carregavam consigo traços específicos, os negros e tudo aquilo que era associado às suas culturas como as religiões, as danças, a capoeira e o próprio hábito de uso da maconha foram criminalizados.¹⁸

Nesse momento, a planta que foi trazida às américas pelos negros escravos e usada como forma de alívio das dores da escravidão agora estava totalmente associada à essa parcela da população e juntamente com as práticas religiosas e culturais foi banida.

Nessa fase, também ocorreu uma transformação em que os saberes médicos começaram a ser consolidados como um saber científico legítimo. Apoiado nas ideias do positivismo, as observações médicas agora eram tidas como saberes absolutos.¹⁹

Diante da força que as ideias dessa classe tão respeitada representavam, as influências políticas que grandes médicos da época exerceram eram inquestionáveis. Abaixo, encontra-se uma passagem de um texto escrito pelo psiquiatra Rodrigues Dória, que influenciou muito no processo de criminalização da maconha. No trecho, é possível identificar a discriminação da cultura, da religião e da diversidade cultural dos negros:

[...] é possível que um indivíduo já propenso ao crime, pelo efeito exercido pela droga, privado de inibições e de controle normal, com o juízo deformado, leve a prática seus projetos criminosos. [...] Entre nós a planta é usada, como fumo ou em infusão, e entra na composição de certas beberagens, empregadas pelos “feiticeiros”, em geral pretos africanos ou velhos caboclos. Nos “candomblés” - festas religiosas dos africanos, ou dos pretos crioulos, deles descendentes, e que lhes herdaram os costumes e a fé – é empregada para produzir alucinações e excitar os movimentos nas danças selvagens dessas reuniões barulhentas. Em Pernambuco a erva é fumada nos “atimbós” - lugares onde se fazem os feitiços, e são frequentados pelos que vão aí procurar a sorte e a felicidade. Em Alagoas, nos sambas e batuques, que são danças aprendidas dos pretos africanos, usam a planta, também entre os que “porfiam na colcheia”, o que entre o povo rústico consistem em diálogo rimado e cantado em que cada réplica, quase sempre em quadras, começa pela deixa ou pelas últimas palavras de contendor.

Apoiado nas ideias do positivismo e no estudo das raças, Rodrigues Dória e outros médicos da corrente da medicina legal traziam para si a responsabilidade de sanear a nação, excluindo os expoentes que não se encaixavam nos padrões desejados pela elite. Rodrigues descrevia a maconha como geradora de agressividade, violência, delírios, taras e loucura e apontava que o uso dessa erva só ocorria em pessoas com características degenerativas e de baixas condições como escravos, analfabetos, trabalhadores rurais e prostitutas.¹⁸

Além da forte influência política exercida pelos médicos da época, essa força também ocorreu sobre a produção, distribuição e prescrição de fármacos. Ao restringir a prescrição de certas substâncias apenas pelos médicos, essa classe acabou influenciando o estado a criar legislações que apoiaram esse controle. Assim, qualquer forma de terapia não aceita pela medicina científica da época acabava sendo marginalizada e muitas vezes, proibida.¹⁹

Ainda no início do século XX, surgem os primeiros expoentes do proibicionismo. A primeira ação internacional com o intuito de promover uma proibição concreta à produção, distribuição e ao consumo de determinadas substâncias psicoativas foi organizada na Convenção Internacional sobre o Ópio, organizada pela Liga das Nações, no ano de 1912. Após essa primeira convenção, diversos países iniciaram processos de proibição do ópio e seus derivados como a morfina e a cocaína.²⁰

Como exemplo, em 1914 os Estados Unidos, decretaram a *Harrison Act*, primeira lei no mundo dedicada à fiscalização do uso de substâncias psicoativas de origem natural. Alinhando-se às recomendações dos Estados Unidos, o Brasil aderiu às ideias expoentes e em 6 de julho de 1921 o então presidente Epitácio Pessoa sancionou o decreto 4.294 reafirmando as intenções proibicionistas da nação.²¹

Durante a segunda convenção internacional do ópio que ocorreu em 1925, o médico brasileiro Dr. Pernambuco fez um pronunciamento que chamou a atenção de representantes de outros 45 países: “a maconha é mais perigosa que o ópio”. A partir dessa convenção, a maconha passou a incorporar junto ao ópio e seus derivados como uma das substâncias que deveriam ser proibidas e, posteriormente, diversos países iniciaram processos proibicionistas da erva.²²

Nessa fase, teve início uma intensa campanha com caráter extremamente racial e xenofóbico contra a maconha em que as leis se tornavam cada vez mais duras e a mídia trazia uma ideia de demonização do uso da maconha que na época era associada a grupos considerados ameaçadores para a elite civil como os negros e os mexicanos imigrantes.¹⁸

A mídia norte americana tratava da “erva do mal” como uma verdadeira ameaça epidêmica à ordem pública que levava à insanidade e até à morte e tinha como apoio argumentos médicos obtidos de pesquisas duvidosas que alegavam que o uso de *Cannabis*

provocava agressividade, perda de controle, loucura, desejos sexuais incontroláveis e até a morte.²³

Finalmente, em 1932 entra em vigor no Brasil o decreto 20.930 que coloca a maconha ao lado de outras drogas como a cocaína e proíbe a produção, comercialização e uso da *Cannabis* prevendo penalidades para traficantes e usuários da planta. Nesse decreto, o usuário era punido mais severamente do que o produtor ou o comerciante, o que não ocorre nos dias atuais. Isso demonstra que o foco da criminalização era voltado ao usuário e não à própria substância. Além disso, a delegacia que foi formada na época para coibir o uso dessas substâncias tinha o sugestivo nome: “Delegacia de Costumes, Tóxicos e Mistificações” e era encarregada de tratar de crimes relacionados às drogas e, ao mesmo tempo, de controlar e reprimir práticas culturais de origem africana. Assim, fica evidente a repressão de elementos da cultura negra como política pública para a criminalização dessa população.¹⁷

Conforme o arcabouço legal se formava, a base para a repressão e execução das leis também se estruturava. Em 1936 criou-se a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecente, agência federal que centralizou todos os esforços da guerra às drogas.²⁴

Desde então, a repressão à maconha no Brasil se iniciou de fato. Com o passar dos anos a legislação que trata do assunto no país sofreu diversas modificações sendo a mais recente em 2006, a Lei n. 11.343. A chamada “nova lei de drogas” avançou em alguns aspectos, mas deixou lacunas na distinção entre usuário e traficante. De acordo com a lei, essa distinção deve ser realizada de forma subjetiva levando-se em consideração a análise socioeconômica da vida do indivíduo, a situação em que foi detido, a classe social, as condições de moradia, o vínculo empregatício entre outros aspectos. Dessa forma, mesmo nos tempos atuais, a “nova lei de drogas” consegue privilegiar as classes sociais mais favorecidas de tal forma que, por exemplo, um negro de baixa renda pode ser preso por tráfico com uma quantidade mínima da droga apreendida ao mesmo tempo em que um jovem branco de classe social favorecida pode ser encarado como usuário mesmo sendo detido com quantias bem maiores da erva.²⁴

Assim, Mota (2009) explana de maneira clara que:

[...] o proibicionismo é hoje um fato social, ou seja, ele existe independentemente de nossa vontade e possui características coercitivas, uma vez que a maioria dos países, hoje, no mundo, é signatária das convenções internacionais, mais precisamente aquelas que versam sobre a questão da repressão das drogas.

Assim, percebe-se todo o desdobramento histórico que inicialmente difundiu uma planta com usos terapêuticos, ritualísticos e recreativo por todos os continentes e, posteriormente, a colocou como a droga ilícita mais consumida e perseguida da Terra. Além de criminalizar o acesso a um recurso terapêutico milenar, as restrições legais impostas à planta que se iniciaram no século passado também frearam o avanço científico sobre os mecanismos de ação e potenciais usos terapêuticos da planta na medicina moderna.

REVOLUÇÃO CIENTÍFICA

Mesmo com as limitações e a perseguição impostas pelo proibicionismo, a curiosidade e ousadia de alguns pesquisadores foram cruciais para fazer renascer a medicina canabinoide que conhecemos atualmente. O renascimento científico da planta só ocorreu na segunda metade do século XX com o início de estudos que, aos poucos, foram elucidando pontos cruciais como substâncias ativas, ligantes endógenos, receptores e processos de sinalização celular de um complexo sistema orgânico até então ignorado pela ciência moderna.²⁶

A partir de uma amostra de Haxixe (concentrado extraído a partir da maconha) doada pela polícia Israelense, os professores e pesquisadores Raphael Mechoulam e Yechiel Gaoni em 1964 conseguiram extrair, isolar e descrever a molécula pura do delta-9-tetra-hidrocanabinol (THC), principal substância psicoativa da planta. A descoberta química da principal molécula associada às alterações psíquicas e a alguns efeitos terapêuticos foi o pontapé inicial para o retorno da força das pesquisas científicas acerca da planta.^{27,28}

Com o avanço nas pesquisas, em 1990 foi possível confirmar a existência de receptores endógenos específicos que podem ser modulados pelos fitocanabinoides como o THC e o canabidiol (CBD). Na época, elucidou-se a existência de dois tipos de receptores de membrana celular acoplados à proteína G seletivos para os fitocanabinoides presentes na planta. Esses receptores foram denominados de receptor canabinoide tipo 1 (CB1) e receptor canabinoide tipo 2 (CB2) e podem ser encontrados espalhados por órgãos de todos os sistemas orgânicos conhecidos nos seres humanos e na grande maioria de outras espécies do reino animal.²⁹

A partir da descoberta de substâncias ativas como o THC e o CBD presentes na planta e de receptores endógenos seletivos como os receptores CB1 e CB2, iniciou-se a busca por ligantes endógenos sintetizados pelo próprio organismo dos seres humanos e capazes de ativar os receptores canabinoides descritos. Ainda na década de 1990 novos estudos foram capazes de isolar a molécula N-araquidonoiletanolamina (AEA) também conhecida como Anandamida que

é capaz de ativar os receptores canabinoides, assim como ocorre com a utilização dos fitocanabinoides como o THC e o CBD presentes na *Cannabis*.³⁰

Com o avanço das pesquisas, no início do século XXI, todos os atores presentes no sistema endocanabinoide foram isolados e descritos.³¹ Assim, temos:

- Principais receptores endógenos: CB1 e CB2. Além de outros alvos moleculares dos canabinoides como: receptor de potencial transitório vaniloide tipo 1 e receptores nucleares intracelulares da família dos receptores ativados por proliferador de peroxissoma;
- Principais ligantes endógenos (endocanabinoides): AEA e o 2-araquidonoilglicerol (2-AG);
- Principais ligantes exógenos (fitocanabinoides) presentes na planta da *Cannabis*: THC e o CBD;
- Principais enzimas de síntese dos endocanabinoides: N-araquidonoil-fosfatidiletanolamina responsável pela síntese da AEA e a diacilglicerol lipase responsável pela síntese de 2-AG;
- Principais enzima de degradação dos endocanabinoides: hidrolase amido de ácido graxo responsável pela degradação de AEA e monoacilglicerol lipase responsável pela degradação de 2-AG.

Assim, as pesquisas no campo da farmacologia apontavam os principais constituintes do sistema e a modulação que as substâncias presentes na planta exercem sobre o sistema endocanabinoide. Em paralelo, pesquisas clínicas sugeriam potenciais terapêuticos da *Cannabis* para uma infinidade de condições médicas das mais variadas. Esse conjunto de evidências tanto no âmbito laboratorial, como no âmbito clínico confirmavam o envolvimento do sistema endocanabinoide em funções fisiológicas normais e nas alterações fisiopatológicas de uma ampla gama de diagnósticos. Isso demonstra que seus componentes estão amplamente distribuídos por todo o corpo e exercem papéis fundamentais nas vias de sinalização de praticamente todos os sistemas endógenos. Atuando como maestro de outros sistemas orgânicos como o sistema nervoso central, o sistema cardiovascular, o sistema imunológico, entre outros, o sistema endocanabinoide modula os demais em busca do equilíbrio e da homeostase do organismo.³²

Atualmente, são crescentes os resultados que apontam o uso terapêutico da *Cannabis* e de suas substâncias ativas para uma infinidade de condições clínicas como: epilepsia, doenças neurodegenerativas, dor crônica, ansiedade, depressão, insônia, transtorno de estresse pós-

traumático, fibromialgia, transtornos do desenvolvimento como o transtorno do espectro autista, cuidados paliativos, doenças autoimunes, doenças inflamatórias crônicas, entre outras.³¹

A *Cannabis sativa* L. é uma planta pertencente à família Cannabaceae que tem apenas um gênero e uma espécie. Essa única espécie, no entanto, apresenta algumas subespécies sendo as três principais: *C. sativa sativa*, *C. sativa indica* e *C. sativa ruderalis*. Ao longo dos anos, essas 3 principais subespécies foram sofrendo diferentes cruzamentos que originaram uma infinidade de diferentes genéticas, cepas ou *strains*. Cada uma dessas *strains* da planta apresenta perfis de concentrações de fitocanabinoides diferentes. Levando em consideração o CBD e o THC como os dois principais fitocanabinoides, temos, por exemplo, *strains* com altos teores de THC e baixos teores de CBD e outras com baixos teores de THC e altos teores de CBD. Essas variedades de genéticas da planta obtidas após múltiplos cruzamentos irão interagir com o sistema endocanabinoide de formas diferentes e produzir respostas terapêuticas variadas.^{13,33}

A *Cannabis sativa* produz centenas de moléculas incluindo uma infinidade de fitocanabinoides, terpenos e flavonoides que interagem entre si causando atividades biológicas distintas. Atualmente, mais de 500 moléculas distintas já foram identificadas sendo que mais de 100 dessas, interagem de forma direta com o sistema endocanabinoide.³⁴

A combinação entre todas essas moléculas produz efeitos terapêuticos únicos. Estudos recentes demonstram que a combinação entre os diversos fitocanabinoides, terpenos e flavonoides presentes na planta apresentou resultados superiores ao uso de moléculas isoladas. Essa sinergia criada a partir das diversas moléculas presentes no vegetal é conhecida na fitoterapia e pode ser chamada de efeito comitiva ou efeito *entourage*. Em uma metanálise, Pamplona et al. (2018), concluiu que a utilização dos extratos *full spectrum* que contém todas as substâncias presentes na planta foi responsável por melhores efeitos terapêuticos, com menos efeitos colaterais e com a utilização de doses menores de fitocanabinoides quando comparado à utilização de preparações com CBD isolado. Nesse estudo, os pacientes que utilizavam extratos *full spectrum* ricos em CBD relataram doses médias de 6 mg/kg/dia do canabinoide enquanto aqueles que utilizavam CBD isolado relataram doses médias de 25,3 mg/kg/dia.³⁵

Além da variedade de respostas terapêuticas obtidas a partir da utilização de diferentes *strains* da planta. Os resultados, mesmo em indivíduos de mesmo peso, altura, idade, sexo e diagnóstico também podem ser totalmente distintos, pois, a distribuição e sensibilidade dos receptores endocanabinoides encontrados em cada pessoa é variável. De forma geral, a dose ideal de canabinoides para determinado paciente é aquela com a qual existe melhora importante dos sintomas sem a ocorrência de efeitos colaterais. Assim, a terapêutica utilizando derivados

da *Cannabis* deve ser totalmente individualizada com a introdução de doses pequenas e a lenta titulação até que se encontre o ponto ideal para aquele indivíduo, naquele momento de vida.³⁶

ACESSO À *CANNABIS* MEDICINAL NO BRASIL

Seguindo um processo cronológico, percebe-se que a maconha passou por 3 momentos distintos na história mundial. Inicialmente era usada livremente para finalidades comerciais, medicinais, ritualísticas e recreativas. Posteriormente, sofreu com os entraves do proibicionismo associado principalmente à uma repressão social e cultural sobre os grupos populacionais que, majoritariamente, faziam uso da planta. Em um terceiro momento, estudos científicos promovem o renascimento dos olhares para a planta e, de certa forma, também pavimentam as discussões para as mudanças de paradigmas legais em relação à *Cannabis*.

Antes mesmo de qualquer expoente acerca das discussões na sociedade civil envolvendo o tema da *Cannabis* medicinal, pacientes das mais variadas condições faziam uso de preparações obtidas a partir da maconha. Ao redor do mundo, antes dos processos de flexibilização em relação à *Cannabis*, uma infinidade de pacientes e familiares sofriam com o desamparo do estado e encontravam resposta para seus sofrimentos através de cultivadores e vendedores ilegais e de usuários de maconha. Segundo Azevedo (2020):

Durante muito tempo, a fonte de informação de pacientes que realmente precisavam de óleo de *Cannabis* e precisavam descobrir como plantar *Cannabis* para desenvolver o próprio medicamento, foram os populares “maconheiros”. Esses usuários, que já conheciam a planta e suas propriedades, compartilharam o que sabiam e ajudaram pacientes desamparados pelo Estado (que repreendia e repreende quem usa *Cannabis*, independente do motivo) do governo (atual governo não acredita serem confiáveis estudos científicos internacionais e opinião de líderes de outras nações para validar o uso de *Cannabis* medicinal); da maior parte dos médicos tradicionais (Conselho Federal de Medicina não reconhece a eficácia do uso de *Cannabis* medicinal em casos que não sejam de epilepsia refratária) e de boa parte da população que desconhece o potencial medicinal da planta. Portanto, estes pacientes foram deixados à deriva, e, ironicamente, foram resgatados por alguns dos sujeitos mais combatidos nesta “guerra às drogas”: os usuários para fins recreativos.

No início do século XXI, a planta ainda se encontra proibida na maior parte dos países, mas as regulamentações gradualmente se modificaram para facilitar o acesso medicinal aos tratamentos envolvendo a planta e, em alguns países, também o acesso para usos recreativos, sociais e ritualísticos.

No Brasil, as mudanças regulamentares em relação aos tratamentos envolvendo derivados da *Cannabis* iniciaram em 2014. No início daquele ano, dois processos impulsionaram as mudanças:

- 1) A partir de um mecanismo institucional de participação popular conhecido como “E-cidadania”, uma ideia legislativa que sugeria a criação de uma regulamentação para o uso medicinal, recreativo e industrial da *Cannabis* chegou ao senado e culminou com a elaboração de um relatório final que recomendava o seguimento de um grupo de trabalho e estudos para elaborar um projeto de lei para o uso medicinal da *Cannabis*;
- 2) A justiça deu ganho de causa para uma família e obrigou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a permitir a importação de um remédio produzido a partir da planta, mesmo sem registro no Brasil já que a paciente com epilepsia refratária não apresentava benefícios com o uso de outros medicamentos disponíveis no país.

Esses dois marcos impulsionaram as mudanças que viriam a seguir acerca da regulamentação envolvendo a *Cannabis* medicinal. A partir desse caso inicial em que a justiça interveio sobre as decisões da ANVISA, ocorreu grande repercussão nacional na mídia inclusive com a estreia do documentário intitulado “Illegal” que descreveu a trajetória da família da paciente Anny Fischer para a importação da medicação que mudaria a saúde da mesma. A partir desse caso, a ANVISA estabeleceu uma burocracia específica para casos semelhantes que cresceram de forma exponencial.³⁸

Logo em seguida, em janeiro de 2015, a agência removeu o canabidiol da lista de substâncias proibidas e o incluiu na lista de substâncias sujeitas a controle especial. Já em 2016, a ANVISA é mais uma vez obrigada pela justiça a ampliar o acesso a outros produtos derivados da maconha, permitindo, após solicitação por pessoa física em casos excepcionais de saúde, à importação de produtos contendo não só o CBD, mas também o THC. Nesse mesmo ano, a agência retirou o THC da lista de substâncias proibidas e abriu espaço para a entrada de uma variedade maior de produtos importados no país.^{38,39}

Nos anos que se sucederam, ficou cada vez menos burocrático o processo de importação de produtos obtidos a partir da planta e assim, cada vez mais, familiares e pacientes conseguiam acesso para tratar condições de saúde incapacitantes e refratárias. De maio de 2015 a novembro de 2016 foram emitidas aproximadamente 1500 autorizações para importação e em 2022 o número total de autorizações já somava em torno de 150 mil processos.⁴⁰

Contudo, mesmo com a desburocratização, o acesso a essas medicações se tornava limitado em virtude do alto custo. Custear naquela época um tratamento a partir de produtos importados de *Cannabis* girava em torno de 2.000,00 reais ou mais, afastando a maior parte da população brasileira dessa opção terapêutica promissora. Além disso, o tempo longo para a obtenção da autorização e para a importação dos produtos também acabava sendo um empecilho para os pacientes e familiares que já não suportavam mais sentir e ver o sofrimento provocado pelas condições clínicas mais variadas.³⁹

Em vista desses descompassos entre a urgência de saúde dos pacientes e as barreiras burocráticas e financeiras que lentificam o processo de importação e encarecem os custos do tratamento canabinoide, foram surgindo outros meios para tratar a saúde a partir das propriedades da maconha. Aos poucos, pacientes e familiares buscavam o autocultivo (cultivo caseiro), a obtenção de óleos de *Cannabis* artesanais do mercado ilegal ou a obtenção de óleos produzidos a partir de associações de cultivo.^{41,42}

Como exemplo, no ano de 2016 três famílias de pacientes obtiveram de forma inédita salvo-condutos judiciais preliminares (Habeas corpus) que permitiram a manutenção de seus cultivos caseiros para a produção própria de óleos artesanais para o tratamento de seus filhos. Esses casos de certa forma abriram os caminhos e indicaram uma estratégia jurídica que foi seguida por outras famílias. No entanto, justamente pelo preconceito construído em relação à planta, abordar o autocultivo de *Cannabis* em casa enfrenta entraves não só jurídicos, mas fortemente morais, o que interfere nas decisões finais dos tribunais.³⁷

Outro caminho para a obtenção de tratamentos envolvendo derivados da *Cannabis* são os cultivos associativos. A união de diversos pacientes e familiares que necessitam de tratamentos envolvendo a planta tem ocorrido nas principais cidades brasileiras desde meados de 2014. Esses grupos inicialmente tratam do assunto, realizam o acolhimento e a orientação para outros familiares das formas disponíveis de obtenção e, em alguns casos, iniciam de forma ilegal cultivos coletivos da planta. Com o tempo, esses grupos podem solicitar na justiça a obtenção de um salvo-conduto ou Habeas corpus coletivo que regulamente o cultivo e proteja juridicamente a associação.

Atualmente existem centenas de associações de cultivo sem fins lucrativos espalhadas pelo Brasil que realizam o cultivo, a extração e a dispensação do óleo, mas só poucas delas apresentam respaldo jurídico para plantar e produzir o óleo a partir da maconha.³⁷

Como exemplo, temos em João Pessoa a Associação Brasileira de Apoio à *Cannabis* Esperança (ABRACE) que iniciou seus trabalhos de forma singela em meados de 2014. Com o passar dos anos, a associação crescia em números de pacientes associados e,

proporcionalmente, em tamanho de cultivo e produção dos óleos medicinais. Apenas em 2017 a associação recebeu a decisão judicial favorável para fins de cultivo coletivo e fornecimento de óleo para seus associados sendo a primeira associação do Brasil a ter respaldo jurídico pleno.³⁷ Em agosto de 2024 a ABRACE contava com mais de 50 mil cadastros ativos de pacientes de todo o Brasil sendo que aproximadamente 5 mil destes apresentavam o diagnóstico de TEA ou de outros transtornos globais do neurodesenvolvimento.⁴³

Além da ABRACE, só no município de João Pessoa encontramos outras três associações de pacientes que realizam tratamentos envolvendo a *Cannabis*: A liga canábica, Associação Jardim e a Associação Canábica Florescer (ACAFLOR). Destas, apenas a última já conseguiu o salvo-conduto coletivo que garante o respaldo jurídico para o plantio da *Cannabis*.

A desobediência civil que a maioria das associações espalhadas pelo Brasil se enquadram tem um sentido claro. Segundo Reed (2023):

Trata-se de não obedecer a uma regra do ornamento jurídico do país com o objetivo de mostrar publicamente que ela é injusta e levar os legisladores a modificá-la. Nesse sentido, o ato desobediente é acompanhado de justificativas que comprovem que ele é legítimo e justo sob o ponto de vista ético de onde resulta seu caráter civil.

Segundo Azevedo (2020):

Infelizmente, nem sempre a compreensão do magistrado julgador contribui para tal entendimento. Nesses casos, a falta de conhecimento sobre o tema tem imenso impacto na vida daqueles que dependem de uma decisão judicial progressista. O lema das associações “Não espere precisar para apoiar.”, nem sempre é compreendido.

Entre meados de 2014 e 2019, o uso dessa terapêutica pelo Brasil cresceu de forma exponencial, seja por meio da importação seja por meio das associações de cultivo, pressionando a sociedade para que reformulações ocorressem. Em dezembro de 2019, a ANVISA publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 327/2019 que autoriza a fabricação e a importação de produtos à base de *Cannabis* para fins medicinais, além de estabelecer requisitos para a comercialização, a prescrição, a dispensação, o monitoramento e a fiscalização desses produtos. A partir desse momento, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária autoriza a comercialização de produtos derivados da *Cannabis* produzidos pela grande indústria farmacêutica em farmácias convencionais espalhadas por todo o país. Esse marco foi um avanço gigante e amplia as formas de acesso. Contudo, a mesma RDC não autorizava em nenhuma ocasião o cultivo da *Cannabis* em solo brasileiro de tal modo que a indústria farmacêutica dependia unicamente da importação dos insumos para a produção dos

medicamentos à base de *Cannabis* no Brasil. Dessa forma, essas medicações chegam às farmácias com custos elevados, perpetuando barreiras de acesso para o tratamento canabinoide.⁴⁴

Mais recentemente, em janeiro de 2026, a ANVISA publicou três novas RDCs que vão entrar em vigor em agosto desse ano e trazem regras que flexibilizam os entraves relacionados à planta.

A RDC 1.012/2026 apresenta especificações e traça os requisitos de segurança e controle necessários para a concessão de autorizações especiais para que as instituições de ensino possam cultivar a *Cannabis* com foco na realização de pesquisas.⁴⁵

Já a RDC 1.013/2026 dispõe sobre os requisitos de rastreabilidade, controle e segurança necessários para o cultivo da planta em território nacional por parte da grande indústria farmacêutica. Esse cultivo será destinado à produção de insumos que serão direcionados para a fabricação de medicamentos derivados da *Cannabis*.⁴⁶

Por fim, a RDC 1.014/2026 estabelece o instrumento específico para as associações de cultivo sem fins lucrativos. Essa resolução institui um ambiente regulatório experimental na qual associações de cultivo cadastradas serão acompanhadas de perto durante um período de até 5 anos. Esse processo visa entender os riscos sanitários associados a essas atividades e buscar formas de garantir qualidade e segurança clínica para os produtos derivados da planta produzidos por essas associações. Além disso, esse ambiente regulatório experimental visa entender as diversas possibilidades de arranjos técnicos, produtivos e operacionais, em pequena escala e fora do modelo industrial, com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão regulatória futura direcionada especificamente para as associações de cultivo sem fins lucrativos.⁴⁷

Assim, a ANVISA busca se atualizar diante da crescente busca por essa opção terapêutica seja por meio da importação, da compra em farmácias convencionais ou da obtenção através das associações de cultivo sem fins lucrativos.

De uma forma geral, essas são, atualmente, as formas encontradas no Brasil para a obtenção de medicações ou formulações à base de *Cannabis* (quadro 1).

Todas essas formas de obtenção de formulações à base de derivados da *Cannabis* apresentadas na quadro 1 podem apresentar bons resultados terapêuticos para uma infinidade de condições clínicas tais como dor crônica, ansiedade, depressão, epilepsia, distúrbios inflamatórios, entre outros. Afinal, relatos históricos das antigas civilizações chinesas, indianas e egípcias, por exemplo, já demonstram importantes efeitos terapêuticos com o uso de extratos ou óleos de maconha produzidos de forma extremamente rudimentar.

Quadro 1: Formas de acesso no Brasil aos derivados da *Cannabis* para uso medicinal

Formas legais de obtenção de derivados da <i>Cannabis sativa</i>	Importação
	Compra em farmácias convencionais
	Autocultivo (produção caseira) com Habeas corpus
	Obtenção em associação de cultivo com salvo-conduto para o plantio
Formas ilegais de obtenção de derivados da <i>Cannabis sativa</i>	Autocultivo (produção caseira) sem Habeas corpus
	Obtenção em associações de cultivo que não possuem salvo-condutos para o plantio
	Obtenção de <i>Cannabis</i> in natura através do mercado ilegal para a produção caseira do óleo
	Obtenção do óleo de <i>Cannabis</i> elaborado no mercado ilegal

Fonte: Elaborada pelo autor (2026)

Além dessas diversas formas de obtenção encontradas atualmente no Brasil, uma questão secundária em relação ao acesso a esses produtos é a sua forma de custeio. Como citado anteriormente, a obtenção dos medicamentos à base de *Cannabis* através de importação ou através de compra em farmácias convencionais apresentam um custo elevado que dificulta o acesso a esse tipo de tratamento para boa parte da população brasileira que necessita dele. As associações canábicas de pacientes sem fins lucrativos aparecem, então, como uma opção para democratizar o acesso.

A ABRACE, por exemplo, cobra de seus associados uma taxa anual de manutenção e o valor de seus óleos medicinais. Todas essas verbas arrecadadas servem para arcar com os custos do cultivo, fabricação e dispensação dos medicamentos. Os lucros remanescentes são destinados a um programa de isenção próprio que fornece descontos ou isenções totais de custos para pacientes que comprovem baixa-renda ou hipossuficiência. Segundo dados da própria associação, atualmente o programa de isenção atende quase 15 mil pacientes e apresenta uma grade fila de espera.⁴³

Mesmo produzindo medicamentos com qualidade a um preço mais acessível, as associações canábicas de pacientes não conseguem atender à uma demanda enorme de pacientes de baixa renda que necessitam de tratamentos envolvendo derivados da planta. Nesse caso, muitas vezes os pacientes e familiares acabam por requerer à processos de judicialização para que o tratamento com a *Cannabis* medicinal seja custeado pelo Estado. A judicialização na saúde, expõe a dualidade entre lidar com um grande sistema de saúde com suas limitações orçamentárias e a obrigação constitucional do Estado em garantir uma saúde integral para todos.

Nos casos de acesso ao judiciário para pleitear o fornecimento de fármacos não disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como é o cenário atual dos fármacos canábicos, o papel das Defensorias Públicas espalhadas pelo Brasil se mostra essencial, principalmente para o amparo de pacientes e familiares em maior situação de vulnerabilidade econômica.³⁷

O aumento de ações judiciais contra o estado para fornecer ou custear medicamentos não disponibilizados pelo (SUS) é uma realidade e confere dois grandes desafios:

- 1) Deslocamento de recursos da saúde para o acesso individual a medicamentos, em vez de políticas amplas;
- 2) Desafios para os entes públicos responsáveis pelo atendimento das demandas judiciais.

Dentre as estratégias possíveis para resolver o excesso de processos de judicialização na área de saúde relacionados aos derivados da *Cannabis*, uma das principais seria a criação de políticas públicas claras que consigam facilitar o acesso a terapêutica canabinoide para aqueles que mais precisam dela. Atualmente não existe um consenso federal que trate do assunto de acesso aos derivados da *Cannabis*, mas em alguns estados brasileiros protocolos próprios já foram criados. Como exemplo, em 2024 no estado de São Paulo foi criado um protocolo de acesso aos derivados da *Cannabis* através do SUS para aqueles pacientes com epilepsias refratárias. Esse mesmo protocolo foi recentemente ampliado na cidade de São Paulo para atender à outras condições como dor crônica, doenças reumatológicas, neurológicas e transtornos do comportamento. Em Sergipe, um protocolo pioneiro estabeleceu critérios para que pacientes com Transtorno do Espectro Autista e comportamento agressivo refratário ao tratamento convencional consigam acessar produtos derivados da *Cannabis* através da rede pública de saúde estadual.^{48, 49}

Esses são exemplos pontuais de políticas públicas que visam facilitar o acesso à essa terapêutica. Contudo, inexistente uma legislação federal que trate do assunto ou mesmo iniciativas semelhantes nos demais estados brasileiros de tal forma que a grande maioria dos pacientes que necessitam dessa terapêutica irão depender do custeio próprio ou de processos de judicialização. Nesse sentido, precisa-se pensar acerca do acesso universal à *Cannabis* medicinal para pacientes e familiares que necessitem desse recurso terapêutico.

O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E A *CANNABIS* MEDICINAL

O transtorno do espectro autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizada por prejuízos em diversos aspectos da comunicação e interação social. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), as pessoas com esse transtorno também apresentam padrões repetitivos e restritos de comportamento, atividades ou interesses.⁵⁰

Além do prejuízo na comunicação e na interação social e da existência de padrões mais repetitivos e restritos, os pacientes com essa condição costumam apresentar uma série de sintomas associados como: hiperatividade, inquietação, auto e heteroagressão, ansiedade e distúrbios do sono.⁵¹

A apresentação clínica é totalmente individual haja visto que cada paciente irá apresentar níveis diferentes de comprometimento da comunicação e interação social e sintomas secundários diversos. Devido a essa grande variabilidade de apresentações, a condição recebeu o termo de “espectro”. Segundo o *The American Heritage Dictionary of the English Language*, o termo se refere a uma condição que não se limita a um conjunto específico de valores, mas pode variar, sem lacunas, através de um *continuum*.

De acordo com o DSM-5, os indivíduos com TEA podem ser agrupados em três categorias diferentes a depender do nível de suporte que necessitam de terceiros ao longo de suas rotinas:

- TEA nível 1 de suporte são aqueles que necessitam de um suporte mínimo principalmente quando são desafiados por mudanças de rotina ou por situações sociais mais complexas;
- TEA nível 2 de suporte são aquelas que necessitam de um suporte substancial de terceiros pois apresentam uma limitação mais severa na interação social com presença de uma rigidez cognitiva mais evidente;
- TEA nível 3 de suporte são aqueles que necessitam de um suporte muito substancial de outras pessoas de forma contínua e ininterrupta em praticamente todas as áreas da vida.⁵⁰

Assim, o espectro pode variar de indivíduos que apresentam apenas alguns traços autistas, mas que não se enquadram no TEA devido à falta de comprometimento em suas vidas a indivíduos totalmente dependentes de terceiros como é o caso dos pacientes com TEA nível 3 de suporte. Essa grande variabilidade dificulta o diagnóstico e a abordagem terapêutica que precisa ser totalmente individualizada.⁵³

Essas características e sintomas associados causam prejuízos diretos e indiretos para os pacientes e favorecem a exclusão social, provocando um ciclo que a longo prazo provocará um isolamento progressivo e limitação das capacidades de inclusão em múltiplas esferas sociais. Além disso, os cuidadores também são afetados a depender do nível de gravidade do transtorno e das necessidades de cuidado que cada indivíduo apresenta.⁵⁴

Desde o diagnóstico, os pais e cuidadores diretos das crianças com TEA sofrem com a frustração e com a quebra de expectativa em relação às crianças com o desenvolvimento típico.

Com o passar dos anos, a função de cuidar acaba por modificar totalmente a dinâmica familiar, causando problemas conjugais e individuais para os cuidadores. Os pais e responsáveis são obrigados, muitas vezes, a abandonar suas atividades profissionais e sociais, seu lazer e seu autocuidado. Assim, níveis elevados de sobrecarga e estresse além de sintomas ansiosos e depressivos são extremamente comuns em cuidadores de crianças com TEA, em especial nas mães.⁵⁵

Ainda não existem causas definidas que expliquem essa condição do neurodesenvolvimento. Dessa forma, os estudos apontam que o TEA apresenta uma origem multifatorial com interação de vários fatores genéticos e ambientais.⁵⁶ De toda forma, estudos epidemiológicos demonstram um aumento na prevalência do transtorno com números crescentes ao longo dos anos. Um desses estudos envolvendo nove países estimou em 2012 uma prevalência média de sessenta e dois indivíduos com TEA a cada 10.000 habitantes.⁵⁷ De acordo com os estudos realizados pelo *Centers for Disease Control and Prevention* americano, a prevalência estimada vem crescendo ao longo dos últimos anos e atualmente é de um caso para cada trinta e uma crianças.⁵⁸ Esse aumento tão significativo dos casos pode ser explicado tanto pelo maior acesso à informação e diagnóstico como também por possíveis fatores ambientais e genéticos ainda não confirmados que podem corroborar para o surgimento do TEA.

O diagnóstico de TEA não é simples. Como o espectro é muito variável, o diagnóstico depende de uma avaliação multiprofissional, não existindo exame laboratorial ou de imagem que possa confirmá-lo. Além disso, frequentemente os pacientes com TEA apresentam comorbidades que individualizam ainda mais o quadro clínico, como deficiência intelectual, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, transtornos do humor, sintomas psicóticos e epilepsia. Devido à grande variabilidade clínica, o tratamento deve ser totalmente individualizado.⁵⁹

Em razão do TEA afetar diferentes esferas como a linguagem, o comportamento, a motricidade, entre outros, o tratamento não farmacológico deve ser multidisciplinar podendo ser necessário o seguimento por fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros.⁶⁰

Não existem tratamentos farmacológicos totalmente descritos e aceitos na literatura que provoquem melhora em aspectos da comunicação e interação social ou que ajudem os pacientes com TEA a serem mais flexíveis diminuindo os padrões repetitivos e restritos de comportamento, atividades ou interesses. Dessa forma, as terapêuticas medicamentosas

descritas não interferem positivamente nas principais características do TEA descritas no DSM-5.⁶¹

Por outro lado, os tratamentos existentes buscam melhorar apenas os sintomas associados como a hiperatividade, inquietação, agressividade, ansiedade e distúrbios do sono. Na maioria dos casos a terapia medicamentosa baseia-se no uso de antipsicóticos atípicos como a Risperidona e o Aripripazol que buscam melhorar os sintomas de inquietação, agressão e insônia. Em alguns casos também costumam ser usados inibidores seletivos da recaptação de serotonina ou outros tipos de ansiolíticos para combater sintomas relacionados à ansiedade.^{62,63,64} No entanto, uma boa parte dos pacientes não respondem de forma satisfatória com o uso das terapias medicamentosas em doses otimizadas.⁵⁴

Além de não abordarem as questões centrais do TEA, e de, em muitos casos, não mostrarem respostas adequadas às necessidades, essas classes terapêuticas costumam associar-se a uma série de efeitos colaterais como: nefropatia, hepatopatia, ganho de peso, algumas síndromes metabólicas, entre outros.⁶⁵ Dessa forma, torna-se fundamental buscar novas possibilidades terapêuticas efetivas e seguras para tratar pacientes com TEA e, assim, melhorar a qualidade de vida tanto dos pacientes como de seus cuidadores.

Nos últimos anos vem ganhando espaço na literatura médica o uso de derivados da *Cannabis* para o tratamento de diversas enfermidades refratárias às terapias convencionais como epilepsias refratárias e dor crônica de difícil controle. Essa planta e seus mais diversos efeitos terapêuticos já eram descritos em livros históricos da medicina tradicional chinesa há aproximadamente 2700 anos a.C. e passou a receber olhares da medicina ocidental moderna a partir da década de 1960 com estudos que conseguiram isolar algumas das principais substâncias ativas presentes na planta como o CBD e o THC.¹²

Nas décadas seguintes outros estudos identificaram a presença de receptores específicos que podem ser ativados por algumas das substâncias ativas presentes na planta. Em seguida, foram descobertos alguns ligantes endógenos que interagem com esses mesmos receptores e a partir desse momento foi se elucidando um novo sistema endógeno conhecido como sistema endocanabinoide. Esse sistema está presente em praticamente todo o organismo e é responsável, de uma forma geral, por promover uma ação regulatória em busca da homeostase.⁶⁶

O sistema endocanabinoide exerce grande influência sobre o desenvolvimento e funcionamento cerebral. Através da interação entre os receptores CB1 e CB2, os ligantes endógenos AEA e 2-AG e algumas enzimas de síntese e degradação, o sistema endocanabinoide pode modular respostas socioemocionais, cognição, suscetibilidade a convulsões, nocicepção e plasticidade neuronal. Todos esses aspectos podem ser afetados pelo TEA.⁶⁷

Estudos clínicos envolvendo pesquisas tanto em modelos animais quanto em seres humanos, demonstraram que o sistema endocanabinoide é um alvo potencial para o tratamento do autismo, porém os mecanismos de ação ainda são desconhecidos. Entre as diversas teorias que tentam explicar aspectos da fisiopatologia do TEA encontra-se o estado inflamatório mediado por diversas citocinas. Esse estado pró-inflamatório reflete no sistema nervoso central de crianças com TEA como inflamação crônica de baixa intensidade. Nesse aspecto, a ativação de receptores CB2 pode modular a resposta inflamatória ao reduzir a liberação de citocinas pró-inflamatórias como o IL-6 e o TNF-alfa.⁶⁸

Existem evidências que sugerem que níveis baixos de AEA podem estar associados a sintomas presentes no TEA e, além disso, um estudo clínico foi capaz de demonstrar níveis baixos de AEA em crianças com TEA quando comparadas ao grupo de crianças sem o transtorno. Essas evidências demonstram que estimular os receptores de AEA através do uso dos fitocanabinoides presentes na planta pode ser uma estratégia importante para o tratamento medicamentoso do autismo.⁶⁹

Silva Junior *et al.* (2022), em revisão sistemática levantaram estudos que investigaram o uso de derivados de *Cannabis*, como terapia alternativa em pessoas com TEA. Essa revisão demonstrou resultados promissores na melhora da interação social, linguagem, cognição, atenção, e sensibilidade sensorial com o uso de derivados da *Cannabis*. Além disso, os estudos também demonstraram bons resultados no controle de sintomas associados como auto e heteroagressividade, hiperatividade, ansiedade e distúrbios do sono. Ademais, observou-se maior segurança em relação aos efeitos colaterais quando comparado às terapêuticas convencionais com psicotrópicos.⁷⁰

Posteriormente, Silva Junior *et al.* (2024) conduziu um ensaio clínico duplo-cego, randomizado, placebo-controlado que buscou avaliar ao longo de 12 semanas a eficácia e segurança do uso do óleo de *Cannabis* rico em CBD na concentração de 5mg/ml em crianças de 5 a 11 anos com TEA. Esse estudo também demonstrou melhora em relação à interação social e à sintomas secundários de agitação psicomotora, inquietação e ansiedade. Por fim, o tratamento foi considerado seguro já que apenas 3 em 31 crianças apresentaram efeitos colaterais leves de tonturas, insônia, cólicas e ganho de peso.⁷¹

Nos últimos anos o uso de derivados da *Cannabis* no TEA já está sendo empregado na prática clínica por uma série de médicos. Essa abordagem é extremamente válida em virtude da insuficiência de respostas alcançadas pelas terapêuticas convencionais e da eficácia e segurança demonstrada tanto pela revisão sistemática como pelo ensaio clínico desenvolvido por Silva Junior *et al.* em 2022 e em 2024, respectivamente.

No estado da Paraíba, essa estratégia terapêutica ganha mais importância quando nos deparamos com a alta prevalência do TEA e com a baixa capacidade instalada dos serviços públicos como a Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência (FUNAD) em absorver toda a demanda e fornecer terapias multiprofissionais como a fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional, tão importantes para estimular o neurodesenvolvimento e a adaptação de crianças com TEA às necessidades inerentes da sociedade. De acordo com reportagem do Jornal da Paraíba de março de 2023, a FUNAD atendia na época cerca de 400 pessoas com TEA na Paraíba. No entanto, outras 800 pessoas ainda aguardavam na fila de espera da instituição e estimativas apontavam que no estado da Paraíba como um todo existiam outras 4.000 pessoas diagnosticadas com a condição.⁷²

Além disso, atualmente segue em discussão a elaboração de estratégias para incorporar e favorecer o acesso de pessoas que necessitem de tratamentos envolvendo derivados da *Cannabis* através do SUS. Ainda não existe um consenso estabelecido por entidades federais como o Ministério da Saúde e inexistente legislação federal sobre o tema, mas alguns estados individualmente já aprovaram leis que buscam facilitar de forma gratuita o acesso dos pacientes à tratamentos alternativos envolvendo a *Cannabis*.⁴⁸ Na Paraíba, por exemplo, ainda não existe nenhuma lei que facilite a obtenção gratuita desse tipo de tratamento através do SUS e, dessa forma, os pacientes de baixa renda que não apresentam condições para a aquisição de tais medicações necessitam entrar com pedidos judiciais específicos ou recorrer à programas sociais limitados das associações de cultivo.

A partir da compreensão de que é papel do SUS garantir o direito universal à saúde dos brasileiros, torna-se clara a necessidade de fortalecer as evidências científicas atuais que tratam da relação do TEA com os derivados da *Cannabis*. Assim, é preciso compreender melhor o perfil social, econômico e demográfico dos pacientes com TEA que fazem uso medicinal de derivados da *Cannabis*. Além disso, é preciso avaliar a resposta terapêutica que esses indivíduos vêm apresentando e pesquisar os eventuais efeitos colaterais para entender qual a segurança clínica do uso desse tipo de tratamento em crianças com TEA. Por fim, torna-se crucial entender quais foram os meios e as dificuldades encontradas por essas famílias para o acesso ao tratamento utilizando derivados da *Cannabis*.

Dessa forma, além de fortalecer as evidências científicas atuais, forneceremos informações cruciais para que leis ou protocolos clínicos que tratem do acesso a tratamentos envolvendo a *Cannabis* através do SUS possam ter um embasamento mais robusto e atender às necessidades de pacientes, familiares e cuidadores que são afetados pelo TEA.

JUSTIFICATIVA

No início da juventude, me chamava a atenção a dualidade de discursos e visões existentes em relação à *Cannabis*. De um lado, a planta proibida e perseguida pela guerra às drogas era vista como algo que poderia trazer grandes riscos para a saúde dos usuários e grandes atrasos para o desenvolvimento acadêmico e profissional dos mesmos. Por essa visão, o uso da maconha estava sempre associado a pessoas desinteressadas pelos estudos ou pelo trabalho e que viveriam inseridas em uma condição de vida insatisfatória e marginalizada pela sociedade. Do outro lado, à medida que crescia e passava a conhecer mais pessoas de diversos grupos e recortes sociais diversos, também passava a perceber que boa parte dessas pessoas (muitas delas bem-sucedidas acadêmica e profissionalmente) faziam uso recreativo dessa planta e traziam consigo um discurso positivo em relação a ela com frases como “prefiro fumar maconha nos finais de semana do que sair para beber” ou como “a maconha me acalma e me ajuda a controlar a ansiedade e dormir”.

Durante a graduação de medicina na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), essa dualidade de discursos se acentuou, pois ao mesmo tempo em que muitos dos meus professores criticavam o uso em qualquer esfera dessa planta e tratavam ela de forma pejorativa e preconceituosa, outros poucos já traziam ideias advindas de pesquisas mais recentes que demonstravam que a planta poderia ser benéfica para o tratamento de condições clínicas bem diversas como epilepsia e dor crônica. Próximo ao final do curso, tinha certeza que pesquisar sobre um tema de interesse pessoal ajudaria a trazer mais leveza ao peso dado ao trabalho de conclusão de curso. Dessa forma, decidi que minha pesquisa envolveria o estudo da maconha e apoiado pela Professora Doutora Katy Lísias Gondim Dias de Albuquerque do Departamento de Ciências Biomédicas da UFPB que já estudava acerca da planta, consegui desenvolver um estudo clínico avaliando o potencial terapêutico das pomadas à base da *Cannabis sativa* no tratamento da Epidermólise Bolhosa, uma doença dermatológica rara e de grande impacto. Esse trabalho de conclusão de curso trouxe resultados inovadores e promissores para o tratamento dessa doença e me impulsionou e incentivou para continuar pesquisando mais acerca da planta.

Durante a pós-graduação na residência de Medicina de Família e Comunidade pela UFPB, comecei a acompanhar algumas crianças com TEA que não apresentavam um bom controle clínico mesmo em uso das medicações convencionais. Lembrei da colaboração que realizei na revisão sistemática do Professor Doutor Estácio Amaro da Silva Junior do Departamento de Medicina Interna da UFPB que uniu diversas pesquisas clínicas envolvendo o uso de derivados da *Cannabis* em pacientes com TEA e demonstrou resultados promissores.

Continuei pesquisando acerca do tema e, através de decisão compartilhada com os pais dessas crianças, realizei a prescrição de óleos a base da *Cannabis*.

Lembro da primeira vez que prescrevi o óleo de *Cannabis* para o controle do TEA. Tratava-se de duas crianças gêmeas com seis anos de idade que apresentavam agressividade e hiperatividade refratárias às medicações convencionais. Na primeira consulta, a mãe delas foi me chamar dentro do consultório referindo que suas filhas já haviam chegado, mas que, devido à agressividade e hiperatividade, não conseguiram, sequer, descer do carro para adentrar na Unidade Básica de Saúde. Sai do consultório e realizei essa primeira consulta no banco de trás do carro, junto com as gêmeas que praticamente não paravam de gritar e de se agredir mutuamente. Realizei a prescrição do óleo e orientei um retorno breve.

No retorno após algumas semanas, me surpreendi ao ver as gêmeas muitos mais calmas e concentradas, entrando caminhando na Unidade Básica de Saúde e atendendo aos comandos ao me dar as mãos para que eu as guiasse até o consultório. Agora com elas dentro do consultório, pude perceber toda a evolução obtida em poucas semanas, realizar pequenos ajustes terapêuticos e iniciar o desmame de algumas medicações convencionais que estavam associadas a um ganho de peso excessivo naquelas crianças. A surpresa foi enorme para mim e para a mãe que passou a recomendar o meu trabalho para outras mães de crianças com TEA. Desde então, tenho acompanhado diversas famílias de crianças autistas e percebido os grandes benefícios que o tratamento com o óleo de *Cannabis* pode trazer para dentro desses lares. Sendo assim, questiona-se: como seriam os itinerários terapêutico dessas famílias? Quais as maiores dificuldades encontradas no processo? Quais foram os benefícios alcançados com o uso de derivados da *Cannabis*?

Dessa forma, quando vislumbrei a possibilidade de ingressar no mestrado profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), veio-me à mente a possibilidade de me aperfeiçoar profissionalmente e continuar avaliando na prática os detalhes do tratamento envolvendo derivados da *Cannabis* para crianças com TEA, mas agora de forma mais técnica e permeada por bases acadêmicas e científicas.

Além disso, estudar as dificuldades encontradas por essas famílias para alcançar a prescrição individualizada do tratamento canabinoide e entender quais os principais benefícios que essa opção terapêutica tem trazido para dentro desses lares é de suma importância para nortear futuras discussões acerca do acesso universal à *Cannabis* medicinal através do SUS.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Compreender, por meio de abordagem majoritariamente qualitativa, os itinerários terapêuticos dos pacientes com TEA que fazem uso de derivados da *Cannabis sativa* na Paraíba, a partir de entrevistas em profundidade com familiares e/ou cuidadores, focando a análise sobre o acesso aos derivados da *Cannabis sativa* e às experiências de cuidado no contexto das redes de atenção à saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os itinerários terapêuticos de pacientes com TEA, reconstruindo os percursos de cuidados a partir dos relatos obtidos em entrevistas com familiares e/ou cuidadores;
- Interpretar as experiências de cuidado vivenciadas por familiares e/ou cuidadores, explorando sentimentos, práticas, saberes e estratégias construídas ao longo dos itinerários terapêuticos;
- Entender as formas de acesso aos derivados da *Cannabis sativa* como recurso terapêutico e quais foram as dificuldades encontradas no processo, com base nos discursos dos participantes;
- Avaliar quais benefícios foram alcançados para os pacientes e seus familiares após o início da terapia envolvendo derivados da *Cannabis sativa*.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional de caráter descritivo e análise quali-quantitativa que avaliou através dos relatos, os itinerários terapêuticos de crianças com TEA compreendendo desde a identificação dos primeiros sintomas, ao acesso às terapias envolvendo derivados da *Cannabis*. Além disso, também foram avaliados de forma retrospectiva os benefícios globais e a resposta terapêutica específica em relação aos sintomas comuns ao TEA após o início da terapia canabinoide. Essa análise foi elaborada a partir de dez relatos dos pais que acompanharam todo o processo desde a percepção dos primeiros sintomas, até as decisões terapêuticas relacionadas ao tratamento de seus filhos.

Os itinerários terapêuticos compreendem todos os caminhos percorridos pelos usuários em busca de saúde em seu sentido mais amplo. Além de descrever bem os caminhos, também foram relatados nas entrevistas quais foram as maiores dificuldades e os principais pontos positivos no processo de busca de uma saúde mais integral. Os relatos foram avaliados de forma global, sem restrições e incluíram as subjetividades durante o processo para representarem de forma mais fidedigna possível às realidades na busca dos cuidados em saúde.⁷³

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra da pesquisa foi selecionada por conveniência, constituída por cuidadores de crianças com TEA que fazem uso de derivados da *Cannabis*. Dos dez cuidadores principais requisitados através de aplicativos de mensagens, todos decidiram participar da pesquisa. No total, foram entrevistados nove mães e um pai que representam catorze crianças com TEA. Destas catorze crianças avaliadas, treze fazem uso de derivados da *Cannabis*. As dez entrevistas foram enumeradas de acordo com a ordem cronológica em que ocorreram. As entrevistas cinco, seis, sete e nove abordaram a história de irmãos com TEA justificando o fato de o número de crianças avaliadas ser maior do que o total de entrevistas realizadas. Vale ressaltar que as entrevistas de número um, três, quatro e seis foram realizadas com famílias cujos pacientes já se encontravam sob os meus cuidados médicos. A prescrição do tratamento canabinoide referente às crianças incluídas nessas quatro entrevistas foi realizada durante a prática da Residência de Medicina de Família e Comunidade. Foram justamente esses casos que me

motivaram a entender de forma mais profunda os itinerários terapêuticos desse perfil de famílias.

A população estudada seguiu os critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- Ser o cuidador principal de criança entre cinco a doze anos completos com o diagnóstico médico confirmado de TEA, conforme critérios clínicos reconhecidos pelo DSM-5;
- Ser o principal responsável direto pelo cuidado e pelas decisões terapêuticas da criança;
- Concordar em participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Ter acompanhado todo o processo antes e após o início do tratamento com derivados da *Cannabis*;
- Residir no estado da Paraíba.

Critérios de exclusão:

- Ter iniciado o tratamento da criança com derivados da *Cannabis* há menos de três meses;
- Ser o cuidador principal de criança com suspeita de TEA sem o diagnóstico formal registrado por profissional habilitado;
- Não ter aceitado participar da pesquisa ou assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Apresentar dificuldades significativas de comunicação que inviabilizem a realização da entrevista.

COLETA DE DADOS

Os cuidadores principais das crianças que seguiram os critérios acima foram convidados para uma entrevista presencial semiestruturada. As entrevistas ocorreram entre agosto e dezembro de 2025 e foram realizadas de forma domiciliar para trazer maior comodidade para o momento. Apenas a última entrevista, realizada com um pai de uma criança com TEA foi realizada no Centro de Atendimento ao Autista no bairro do Rangel em João Pessoa devido à dificuldade logística de conseguir visitá-lo em sua casa. No total, sete destas entrevistas foram realizadas no município de João Pessoa, uma no município de Alhandra, outra no município de Santa Rita e uma no município do Conde.

João Pessoa, capital da Paraíba, localiza-se no ponto mais oriental das Américas e apresenta uma população estimada de 897 mil habitantes de acordo com a estimativa referente a 2025 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Atualmente apresenta mais de duzentas Equipes de Saúde da Família em funcionamento e é a principal cidade da primeira macrorregião em saúde do estado que abrange outras sessenta e três cidades.⁷⁴

As cidades de Alhandra, Santa Rita e Conde também fazem parte da primeira macrorregião de saúde. A cidade de Santa Rita, com população estimada de 159 mil habitantes, é um município contíguo a João Pessoa com limites imperceptíveis fazendo parte da região metropolitana da grande João Pessoa. A cidade litorânea do Conde, com aproximadamente 30 mil habitantes, faz fronteira ao sul com João Pessoa enquanto o município de Alhandra, com apenas 23 mil habitantes, fica a aproximadamente 40 quilômetros da capital e apresenta um perfil mais rural.⁷⁵

No primeiro contato presencial, o pesquisador forneceu informações sobre a pesquisa e detalhou o TCLE. As entrevistas semiestruturadas foram norteadas por um roteiro que buscou guiar a conversa para assuntos essenciais relacionados à temática. Os entrevistados consentiram com a gravação dos áudios das entrevistas para uma posterior transcrição mantendo o relato de forma mais fidedigna possível e trazendo mais fluidez para o momento da coleta de dados. As entrevistas tiveram durações aproximadas de 90 minutos e todas ocorreram de forma acolhedora e humanizada sem intercorrências.

O molde de entrevista semiestruturada consegue mesclar a subjetividade e manter o relato fluido, sem, no entanto, fugir do tema e dos objetivos da pesquisa. As perguntas pensadas para a entrevista semiestruturada foram majoritariamente abertas e serviram como ancoramento ao tema e como estímulo para que as entrevistadas continuassem se aprofundando no tema e trazendo suas percepções e sentimentos envolvidos no processo.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Durante a realização das entrevistas, foi utilizado um roteiro pensado e estruturado para guiar a entrevista acerca dos principais temas que norteiam a vida dessas famílias, indo desde o surgimento dos primeiros sintomas sugestivos de TEA, até os resultados alcançados com a terapia canabinoide. Esse roteiro específico está detalhado no final deste trabalho (APÊNDICE A) e é dividido em quatro sessões principais:

- Sessão I: avaliação do perfil social, econômico e demográfico dos pacientes com TEA;

- Sessão II: diagnóstico de TEA e acesso ao tratamento convencional (medicamentoso e não medicamentoso);
- Sessão III: Acesso e tratamento com derivados da *Cannabis*;
- Sessão IV: resposta terapêutica com o uso de derivados da *Cannabis*.

Na sessão IV dessa ficha a avaliação da resposta terapêutica foi feita de forma retrospectiva através de uma escala envolvendo os principais sintomas presentes no TEA. O uso dessa escala foi necessário em virtude da ausência de instrumentos validados que se encaixem ao desenho retrospectivo proposto pelo estudo. Nessa escala estão contidos dez sintomas comuns ao TEA, sendo quatro sintomas primários e seis sintomas secundários. Em cada um desses dez sintomas é possível atribuir uma pontuação que vai de -5 à +5 e que representam, respectivamente, piora extrema em relação ao sintoma e melhora extrema em relação ao sintoma. A marcação “0” representa a ausência de melhora ou piora em relação ao sintoma. A escala é apresentada e explicada antes do seu preenchimento para que dúvidas por parte dos cuidadores não interfiram na obtenção dos dados. De forma recordatória, os cuidadores principais são orientados a referir e graduar se após o início do tratamento envolvendo os derivados da *Cannabis* ocorreu alguma mudança seja para melhor ou para pior em relação a cada um dos dez sintomas presentes na escala.

ANÁLISE DOS DADOS

Para estudos qualitativos, a história oral é fundamental para trazer a compreensão dos processos através das experiências e memórias individuais daqueles que enfrentaram o processo diretamente. A entrevista oral é fundamental nesse contexto, pois permite captar subjetividades, detalhes e nuances que outros métodos não proporcionam. Seus benefícios incluem a reconstrução retrospectiva de acontecimentos, a valorização da memória social e cultural, e o estabelecimento de uma relação mais próxima e empática entre pesquisador e entrevistado. Assim, a entrevista oral enriquece a compreensão da realidade social, contribuindo para uma análise mais aprofundada e humanizada dos fenômenos estudados.⁷⁶

Após a realização de cada entrevista, a gravação do áudio foi transcrita e avaliada sob a ótica do método da teoria fundamentada. Esse método consiste em um processo sistemático de coleta, análise e interpretação dos dados, permitindo que a teoria emergja diretamente das informações fornecidas pelos participantes. Ou seja, favorece com que a teoria seja construída e fundamentada a partir dos próprios dados coletados, sem se pautar diretamente em ideias ou teorias pré-existentes. Esse método é especialmente útil para compreender fenômenos

complexos e pouco explorados, pois sua abordagem indutiva favorece a descoberta de padrões, categorias e relações que refletem a realidade estudada, promovendo uma compreensão mais aprofundada e autêntica do tema.⁷⁷

O método da teoria fundamentada permite com que os dados coletados sejam codificados e agrupados em temáticas diferentes. Essa codificação parte do questionamento de forma analítica dos dados que coletados. Segundo Charmaz, “codificar significa nomear segmentos de dados com uma classificação de simultaneamente categoriza, resume e representa cada parte dos dados”. Após a codificação que selecionou as categorias temáticas que mais se destacam nos relatos das entrevistas, ocorreu a integração teórica com os conhecimentos pré-existentes na literatura.⁷⁷

Por outro lado, o fato de se embasar em entrevistas fragiliza em parte os resultados do trabalho, uma vez que envolve o viés de memória e de resposta, por depender do relato recordatório e da veracidade dos casos. Além disso, há o viés de seleção, pois todos os pacientes incluídos na pesquisa apresentaram boas respostas ao uso do óleo de *Cannabis* de tal forma que continuam a utilizar essa opção terapêutica, sem ser possível explanar uma contraposição comparativa à adoção da terapia canabinoide de forma complementar.

De toda forma, os dados obtidos através do preenchimento da escala contida na última sessão da entrevista semiestruturada trouxeram um componente quantitativo ao estudo. Esses dados relacionados à resposta terapêutica após o início do tratamento canabinoide foram agrupados e organizados. A partir das médias obtidas em relação a cada um dos dez sintomas avaliados na escala, foi possível identificar na visão retrospectiva dos pais quais aspectos obtiveram uma resposta mais expressiva com o uso de derivados da *Cannabis* e comparar com os dados clínicos preexistentes na literatura.

ASPÉCTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob CAAE: 88948625.0.0000.8069. Além disso, o estudo foi realizado com base em dados secundários, de forma a garantir a privacidade e a confidencialidade do paciente selecionado para compor o trabalho. Desse modo, assegurou-se a não utilização das informações obtidas na pesquisa em prejuízo do indivíduo, em consonância com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual estabelece os aspectos éticos da pesquisa em seres humanos.

Para realizar a coleta e a utilização das informações a partir do relato do pai e das mães, foi oferecido e explicado cautelosamente o TCLE (APÊNDICE B). Durante a apresentação do TCLE, foi solicitada a permissão para a gravação do áudio da entrevista para posterior transcrição. Assim, a formalização dependeu necessariamente da assinatura do TCLE pelos responsáveis das crianças. Visto que, o TEA pode afetar a capacidade decisória das crianças a depender do grau de comprometimento cognitivo e que todas as crianças avaliadas indiretamente nesse estudo através dos relatos dos pais não dispõem no momento da coleta de autonomia necessária ou da mínima capacidade de entendimento que o documento se propõe, não foi necessária a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) pelas crianças analisadas. De toda a forma, todos os entrevistados assinaram as duas vias do TCLE e permitiram a gravação do áudio das entrevistas. Os dados e informações coletadas seguiram o sigilo médico, e foi mantido o anonimato conforme está destacado no corpo do TCLE.

REFERÊNCIAS

- 1 REN, G. et al. Large-scale whole-genome resequencing unravels the domestication history of *Cannabis sativa*. **Sci Adv**, v. 7, n. 29, jul. 2021.
- 2 ALMEIDA, M. Z. **Plantas medicinais**. [s.l.] Salvador - Ba Edufba, 2016.
- 3 KALANT, H. Medicinal Use of *Cannabis*: History and Current Status. **Pain Res Manag**, v. 6, n. 2, p. 80–91, 2001.
- 4 QUEIROGA, A. H. F. **Uso de *Cannabis* de forma medicinal: conceitos e preconceitos na sociedade**. Orientador: Sisenando, H. A. A. A. C. N. 2022. 26p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia), Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.
- 5 MIKURIYA, T. H. Marijuana in medicine: past, present and future. **Calif Med**, v. 110, n. 1, p. 34–40, jan. 1969.
- 6 TOUW, M. The Religious and Medicinal Uses of *Cannabis* in China, India and Tibet. **J Psychoactive Drugs**, v. 13, n. 1, p. 23–34, jan. 1981.
- 7 MATHRE, M. L. ***Cannabis* in medical practice: a legal, historical, and pharmacological overview of the therapeutic use of marijuana**. Jefferson, N.C.: Mcfarland & Co, 1997.
- 8 SMITH, R. D. Avicenna and the Canon of Medicine: a millennial tribute. **West J Med**, v. 133, n. 4, p. 367–70, 1 out. 1980.
- 9 SCHULTES, R. E. *Cannabis* in Africa. **J Ethnopharmacol**, v. 10, n. 2, p. 257, abr. 1984.
- 10 RUBIN, V. ***Cannabis* and Culture**. [s.l.] Berlin, New York De Gruyter Mouton, 1975.
- 11 O'SHAUGHNESSY, W. B. On the Preparations of the Indian Hemp, or gunjah: *Cannabis Indica* Their Effects on the Animal System in Health, and their Utility in the Treatment of Tetanus and other Convulsive Diseases. **BMJ**, v. s1-5, n. 122, p. 343–347, 28 jan. 1843.
- 12 ZUARDI, A. W. History of *Cannabis* as a medicine: a review. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 28, n. 2, p. 153–157, jun. 2006.
- 13 GROTENHERMEN, F; RUSSO, E. ***Cannabis* and cannabinoids: pharmacology, toxicology, and therapeutic use**. New York: Haworth Integrative Healing Press, 2002.
- 14 RODRIGUES, T. Tráfico, guerras e despenalização. **Le Monde Diplomatique Brasil**, n. 26, p. 6-7, 2009.

- 15 FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: Nascimento da prisão**. Petropolis: Vozes, 2011.
- 16 BARROS, A.; PERES, M. Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas. **Periferia**, v. 3, n. 2, 26 dez. 2011.
- 17 CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista outubro**, n. 6, p.115-128, 2002.
- 18 HENMAN, A.; PESSOA JR, O. (EDS.). **Diamba Sarabamba (Coletânea de textos brasileiros sobre a maconha)**. São Paulo: Ground, 1986. p. 1–163.
- 19 FIORE, M. Prazer e Risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre o uso de drogas. **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 141 154.
- 20 Karam, M. L. **Proibições, Riscos, Danos e Enganos: as Drogas Tornadas Ilícitas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.
- 21 GAUER, G. C. **Agressividade: Uma Leitura Biopsicossocial**. Curitiba: Juruá, 2001.
- 22 CARLINI, E. L. DE A.; RODRIGUES, E.; GALDUROZ, J. C. ***Cannabis sativa* L. e substâncias canabinoides em medicina**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, 2005. p. 1–240.
- 23 CARNEIRO, H. S. As drogas à luz do dia: o controle social e o uso político dos psicoativos. **Verve (PUCSP)**, v. 4, p. 300-304, 2003.
- 24 SAAD, L. G. Medicina legal: o discurso médico, a proibição da maconha e a criminalização do negro. **ABPN**, v. 1, n. 2, p. 103–112, 29 jul. 2010.
- 25 MOTA, L. **Dependência química e representações sociais: pecado, crime ou doença?** Curitiba: Juruá, 2009.
- 26 CROCQ, M. A. History of *Cannabis* and the Endocannabinoid System. **Dialogues clin Neurosci**, v. 22, n. 3, p. 223–228, 22 set. 2020.
- 27 ORÓ D. P. M. et al. La funcionalidade política de la “ciência” proibicionista: el caso del *Cannabis* y los psicodélicos. **Salud Colectiva**. v. 16, e2493, 2020.
- 28 BAB, I. Themed issue on cannabinoids in biology and medicine. **Br J Pharmacol**, v. 163, n. 7, p. 1327–1328, 12 jul. 2011.
- 29 PERTWEE, R. G. Cannabinoid pharmacology: the first 66 years. **Br J Pharmacol**, v. 147, n. 1, p. S163–S171, 2 fev. 2009.
- 30 DEVANE, W. et al. Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. **Science**, v. 258, n. 5090, p. 1946–1949, 18 dez. 1992.
- 31 BARROSO, Victor Vilhena. ***Cannabis medicinal: guia de prescrição***. Santana de Parnaíba: Manole. 2023

- 32 LOWE, H. et al. The Endocannabinoid System: A Potential Target for the Treatment of Various Diseases. **Int J Mol Sci**, v. 22, n. 17, p. 9472, 31 ago. 2021.
- 33 MESSINA, F.; ROSATI, O.; CURINI, M.; MARCOTULIO M. C. ***Cannabis and bioactive cannabinoids***. In: Studies in natural products chemistry. Elsevier; 2015. p.17-57.
- 34 RADWAN, M. M. et al. Cannabinoids, Phenolics, Terpenes and Alkaloids of *Cannabis*. **Molecules**, v. 26, n. 9, p. 2774, 8 maio 2021.
- 35 PAMPLONA, F. A.; DA SILVA, L. R.; COAN, A. C. Potential Clinical Benefits of CBD-Rich *Cannabis* Extracts Over Purified CBD in Treatment-Resistant Epilepsy: Observational Data Meta-analysis. **Front Neurol**, v. 9, 12 set. 2018.
- 36 LINARES, I. M. et al. Cannabidiol presents an inverted U-shaped dose-response curve in a simulated public speaking test. **Rev bras psiquiatr**, v. 41, n. 1, p. 9–14, 2019.
- 37 AZEVEDO, C. F. **O acesso legal à *Cannabis* medicinal no brasil: um direito fundamental**. Orientador: Heinen L. R. 95p. Trabalho de conclusão de curso (graduação em direito). Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina. 2020.
- 38 REED A. M. **Pacientes de “*Cannabis* medicinal”: entre ativismos, mercados e setores da administração pública**. Orientadora: Lacerda P. M. 2023. 233p. Tese de doutorado (Programa de pós-graduação em ciências sociais). Instituto de ciências sociais da Universidade do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2023.
- 39 CNN. **Relembre marcos dos 10 anos de *Cannabis* medicinal no Brasil**. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/relembre-marcos-dos-10-anos-de-Cannabis-medicinal-no-brasil/>. Acesso em: 13 abr. 2025.
- 40 O GLOBO. ***Cannabis* medicinal: demanda no Brasil cresceu 9.311% desde autorização, mas enfrenta desafios no acesso e no preparo de médicos**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/medicina/noticia/2023/02/Cannabis-medicinal-demanda-no-brasil-cresceu-9311percent-desde-autorizacao-mas-enfrenta-desafios-no-acesso-e-no-preparo-de-medicos.ghtml>. Acesso em: 13 abr. 2025.
- 41 MOOTA Y. J. P. **O paciente dedo verde: uma etnografia sobre o cultivo e o consumo de *Cannabis* para fins terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro**. Orientador: Filho, F. P. M. 2019. 115p. Dissertação (mestrado) – Curso de programa de pós-graduação em sociologia e direito. Universidade Federal Fluminense. Niterói. 2019.
- 42 ARAÚJO, T. **Óleo de maconha vira “farmácia clandestina”**. Disponível em: <https://apublica.org/2017/08/oleo-de-maconha-vira-farmacia-clandestina/>. Acesso em: 13 abr. 2025.
- 43 **Abrace Esperança – Somos uma organização sem fins lucrativos com o objetivo, não apenas de dar apoio às famílias que precisam de um tratamento com a**

- Cannabis Medicinal, como também de apoiar pesquisas sobre o uso da planta.***
Disponível em: <https://abraceesperanca.org.br/>. Acesso em: 13 abr. 2025.
- 44 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da diretoria colegiada ANVISA nº 327, de 9 de dezembro de 2019.** Dispõe sobre os procedimentos para a concessão da Autorização Sanitária para a fabricação e a importação, bem como estabelece requisitos para a comercialização, prescrição, a dispensação, o monitoramento e a fiscalização de produtos de Cannabis para fins medicinais, e dá outras providências. Disponível em: https://pdf.datalegis.net/files/spbtg1p1via1n3gmlcluv65bo7_1770280446.pdf. Acesso em: 5 de fevereiro de 2026.
 - 45 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da diretoria colegiada ANVISA nº 1.012, de 30 de janeiro de 2026.** Dispõe sobre os requisitos para o cultivo da espécie vegetal Cannabis sativa L. destinado exclusivamente a fins de pesquisa. Disponível em: https://pdf.datalegis.net/files/pr6g03d0fk6kigngpmhuqphfv7_1770280247.pdf. Acesso em: 5 de fevereiro de 2026.
 - 46 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da diretoria colegiada ANVISA nº 1.013, de 30 de janeiro de 2026.** Dispõe sobre os requisitos para o cultivo da espécie vegetal Cannabis sativa L. com teor de THC menor ou igual a 0,3% destinado exclusivamente a fins medicinais e/ou farmacêuticos. Disponível em: https://pdf.datalegis.net/files/4ca79noo9mrs7dfn0e59mbeqis_1770280330.pdf. Acesso em: 5 de fevereiro de 2026.
 - 47 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da diretoria colegiada ANVISA nº 1.014, de 30 de janeiro de 2026.** Institui Ambiente Regulatório Experimental (Sandbox Regulatório) para testagem controlada de atividades relacionadas à Cannabis para fins medicinais. Disponível em: https://pdf.datalegis.net/files/7c6ubrlomq9pr13vgm7uh6e1j1_1770280127.pdf. Acesso em: 5 de fevereiro de 2026.
 - 48 Consultor jurídico [homepage na internet]. **A evolução da Cannabis medicinal no Brasil.** Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2023-dez-20/a-evolucao-da-Cannabis-medicinal-no-brasil/>. Acesso em 13 abr. 2025.
 - 49 CONCEIÇÃO, B. M. **Protocolo De Acesso Aos Produtos Derivados De Cannabis spp. Para Tratamento Do Comportamento Agressivo No Transtorno Do Espectro Do Autismo Na Rede Pública De Saúde Do Estado De Sergipe** [Internet]. Secretaria De Estado Da Saúde; 2024. Disponível em: <https://saude.se.gov.br/wp-content/uploads/2024/08/Protocolos-Cannabis-SPP-Autismo.pdf>, Acesso em: 19 dez. 2025
 - 50 American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5).** Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.

- 51 MANNION, A.; LEADER, G. Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. **Res Autism Spectr Disord**, v. 7, n. 12, p. 1595–1616, dez. 2013.
- 52 **The American Heritage dictionary of the English language**. Boston: Houghton Mifflin, 2006.
- 53 MARTÃO, M. I. S. **Encontro com pais de filhos com traços autistas: compreendendo a experiência emocional**. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- 54 ADLER, B. A. et al. Drug-refractory aggression, self-injurious behavior, and severe tantrums in autism spectrum disorders: A chart review study. **Autism**, v. 19, n. 1, p. 102–106, 26 fev. 2014.
- 55 SANTOS, A. F. F. E. DOS; MASSI, G. A. DE A.; DIAS, C. E. B. Depressão em pais de crianças autistas: uma revisão integrativa. **CED**, v. 16, n. 4, p. e3862–e3862, 8 abr. 2024.
- 56 CHASTE, P.; LEBOYER, M. Autism and Related Developmental Disorders. **Dialogues Clin Neurosci**, v. 14, n. 3, set. 2012.
- 57 ELSABBAGH, M. et al. Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. **Autism Res**, v. 5, n. 3, p. 160–179, 11 abr. 2012.
- 58 Centers for Disease Control and Prevention. **Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder**. 2025. Disponível em: <https://www.cdc.gov/autism/data-research/index.html>. Acesso em: 19 dez. 2025.
- 59 FRIGAUX, A.; EVRARD, R.; LIGHEZZOLO-ALNOT, J. ADI-R and ADOS and the Differential Diagnosis of Autism Spectrum disorders: Interests, Limits and Openings. **L'Encéphale**, v. 45, n. 5, p. 441–448, nov. 2019.
- 60 WILL, M. N. et al. Evidenced-Based Interventions for Children With Autism Spectrum Disorder. **Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care**, v. 48, n. 10, p. 234–249, out. 2018.
- 61 HENNEBERRY, E. et al. Decades of Progress in the Psychopharmacology of Autism Spectrum Disorder. **J Autism Dev Disord**, v. 51, n. 12, p. 4370–4394, 7 set. 2021.
- 62 CANITANO, R.; SCANDURRA, V. Risperidone in the treatment of behavioral disorders associated with autism in children and adolescents. **Neuropsychiatr Dis Treat**, v. 4, n. 4, p. 723-730, set. 2008.
- 63 STACHNIK, J.; GABAY, M. Emerging role of aripiprazole for treatment of irritability associated with autistic disorder in children and adolescents. **Adolesc Health, Med Ther**, v. 115, n. 1, p. 105-114, set. 2010.

- 64 WINK, L. K. et al. Emerging drugs for the treatment of symptoms associated with autism spectrum disorders. **Expert Opin Emerg Dr**, v. 15, n. 3, p. 481–494, 15 mai. 2010.
- 65 GOMES FA. **Comorbidades clínicas em psiquiatria**. São Paulo: Atheneu; 2012.
- 66 RÍO, C. DEL et al. The endocannabinoid system of the skin. A potential approach for the treatment of skin disorders. **Biochem Pharm**, v. 157, p. 122–133, 1 nov. 2018.
- 67 CHAKRABARTI, B. et al. Endocannabinoid Signaling in Autism. **Neurotherapeutics**, v. 12, n. 4, p. 837–847, 28 jul. 2015.
- 68 SU, T. et al. Endocannabinoid System Unlocks the Puzzle of Autism Treatment via Microglia. **Front Psychiatry**, v. 22, n. 12, 22 out. 2021.
- 69 KARHSON, D. S. et al. Plasma anandamide concentrations are lower in children with autism spectrum disorder. **Mol Autism**, v. 9, n. 18, 12 mar. 2018.
- 70 SILVA, E. A. DA et al. *Cannabis* and cannabinoid use in autism spectrum disorder: a systematic review. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 13, n. 44, jun. 2022.
- 71 SILVA, E. A. DA et al. Evaluation of the efficacy and safety of cannabidiol-rich *Cannabis* extract in children with autism spectrum disorder: randomized, double-blind and controlled placebo clinical trial. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 46, 2024.
- 72 Jornal da Paraíba [homepage na internet]. **Famílias paraibanas encontram dificuldades no diagnóstico e acompanhamento de pessoas com autismo**. Disponível em: <https://jornaldaparaiba.com.br/saude/familias-paraibanas-encontram-dificuldades-no-diagnostico-e-acompanhamento-de-pessoas-com-autismo>. Acesso em: 13 abr. 2025.
- 73 GERHARDT, T. E. et al. (EDS.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016. p. 1–444
- 74 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/joao-pessoa.html>. Acesso em: 23 jan. 2026
- 75 PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde, Paraíba 2024-2027**. Disponível em: https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/institucional/pes-2024-2027-07-10_compressed.pdf. Acesso em: 23 jan. 2026
- 76 BRÊTAS, A.C.P. Pesquisa qualitativa e o método da história oral: aspectos conceituais. **Acta Paul Enf**, v. 13, n. 3, p. 81-91, 2000.
- 77 CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: um guia prático para a análise qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CAPÍTULO 2

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No total, foram entrevistados um pai e nove mães que representam catorze crianças com TEA visto que em quatro dessas entrevistas encontramos irmãos com o diagnóstico de TEA. No total, sete destas entrevistas foram realizadas no município de João Pessoa, uma no município de Alhandra, outra no município de Santa Rita e uma no município do Conde. As dez entrevistas foram enumeradas de acordo com a ordem cronológica em que foram realizadas.

As entrevistas de número um, três, quatro e seis foram realizadas com famílias cujos pacientes já se encontravam sob os meus cuidados médicos. A prescrição do tratamento canabinoide referente às crianças incluídas nessas quatro entrevistas foi realizada durante a prática da Residência de Medicina de Família e Comunidade. Foram justamente esses casos que me motivaram a entender de forma mais profunda os itinerários terapêuticos desse perfil de famílias.

A média de idade das crianças foi de 8,6 anos sendo onze do sexo masculino e três do sexo feminino. A idade média para o diagnóstico foi de três anos, o tempo médio entre o diagnóstico e o início do tratamento envolvendo os derivados da *Cannabis* foi de 3,7 anos e o tempo total de uso dessa opção terapêutica foi de aproximadamente um ano e meio conforme a quadro 2.

Quadro 2: Perfil dos catorze pacientes com diagnóstico de TEA incluídos no estudo

Entrevista	Paciente	Sexo	Idade	Idade do Diagnóstico	Tempo entre diagnóstico e início do tratamento Canabinoide	Tempo total de uso dos derivados da <i>Cannabis sativa</i>
E1	1	M	6	2,5 anos	2 anos	1,5 anos
E2	2	M	7	2 anos	3,5 anos	1,5 anos
E3	3	M	12	3,8 anos	6,5 anos	1,7 anos
E4	4	F	7	2,8 anos	3,5 anos	0,7 anos
E5*	5	M	6	2 anos	3 anos	1 ano
E5*	6	M	8	2,5 anos	4,5 anos	1 ano
E6*	7	F	9	2,9 anos	4,3 anos	1,8 anos
E6*	8	F	9	2,9 anos	4,5 anos	1,6 anos
E7*	9	M	9	3 anos	3 anos	3 anos
E7*	10	M	16	6 anos	não utiliza	não utiliza
E8	11	M	7	2 anos	2 anos	3 anos
E9*	12	M	6	3 anos	2 anos	1 ano
E9*	13	M	11	5 anos	5 anos	1 ano
E10	14	M	8	2 anos	4,5 anos	1,5 anos

Fonte: dados da pesquisa

A transcrição e análise das entrevistas possibilitou o entendimento global das narrativas e a identificação dos temas mais recorrentes nas entrevistas. Seguindo a metodologia da teoria fundamentada, foi possível realizar a codificação inicial que visa estudar e analisar cada linha ou trecho das transcrições e reconhecer os temas narrativos mais relevantes e prevalentes. Em um segundo momento, realizou-se a codificação focalizada que busca selecionar os trechos que mais representam os temas selecionados na etapa anterior da análise. Ao final, esses trechos podem ser correlacionados entre si ou mesmo serem integrados aos conhecimentos teóricos pré-existentes na literatura.¹

Com o intuito de facilitar a discussão dos resultados encontrados, dividiu-se os temas mais relevantes destacados pela análise dos relatos em cinco tópicos principais:

- 1) Diagnóstico do transtorno do espectro autista;
- 2) Dificuldade de acesso ao acompanhamento médico e multiprofissional;
- 3) Sobrecarga dos cuidadores;
- 4) *Cannabis sativa*, acesso à prescrição, custos e preconceito;
- 5) Resposta terapêutica com o uso de derivados da *Cannabis sativa*.

DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

A percepção dos primeiros sintomas por parte dos cuidadores foi muito diversa e dependeu de algumas variáveis como: conhecimento sobre a temática do TEA, experiências anteriores com outros filhos e o grau de comprometimento desses sintomas na dinâmica familiar.

Nos últimos anos, os assuntos relacionados ao TEA têm ganhado destaque tanto no contexto acadêmico como também na mídia em geral. No contexto acadêmico, a enfermidade já é abordada de forma direta na maioria das graduações em medicina de tal forma que mesmo os médicos generalistas, apresentam um conhecimento mínimo para associar os sinais e sintomas típicos ao possível diagnóstico do TEA.²

Isso há doze anos nem tinha essa coisa toda que tem o autismo. Hoje tem muito mais conhecimento. Hoje o médico olha pro teu filho assim, né? Seu filho tem um atraso por isso e por isso. Ele já tem um mínimo conhecimento, porque assim, tudo está mais aberto, né? Mas naquele tempo era muito mais difícil. (E7)

Além disso, a mídia já veicula com frequência os principais sinais e sintomas presentes no transtorno e, dessa forma, as mães conseguem associar o comportamento dos seus filhos a

alguma condição patológica e, assim, iniciar a peregrinação por avaliações especializadas e possíveis explicações ou diagnósticos para os comportamentos disruptivos dos filhos. Esse aumento de exposição da temática, tem facilitado com que os diagnósticos ocorram de forma mais precoce.

Porque eu vi a reportagem no programa de Fátima Bernardes. Aí, o menino lá, empilhava, enfileirava os carrinhos, botava um negócio em cima do outro. Eu disse, oxe! esse menino é muito parecido com o meu filho. Aí, eu disse ao pai e ele ficou dizendo: tá procurando coisa pro menino, porque o menino é filho único e tem mais cuidados. (E3)

Geralmente a gente sempre vê reportagem na televisão. E aí passou uma reportagem na televisão e eu vi e eu disse assim: ah, o meu filho é autista. Na mesma hora eu disse vamos lá. E o pai: você é louca, você é louca. Para mim foi mais fácil aceitar. Para o pai já foi mais difícil, muito difícil. O pai dizia que não era. Não queria aceitar. (E5)

Eu acho que hoje fica tudo mais claro por conta da internet. Com as informações, uma mãe já começa a estudar seu filho (E7)

Ademais, as experiências anteriores com outros filhos também influenciam na percepção dos pais acerca do problema. Quando a experiência anterior é de um filho com neurodesenvolvimento típico, torna-se mais fácil perceber sinais e sintomas quando o filho subsequente apresenta o diagnóstico de TEA. Para pais que não apresentam outros filhos, fica mais difícil discernir o que seria um neurodesenvolvimento fisiológico e o que viria a ser um desenvolvimento patológico típico de crianças com TEA pela pura ausência de referências comparativas.

Porque a gente, quando é mãe de primeira viagem, a gente não percebe nada. Acho que tudo é normal. Só vim ter uma virada de chave quando ele foi pra escola já com três anos. Não acompanhava, muito agressivo, não parava na sala, não falava, não verbalizava. Aí, foi quando, na escola, as coisas começam a abrir para a gente, começaram a clarear. (E7)

Eu tinha 19 anos, mas assim, digamos que eu não entendia muito. Eu achava que ele era normal, só que eu via que ele era diferente. Eu via que ele era atrasado, porque assim, eu e uma prima minha, a gente engravidou tudo junto na mesma época. Aí tipo assim, com quase seis meses depois, o meu filho ia começar a fazer as coisas que o filho dela já fazia. (E9)

Por fim, outro fator que influenciou muito a busca precoce por explicações ou diagnósticos é o grau de interferência dos sintomas da criança na dinâmica familiar. Sintomas como agressividade, hiperatividade ou insônia importante chamam mais a atenção dos cuidadores e os motivam a procurar ajuda profissional de forma mais precoce. Além disso, esses

mesmos sintomas foram os que apresentaram as maiores correlações com o estresse familiar dos cuidadores por, justamente, interferirem diretamente na dinâmica familiar.³

Ele não me olhava assim, com o olho fixado. Ele já era disperso, não tinha contato visual. Aí depois a alimentação, porque a gente sempre entrou nesse negócio de papinha, frutas, essas coisas, e ele nunca aceitou também. Era só peito, peito, peito... Ele chorava muito. Chorava muito e ficava se contorcendo. Já eram as estereotípias, né? Ele chorava muito, muito, muito mesmo. (E4)

Esses sintomas que afetam todo o contexto familiar associado ao aumento da visibilidade ao tema do TEA tanto no contexto acadêmico como na mídia em geral, influenciaram a maioria das famílias entrevistadas a buscar avaliação especializada de forma relativamente precoce. Essa busca ainda nos primeiros anos de vida por explicações pode trazer benefícios pois as intervenções através das terapêuticas multidisciplinares de forma precoce podem ser mais efetivas ao ocorrerem em um período do neurodesenvolvimento em que o cérebro ainda é altamente plástico e maleável. O diagnóstico tardio, por outro lado, e a consequente intervenção multidisciplinar tardia em crianças com TEA causam prejuízos no desenvolvimento global e favorecem a expressão mais intensa de sintomas desafiadores para os indivíduos e para todo o seu ciclo familiar.⁴

Na maioria das narrativas, o primeiro contato com profissionais de saúde, ainda antes do diagnóstico, se deu em serviços privados devido à dificuldade de acesso a neuropediatras ou avaliações multiprofissionais de forma ágil através do SUS.

No particular é bem mais fácil. Pelo SUS não tem não. Pelo SUS é muito difícil. A gente se mudou de Santa Rita já faz mais de 1 ano e ele ainda está lá com a guia esperando ser chamado pro neuro. (E3)

Contudo, esse primeiro contato com os serviços de saúde em busca de diagnósticos é apenas o início de longos itinerários terapêuticos. Com o acesso a neuropediatras e o diagnóstico confirmado de TEA, a reação dos familiares é muito variável, enquanto que muitas mães entrevistadas relataram a confirmação do diagnóstico como um alívio, outras tratam desse momento como algo marcante e de certa forma preocupante. O contexto totalmente diferente da criança requer que os pais encarem o luto pelo filho, muitas vezes, idealizado e providenciem formas de adaptação a esta nova realidade.⁵

Pra mim foi uma clareza. Porque aí pelo menos eu soube como trabalhar, né? Como fazer alguma coisa por ele. Porque até então eu não sabia o que fazer. Se tinha que levar pra FUNAD, se tinha que levar pra terapia. Eu não sabia de

nada. Mas aí com o laudo foi bem assim, encaminhou minha vida. Certo, agora eu vou por aqui. (E8)

Até então a neuro não dizia. Quando foi um certo dia, ele teve uma crise de agitação lá na sala dela. Aí ela disse: mãe, ele é autista! Aí tipo assim, foi um choque para mim, só que eu não fazia ideia do que era autismo. Eu não sabia o que era autismo, nunca tinha ouvido falar. Eu sabia que ele era diferente, mas não sabia o que era. (E9)

De toda forma, com o passar do tempo fica tudo mais claro na cabeça dos cuidadores, mas inicia-se em paralelo a busca por acesso ao tratamento conservador através de terapias multiprofissionais fundamentais para estimular o neurodesenvolvimento de crianças com TEA e a busca por um acompanhamento médico especializado contínuo para início de medicações convencionais caso necessário.

Quando a gente tem um filho que a gente não sabe tratar, a gente fica às cegas. E quando a gente sabe que ele tem um diagnóstico, mas a gente sabe o que é, a gente fica assim, triste, mas sabe o que vai fazer, o que vai cuidar, as terapias que precisa fazer. (E7)

DIFICULDADE DE ACESSO AO ACOMPANHAMENTO MÉDICO E MULTIPROFISSIONAL

Com o diagnóstico, vêm os esclarecimentos, mas também as responsabilidades do que precisa ser feito. Atualmente, o tratamento de base para o TEA, envolve as terapias multiprofissionais a depender das limitações mais exacerbadas em cada criança. Boa parte dos pacientes necessitará de um acompanhamento regular com a fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicólogo entre outras terapias e atividades físicas que venham a somar. Arcar com os custos financeiros de consultas pontuais com neuropediatras em busca do diagnóstico foi possível para a maioria das famílias entrevistadas, mas manter semanalmente terapias multiprofissionais necessárias para o melhor desenvolvimento das crianças foi inviável.⁶

Assim, a maioria das famílias entrevistadas buscou centros especializados ou Organizações não governamentais (ONGs) para manter um acompanhamento necessário para seus filhos. No cenário estudado, que abrangeu principalmente o município de João Pessoa, o centro com a maior capacidade instalada para acompanhar e dar suporte para crianças com TEA é a FUNAD. Essa fundação é referência para todo o estado da Paraíba e apresenta um setor de triagem e diagnósticos, além de uma equipe multidisciplinar completa capaz de dar assistência e acompanhamento a centenas de pacientes.

Então, quando a gente foi para a FUNAD, e ela passou por todos os profissionais da triagem. Passou por psicólogo, neuro, por tudo que tinha lá. E, no instante, saiu o laudo dela de autismo. (E1)

Contudo, quando pensamos em dar maior visibilidade a algum determinado tema, precisamos estar preparados para absorver as demandas geradas. No caso em particular do TEA, o aumento de visibilidade que a mídia e a sociedade científica e acadêmica trouxeram, não foi acompanhado na mesma proporção da ampliação de acesso à diagnóstico, acompanhamento e tratamento. De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* dos Estados Unidos, nas últimas décadas vêm ocorrendo um aumento exponencial de prevalência do transtorno. A prevalência estimada nos Estados Unidos que era de 1:150 crianças em 2000, passou para 1:44 em 2018, e agora 1:31 no último relatório de 2025. Esse aumento justifica, em parte, a congestão dos serviços de saúde responsáveis por esse perfil de pacientes. Em diversos relatos das entrevistas foi possível entender que, nos últimos anos, centros como a FUNAD e outras ONGs, não vem conseguindo mais absorver o aumento exponencial da demanda por diagnósticos e consequentemente, por terapias multidisciplinares.⁷

Um exemplo disso é o de que a forma de acesso de pacientes ao setor de triagem da própria FUNAD foi se modificando à medida que a demanda por esse setor aumentava. Inicialmente, o agendamento para o serviço de triagem e diagnósticos de casos suspeitos de TEA era feito de forma presencial com a marcação das primeiras consultas em poucas semanas. Em um segundo momento, o agendamento para esse serviço passou a ser realizado através do telefone. Atualmente, o agendamento para acessar o serviço de triagem e diagnósticos é realizado de forma on-line através do próprio site da instituição. O fato de o acesso deixar de ser presencial beneficia os pacientes que não moram nas proximidades de João Pessoa, mas barra as famílias que não são alfabetizadas, ou que não apresentam o recurso e a instrução mínima para realizar esse cadastro on-line. Nos últimos meses, as poucas vagas para a triagem de casos suspeitos de TEA da FUNAD são abertas no site da instituição às 8 horas do primeiro dia útil do mês, mas se esgotam em questão de minutos.

Era 2017. Não tinha nada. As filas que têm hoje, não tinha. [...] Hoje é diferente, tem pessoas que eu conheço que faz mais de dois anos que tá na fila de espera. Na espera pra triagem ainda. (E3)

É porque tem muita gente, em questão do autismo, os casos aumentaram bastante. As coisas estão enchendo, estão enchendo bastante. [...] Na época que eu procurei a FUNAD não teve muita fila assim não. Foi rápido. Quando eu cheguei lá, passava logo pelas triagens, que é para avaliação. Acho que com

uns 15 dias passava por um profissional, depois de mais uns 15 dias, marcava para o outro... Hoje em dia as filas são mais de um ano para chegar na triagem. (E4)

O enfrentamento de filas de espera por diagnósticos em serviços ligados ao SUS ou em outras ONGs que também realizem o trabalho de triagem e diagnósticos é apenas a primeira barreira enfrentada atualmente. Devido à necessidade de um acompanhamento contínuo através de terapias multidisciplinares durante todo o período do neurodesenvolvimento infantil, fica mais fácil de compreender como muitas famílias, nos últimos anos, têm conseguido o diagnóstico de TEA para seus filhos, mas não conseguem de forma atrelada o acesso às terapias multidisciplinares que constituem o principal pilar de tratamento para o transtorno. Nas entrevistas surgiram vários relatos de pessoas que nos últimos anos conseguiram o diagnóstico de TEA na FUNAD ou em ONGs especializadas, mas que não tiveram acesso às terapias.

A FUNAD deu o diagnóstico, mas eles estavam cheios. Tudo lotado. Então só deram o diagnóstico e me deram a lista de onde atenderia. Além da FUNAD, onde que eu poderia buscar as terapias. A vaga lá, eu só consegui depois de três anos de diagnóstico. (E8)

Aí quando ele recebeu o laudo lá na FUNAD, porque lá tem muita gente, não tinha vaga para as terapias. Ele ficou no processo esperando a vaga, né? Mas até hoje nunca ligaram para mim. (E9)

Dessa forma, as famílias entrevistadas que buscaram o diagnóstico do autismo a alguns anos atrás, encontraram centros e ONGs preparados e prontos para fornecer diagnóstico, acompanhamento e tratamento multidisciplinar especializado. Contudo, com o aumento exponencial do conhecimento acerca do TEA e com o crescente número de diagnósticos emitidos por médicos de serviços particulares, a situação atual já é bem diferente. Os centros e as ONGs que oferecem terapias multidisciplinares apresentam filas extensas de famílias angustiadas para oferecerem tratamentos essenciais para a melhoria do neurodesenvolvimento de seus filhos. Uma matéria publicada pelo Jornal da Paraíba ainda em março de 2023 já sinalizada a congestão e às longas filas de espera para a FUNAD que é a principal instituição preparada para triar, diagnosticar e acompanhar através de terapias multidisciplinares crianças com TEA no estado da Paraíba.⁸

Porque eu acho que o pessoal foi acordando pra vida, a fila foi aumentando, né? Pronto, na ONG que o meu filho tá, a fila de espera tá com quase dois mil pessoas esperando uma vaga. Por isso que eu digo que quem tiver terapia, guarde como se guarda dinheiro. Porque tá difícil. Tá difícil, né. (E2)

SOBRECARGA DOS CUIDADORES

O diagnóstico de TEA também traz grandes responsabilidades para os cuidadores. Por se tratar de um transtorno com características que se perpetuam por toda a vida dos pacientes, os cuidados, a depender do grau de comprometimento, também deverão ser contínuos ao longo de toda a vida dessas pessoas. Dessa forma, o diagnóstico também está associado à uma responsabilidade eterna dos cuidadores dessas crianças. As famílias de autistas revelam um nível alto de preocupação quanto ao bem-estar das crianças quando os pais não puderem mais providenciar os cuidados. Nesse sentido, o prejuízo cognitivo e os atrasos que dificultam a inserção desses indivíduos de forma autônoma na sociedade são um dos focos de preocupação.⁹

Toda mãe de criança atípica tem medo de morrer. Se eu não estiver mais aqui, quem vai cuidar dos meus filhos? (E5).

Esse cuidado de forma contínua e constante traz limitações na rotina dos cuidadores. Limitações principalmente quando se deseja realizar outras atividades individuais como uma formação ou um trabalho externo.¹⁰

A maioria das crianças avaliadas nesse estudo passam um turno na escola sob a vigilância de um cuidador externo e mesmo nesse período em que elas estão na escola sob a vigilância de terceiros, torna-se difícil trabalhar, porque essas crianças muitas vezes terão momentos de instabilidade em que o cuidador principal terá que parar tudo que estiver fazendo para ir à escola intervir ou trazer a criança de volta para o domicílio. Assim, mesmo no momento em que elas estão sob o cuidado de terceiros, as mães precisam estar sempre disponíveis para agir perante as crises e instabilidades frequentes.

As mães que eu conheço, doutor, que tem crianças nível 1 de suporte não tem condições, não conseguem trabalhar. Só se tiver uma rede de apoio muito grande. Que são poucas que eu conheço que conseguem trabalhar. Não tem como. Porque desregulou, não é todo mundo que sabe regular. Aí você precisa intervir, precisa sair e ir para a escola. (E2)

Aí eu pensei: ou eu trabalho ou eu cuido do menino, porque eu tenho que estar saindo direto do trabalho. Além de sair pra cuidar dele nas crises, eu tenho que sair por conta das terapias. Aí o patrão começou a achar ruim. (E8)

Na décima entrevista, o relato foi ainda mais intenso quando o pai e cuidador da criança explicou que ele precisa ficar na escola junto do seu filho diariamente mesmo com a presença de um cuidador externo devido à agitação e agressividade excessiva. Nesse relato, o pai sequer apresenta algum turno que não precise estar diretamente cuidando de seu filho, sobrecarregando

ainda mais a sua rotina e limitando de forma mais intensa a busca por trabalho ou outras funções.

Ninguém fica com ele, ninguém cuida dele. Até o cuidador na escola não tem domínio sobre ele, não tem não, não tem força não. Eu fico lá na escola, fico lá o tempo todo. (E10)

Além disso, durante o período em que os filhos estão na escola, é quando grande parte das mães utiliza para cuidar dos afazeres domésticos. Cozinhar, limpar, lavar e organizar são ações frequentes de qualquer dono de casa que normalmente não recebe ajuda de terceiros para cuidar do lar. É fato também, independentemente de ter filhos com neurodesenvolvimento típico ou atípico que pode existir nas mães donas de casa o sentimento de sobrecarga advindo do excesso desses afazeres domésticos. Koegel *et al.* (1992) descreveu que mães de crianças autistas mostraram significativamente mais estresse do que os pais, sugerindo que o estresse pode estar relacionado às diferentes responsabilidades com a criança designadas para cada cuidador. Nesse estudo, os pais estavam ativamente comprometidos com a profissão fora de casa enquanto as mães precisavam se ocupar com os afazeres domésticos e com os cuidados com a criança em tempo integral.

Eu não tenho nenhuma ajuda, nenhum suporte da minha família. É eu e os meninos. 24 horas pra tudo isso. Pra cuidar da casa, pra cozinhar, pra cuidar dos meninos. [...] Tem gente que diz assim: ah, ela não trabalha, fica só em casa. Mas na verdade, a gente trabalha mais em casa do que fora, porque em casa é 24 horas, você não tem folga (E9)

Na maioria das entrevistas realizadas, percebeu-se a sensação de sobrecarga advinda do cuidado integral da criança associado aos afazeres domésticos. Na décima entrevista, em especial, entendemos a situação de sobrecarga ainda maior de um pai que era o único responsável pelos cuidados diários de seu filho.

A gente foca tanto nele, foca tanto nele, que você esquece de si próprio. Eu não tenho tempo pra cortar o cabelo, chegou um dia que eu coloquei a pasta na boca e esqueci de escovar os dentes de tanta agonia. (E10)

No outro turno, em que as crianças não estão na escola, geralmente ocorre a peregrinação para a realização das terapias multidisciplinares tão importantes para estimular o neurodesenvolvimento de indivíduos com TEA.

Ela requer muito tempo pra ficar lá na terapia com ela. Então, não tinha como conciliar. Aí eu ainda trabalhei em alguns lugares, né? Até que realmente eu parei de trabalhar. (E1)

Vivo só para os meninos, né? Porque os meninos estudam de manhã, aí eu tenho uma hora de qualidade de vida na academia, porque se não, eu vou surtar. [...] Aí eu vou fazer as minhas coisas em casa, faço almoço e pego eles na escola. Aí tipo, na segunda a gente chega, almoça, passa um tempinho e já se arruma, aí tem terapia de tarde. Aí na terça eu digo que é a minha folga que eles não têm terapia e ficam em casa. Na quarta eles têm natação, aí na quinta eles têm terapia, e na sexta eles têm terapia. (E5)

Ademais, muitas mães, na intenção nobre de buscar o maior avanço possível no neurodesenvolvimento de seus filhos, sabem que tudo que é trabalhado nas terapias precisa de uma continuidade no cotidiano. Dentro de casa, além das atividades domésticas, elas enxergam a importância da educação e do reforço de tudo que aprendem acompanhando às terapias multidisciplinares.

Porque eu evolui em casa junto deles, né? Isso, junto do professor, do terapeuta. Tudo que o terapeuta fazia e falava, eu fazia em casa com eles. E aí, todo dia é um ganhozinho. Você não é só mãe, sou mãe, sou professora, sou terapeuta, sou médica, sou tudo deles. (E5)

As pessoas também não têm a mesma paciência que a mãe tem. Se eu fosse trabalhar e deixasse alguém cuidando dele, essa pessoa não ia ter a mesma paciência, ia estar só cuidando, dando comida, dando banho e tchau. Ele não ia ter o avanço que tem hoje. Tem que tu estar junto apertando na mesma tecla e ensinando aquele procedimento. Tenho que estar estimulando, que estar pegando, faça isso, faça aquilo, tenho que estar puxando atividade, ensinando as coisas a ele tudinho. Por isso que ele está tendo um avanço assim. Porque eu fico no pé dele. (E4)

Mas tem hora que só a mãe, né? e outra coisa: a mãe tem a paciência dar os limites. Tem gente de fora que não dá limite. Cuida com amor, mas não dá limite. Aí estraga a criança (E8)

Dessa forma, a sobrecarga relatada durante as entrevistas foi unanimidade devido à junção dos fatores mencionados nesse tópico, tais como: a responsabilidade de ter que manter um cuidado integral e contínuo a seus filhos, de precisar dar conta dos afazeres domésticos e a dificuldade de conciliar trabalhos externos com a rotina instável, imprevisível e exaustiva de cuidados. Essa sobrecarga para aqueles que cuidam diariamente de crianças com TEA já foi associada, inclusive, ao surgimento de dores crônicas, insônia, sintomas ansiosos e depressivos nos cuidadores.¹¹

Quando a gente tem filho autista, o círculo de amizade cresce muito. Você vai conhecendo outras mães. Outras mães de histórias diferentes. Todas são muito cansadas, sozinhas, porque a maioria é sozinha mesmo. (E7)

Como muitas mães não têm aguentado, né? Por quê? Porque têm levado isso como um castigo, sei lá, porque é muito sobre o mesmo foco de pensamento. (E7)

Em muitos dos relatos, o uso de telas como da televisão e principalmente de aparelhos celulares aparece como uma questão ambígua com seus dois lados. Algumas mães trazem o uso de telas como a única solução ou alívio para entreter seus filhos em momentos que elas estão ocupadas com outras funções como as atividades domésticas, por exemplo.

Por outro lado, essas mesmas mães que utilizam desse recurso também percebem o mal que isso pode trazer para o comportamento de seus filhos. Muitas vezes, relatam com pesar o uso de tela por seus filhos como uma falha delas no cuidado, algo que precisa ser revisto. Referem que a agressividade e a impulsividade das crianças aumentam de forma proporcional com o tempo que eles passam com celulares ou em frente da televisão.

Uma revisão sistemática realizada por Araújo *et al.* (2025) apontou diversas questões relacionadas à temática. Em primeiro lugar, foi percebida a correlação positiva entre o tempo de telas e a intensidade dos sintomas típicos em crianças com TEA visto que o uso prolongado de smartphones e televisão pode comprometer áreas ligadas à atenção e ao processamento social. Esse comprometimento pode dificultar o aperfeiçoamento de habilidades de comunicação e de regulação emocional, além de alterar a modulação da dopamina propiciando ou intensificando sintomas como hiperatividade, agressividade e os distúrbios do sono. Além disso, também foi possível perceber que o tempo excessivo de telas pode propiciar o surgimento de atrasos no neurodesenvolvimento e de sintomas comuns ao TEA mesmo em indivíduos neurotípicos propiciando ao risco de diagnósticos equivocados e reforçando a importância e contribuição dos fatores ambientais no neurodesenvolvimento infantil.¹²

Eu acho que essa questão do celular atrasou muito ela. Porque ela já tem 7 anos. Já era para ela estar bem mais desenvolvida [...] olha como ela fica desregulada quando está mexendo no celular (mãe apontando para a criança durante a realização da entrevista). Ela fica muito nervosa, muito nervosa mesmo. (E1)

Por que a pessoa ia ficar fazendo o que? Só dentro de casa na pandemia. Aí eu acho que devido a ficar muito tempo só no celular né, isso foi deixando ele mais estressado. Quando o celular descarregava, eu percebi que ele ficava com muita raiva. Acabou jogando o celular umas duas vezes na parede. Aí ele começou a ficar agressivo, cada vez mais agressivo. (E3)

O que eu me sinto frustrada, como mãe hoje, é de não poder tirar ele da tela, dar outras atividades para encher ele. Mas, para que isso aconteça, eu tenho que me dar mais do que eu já me dou. Tenho que pegar ele, levar para a praça, mas eu não sou de ferro. Então, assim, para mim é muito frustrante, eu ainda não ter essa demanda de tirar ele da tela, porque se eu tirar ele da tela, eu sei que ele vai melhorar muito, mas eu, como mãe, que carrego esse cansaço, não consigo levar ele toda tarde para uma praça. (E7)

CANNABIS SATIVA, ACESSO À PRESCRIÇÃO, CUSTOS E PRECONCEITO

Nenhuma das famílias entrevistadas utilizou o óleo de *Cannabis sativa* como primeira opção terapêutica. Todos os casos avaliados nesse estudo utilizaram essa opção devido à falta de boas respostas terapêuticas obtidas com o uso de medicações convencionais. Normalmente a utilização de medicações convencionais foi necessário de forma mais precoce quando a insônia acompanhava o quadro ou de forma mais tardia devido ao surgimento de agitação psicomotora ou agressividade importante.

Acho que ele começou a utilizar medicação entre os dois e os três, por aí. Porque o sono dele mudou totalmente depois dos dois anos. [...] Porque ele não dormia de jeito nenhum. Passava dias, aí dava um cochilinho de uma hora por aí, mas não dormia. (E8)

A médica disse para mim: mãe, eu vou passar a risperidona, não é indicado para a idade dele, que só tinha dois anos na época, mas pela agitação dele, ele tem que tomar essa medicação. E você, de certa forma, concordou? Concordei porque eu vivia já num desespero muito grande. Ele tinha uma agitação maior e desde novinho, eu não dormia, ninguém aqui em casa dormia. Aí, tipo assim, quando ela falou, eu pensei assim, meu Deus, meu filho tão pequeno, tem que estar tomando uma medicação forte. Mas, assim, era a única forma de, de certa forma, a gente ter um descanso. (E9)

Aí ele começou a ficar agressivo, agressivo. [...] Eu disse: vamos levar esse menino agora no médico, porque se ele não tomar medicação, quem vai tomar sou eu. (E3)

Atualmente, existem apenas duas medicações aprovadas pelo *Food and Drug Administration* para tratamento do TEA que são a Risperidona e o Aripiprazol. De toda forma, essas duas medicações apresentam indicação apenas para o tratamento de comorbidades ligadas ao transtorno como a irritabilidade e a agressividade. Outras classes são comumente utilizadas de forma “*off-label*” para tratamento de demais sintomas secundários como insônia, hiperatividade e ansiedade.¹³

Contudo, devido à ausência de resposta satisfatória ou à presença de efeitos colaterais com o início de medicações tradicionalmente utilizadas no TEA, foi preciso realizar diversos

ajustes. Seja aumentando a dosagem da classe utilizada, seja associando ou mesmo trocando para outras classes em busca de uma resposta satisfatória para a criança e para a família. Essa dificuldade de alcançar um controle adequado dos diversos sintomas que as crianças com TEA podem apresentar geralmente acabam por trazer a problemática da polifarmácia e por favorecer a ocorrência de efeitos colaterais.^{13, 14}

Ele melhorou com a risperidona, só que depois de um tempo, o organismo vai se acostumando, aí vai aumentando a dose, vai aumentando a dose. [...] Eu retornei para a neuro e ela foi calcular lá para ver se podia aumentar a dose. Ela olhou e disse: mãe, está no limite aqui. Não tem como aumentar, porque ele já está tomando uma dose já de adulto. (E9)

E aí eu testei o Risperidona, não deu certo. Do Risperidona foi pro Neuleptil. Não deu certo, deu mais fome. Saímos do Neuleptil e ficamos na Fluoxetina e no Topiramato. Também não deu certo. E aí eu tirei e ficou sem medicação nenhuma. (E5)

O risperidona deu certo, de uma certa forma. Aí depois de um ano ele começou a engordar muito com muita compulsão alimentar. Aí começou a agressividade. Aí o médico fez, acho que esse não tá dando certo, vamos pra o Aripiprazol. Deu certo também por um tempo. Mas depois começou tudo de novo. A agressividade e a agitação voltaram bem pior. Ele se batia demais. O rosto dele era todo arranhado, todo sangrando. Ele ficava todo roxo das pancadas que ele mesmo dava. E a gente só aumentava a dose e não via nada melhorando. Só via piorando. Enfim, esse remédio tá fazendo é mal. Eu vou tirar esse negócio. (E8)

A ausência de melhora motivou a busca por outras opções terapêuticas. Dentre essas opções, a *Cannabis* surge como uma esperança para essas famílias. Estudos pioneiros já sinalizavam que o sistema endocanabinoide pode modular aspectos fundamentais para indivíduos com TEA como as respostas socioemocionais, cognição, suscetibilidade a convulsões, nocicepção e plasticidade neuronal.^{15,16,17}

Nos últimos anos, estudos clínicos demonstraram resultados promissores do uso de derivados da *Cannabis* na melhoria dos sintomas secundários como de hiperatividade, agressividade e distúrbios do sono em crianças com TEA abrindo espaço para uma opção terapêutica alternativa ao uso da Risperidona e do Aripiprazol, ou mesmo de outras classes utilizadas de forma “*off-label*”. Além disso, esses mesmos estudos sinalizam benefícios dessa nova terapêutica para os sintomas primários do transtorno com melhora na interação social, comunicação, cognição, atenção, e sensibilidade sensorial. Por fim, também demonstraram que a curto ou médio prazo os efeitos colaterais do uso de derivados da *Cannabis* em crianças com TEA foram mínimos colocando um contraponto em relação aos efeitos colaterais comuns às classes tradicionalmente utilizadas como ganho de peso, síndrome metabólica

hiperprolactinemia, síndrome extrapiramidal, diminuição do limiar convulsivo e, muito raramente, a síndrome neuroléptica maligna.¹⁸

Nos relatos, o conhecimento pelas famílias de que os óleos feitos a partir da maconha poderiam ajudar seus filhos veio de diversas fontes diferentes. Em alguns relatos o conhecimento partiu de outras mães de crianças autistas que já utilizavam em seus filhos e viam bons resultados, em outros, através de profissionais multidisciplinares como fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e dentistas que recomendaram esse tratamento e em algumas entrevistas também se observou que a primeira ideia partiu de usuários de maconha que faziam o uso de forma fumada da planta tanto no contexto recreativo como no contexto terapêutico.

Porque ele só vivia se batendo. Ele altamente agitado, estressado. Eu já cheguei lá chorando, desesperada, porque não sabia mais o que fazer. Aí a dona da ONG falou: mulher, tente o óleo da *Cannabis*. Aí eu fui atrás das mães que usavam para poder pedir a indicação de um médico que prescrevesse. (E8)

Eu fique sabendo através de uma mulher de lá que dava ao menino dela. Ela pegou e disse: olha, é muito bom. E depois veio uma terapeuta também, de musicoterapia. Ela disse: olha, tu pode tentar o óleo lá pela associação ACAFLOR. (E3)

E meu primo também já tinha dito pra eu tentar o óleo da *Cannabis*, mas como ele é usuário eu não dei muito cabimento, né? A gente ficou até com medo. Ele usava por conta própria. Porque ele era usuário e ele acreditava que aquilo podia acalmar meu filho. E uma colega minha do trabalho também usava pra dores da fibromialgia. Mas ela não usava o óleo, ela fumava e dizia que ajudava. (E8)

Em apenas duas das 10 entrevistas realizadas durante esse estudo, a recomendação de buscar essa alternativa terapêutica partiu do próprio neurologista ou psiquiatra que vinha acompanhando a criança. De toda forma, nesses dois relatos (que por coincidência se referiam ao mesmo profissional), o psiquiatra que recomendou o óleo de *Cannabis* como opção terapêutica devido à falta de bons resultados com as medicações tradicionais testadas não apresentava o conhecimento básico acerca da temática e dessa forma não realizou a prescrição do óleo de *Cannabis*.

Um estudo conduzido por Evanoff *et al.* (2017) concluiu que apenas 9% dos currículos de 145 escolas médicas dos Estados Unidos incluíam em algum momento a temática da *Cannabis* medicinal em sua grade. Esse mesmo estudo avaliou que 85% dos médicos residentes entrevistados não teve nenhum contato com a temática durante a graduação ou mesmo durante a especialização. Vale ressaltar que esse estudo foi conduzido nos Estados Unidos, país onde

as regulamentações tanto para o uso terapêutico como para o uso recreativo da *Cannabis* já são bem mais flexíveis trazendo ainda mais importância ao tema.¹⁹

Foi aí que eu consegui falar com o psiquiatra. Lá eles começaram as medicações, mas não teve melhora nenhuma, com remédio nenhum. Aí ele foi trocando e trocando as medicações e nada de dar certo. Aí foi daí que ele disse: olha, você tem que procurar um médico do *Cannabis*. Você tem que arrumar um médico, porque só o canabidiol vai acalmar ela. Aí fiquei desesperada. Fui atrás de procurar alguém. (E6)

Tentou o Risperidona e não deu certo, tentou o Aristab e não deu certo. Aí ele disse, vamos pro óleo. Não tem pra onde correr. Se o óleo não der certo, eu não vou mais atender o seu filho porque eu não sei mais o que fazer. [...] Porque o psiquiatra sinalizou, mas ele mesmo não passava e também não sinalizou nenhum médico que prescrevesse o óleo. Ele só disse, vá atrás, se vire. (E2)

Nesse momento no itinerário terapêutico dessas famílias, começamos a perceber as barreiras geradas pelas políticas proibicionistas do início do século XX. Mães com certo medo e preconceito de iniciar o tratamento feito à base de uma planta com usos terapêuticos descritos há mais de 2.700 anos a.C. e médicos com total desconhecimento dessa opção terapêutica. Porque a ideia de tentar o óleo de *Cannabis* para casos de TEA refratários aos tratamentos convencionais teve que partir majoritariamente de outras mães, de terapeutas multidisciplinares ou mesmo de maconheiros e não dos próprios neurologistas ou psiquiatras que acompanham essas crianças?

Após ter o conhecimento de que o óleo de *Cannabis* poderia ser uma boa opção terapêutica para os seus filhos, inicialmente, o preconceito na cabeça de muitas dessas mães e famílias precisou ser quebrado. Mas, quando a sobrecarga nesses lares realmente era enorme e não se via uma luz com as medicações convencionais, o preconceito era substituído por esperança.

Eu comecei a pesquisar. No começo eu fiquei assim, meia receosa, pela droga em si, por ser algo vindo da maconha. Efeito alucinógeno, né? Era isso que eu tinha na minha cabeça. É um preconceito meu, entendeu? E eu acho que de muitas pessoas quando não conhecem. E aí eu comecei a estudar sobre isso, no YouTube, pesquisando... E vi a evolução do *Cannabis* em algumas crianças. Aí eu disse, por que não tentar, né? (E7)

O clima aqui já estava pesado. Eu não podia mais sair de casa nem o pai dele. Estávamos arengando direto por causa dele. O menino estava chorando direto, eu não aguentaria não. Era um desespero, estava a ponto de enlouquecer. Eu dizia ao pai dele, vamos embora, vamos deixar tudo aqui, eu não aguento mais. [...] E aí eu fiquei sabendo da *Cannabis* através da terapeuta ocupacional dele lá na FUNAD. Aí eu falei com o pai dele dessa opção, ele ficou meio assim também, minha família também ficou meio assim... Eu disse a ele, mas o que

importa é a gente ver a melhora dos nossos filhos, a gente poder sair, ele poder sair, ele ser uma criança saudável, né? (E4)

Nessa fase, os itinerários são marcados pela quebra de preconceitos pelos cuidadores e familiares na busca de novos horizontes para essas crianças que já não alcançavam um bom controle com medicação alguma e que, dessa forma, muitas vezes, já nem conseguiam frequentar à escola ou às terapias multidisciplinares devido à agitação e agressividade excessiva. Com o entendimento de que o óleo de *Cannabis* poderia ajudar seus filhos, nasce nos relatos uma fase de busca por acesso à prescrição pautada por novas barreiras criadas pelo preconceito e pela desinformação. A grande maioria dos neurologistas ou psiquiatras que vinham acompanhando essas crianças se recusaram a realizar a prescrição do óleo da *Cannabis* e desencorajavam essas mães a seguirem esse caminho.

Mas é muito difícil, porque eles não observam direito a criança. Fazem uma consulta bem superficial mesmo. E ainda mais para passar o óleo, aí que é mais difícil. Aí que eles não querem passar mesmo. Não sei por que essa resistência de passar o óleo. (E1)

Nenhum dos médicos dos meninos aceitavam, só que eu sou mãe, e eu disse na cara do psiquiatra dele, eu falei:

- Doutor, vamos tentar o óleo.
- Não, isso não funciona, não adianta, isso não vai funcionar!
- Vamos doutor, vamos tentar.
- Não adianta, mãe, isso não funciona, isso é a coisa do povo que tá falando.
- Tudo bem, vou dizer uma coisa pro senhor, próximo mês eu não venho mais, porque eu vou testar o óleo no meu filho, porque a mãe dele sou eu! se não funcionar, problema meu, porque sou a mãe e aí eu volto pro senhor pra dizer: realmente, doutor, o senhor tem a razão, não funciona, mas se funcionar e aí? [] Foi o que eu fiz, a mãe sou eu, eu vou testar, se não funcionar, eu volto, se ele não quiser me aceitar de novo, eu vou pra outro médico. Pronto, e foi assim. Nenhum dos médicos aceita, pouquíssimos médicos que aceitam, é muito difícil, eles têm preconceito com a medicação, eles têm preconceito que não vai funcionar, que não vai fazer efeito, só que pra mim, é uma planta como qualquer outra.” (E5)

Com a quebra dos vínculos com os neurologistas e psiquiatras, ou mesmo com a busca por outros profissionais médicos que detinham o conhecimento mínimo para realizar uma prescrição de óleos de *Cannabis*, os itinerários colhidos nessas entrevistas seguiram caminhos diferentes. Alguns buscaram inicialmente as associações produtoras do óleo e obtiveram indicações de profissionais capacitados, outros buscaram através de redes sociais e a grande maioria conseguiu o contato de médicos prescritores de *Cannabis* medicinal através de outras mães que já tratavam seus filhos com essa opção terapêutica.

Fiquei doida, porque eu estava vendo a situação da minha filha, e eu tinha que ir procurar ajuda para ela urgente. Foi daí que eu saí procurando, né? Eu procurei saber de médico no Instagram, procurando saber quanto que era a consulta com o médico que prescrevia, aí tinha 600, 600 e pouco, mas já estava disposta a pagar. Aí foi daí que eu liguei para a Associação ABRACE. A primeira vez que eu liguei, nem me deram atenção. A segunda vez que eu liguei, uma moça viu minha situação, né? E disse, olha, você mora onde? Eu falei, eu moro aqui em Colinas do Sul. Pronto, tem quatro médicos que trabalham nessa região e prescrevem. Aí ela me deu o nome desses quatro médicos e eu fui atrás de achar. (E6)

Aí eu fui atrás das mães que usavam para poder pedir a indicação de um médico. Aí elas indicaram um doutor que prescrevia. Eu já procurei logo um médico particular, porque ele não tinha tempo de ir atrás do público e eu não sei se encontraria. (E8)

Algumas dessas primeiras consultas para a prescrição do óleo de *Cannabis* ocorreram de forma gratuita em Unidades Básica de Saúde. Esses pacientes não faziam parte necessariamente da população adscrita por essas Unidade de Saúde, mas foram absorvidos como uma exceção por esses médicos. As demais consultas para a prescrição ocorreram em serviços particulares de forma presencial ou à distância. Com a avaliação desses pacientes foi realizada a prescrição individualizada de óleos de *Cannabis* ricos em CBD.

Todos os relatos avaliados nesse estudo tiveram como produtos prescritos, óleos produzidos por associações de cultivo. Ao todo, os relatos englobaram quatro associações de cultivo e produção de óleos de *Cannabis sativa*: Associação Brasileira de Apoio à *Cannabis* Esperança (ABRACE), Associação Jardim, Associação Canábica Florescer (ACAFLOR) e a Liga Canábica. Com a prescrição em mãos, essas famílias se dirigiam então para as respectivas associações onde eram acolhidas, tinham suas dúvidas sanadas, faziam um cadastro como associado e obtinham, então, o acesso ao óleo.

As diferentes formas de acesso a essa terapêutica começaram a se desenhar no Brasil em 2014. Nesse ano ocorreu o caso pioneiro da paciente Anny Fischer com epilepsia refratária em que seus pais foram autorizados após decisão judicial a importar medicamentos à base da *Cannabis*. Esse caso marcante abriu precedentes para que outras famílias comesçassem a requerer o tratamento canabinoide através de importação. Contudo, a burocracia e a lentidão desse processo através da ANVISA associado aos altos custos para a importação desses medicamentos afastavam essa opção terapêutica da maioria das famílias.²⁰

Nessa fase, surgiram as associações de cultivo com o intuito de facilitar o acesso a grupos de pacientes que necessitavam dessa nova opção terapêutica. As associações, na maioria dos casos, iniciam cultivos coletivos da planta de forma ilegal com o intuito de produzir formulações à base da maconha para seus associados. Para que um paciente possa se tornar um

associado e ter acesso aos derivados da *Cannabis* produzidos nessas associações é necessário que ele obtenha uma prescrição médica e um laudo que descreva a necessidade de saúde que levou esse paciente à busca dessa alternativa terapêutica. Com o tempo, essas associações tentem a crescer e podem solicitar na justiça a obtenção de um salvo-conduto ou Habeas corpus coletivo que regulamente o cultivo e proteja juridicamente a associação. Essa forma de acesso, reduziu os custos e a burocracia e democratizou o acesso medicinal aos derivados da planta.²¹

A comercialização em farmácias convencionais de produtos derivados da *Cannabis* só foi autorizada pela ANVISA em 2019 através da RDC 327/2019. Contudo, os custos elevados dessa forma de acesso continuam sendo um limitador importante de acesso. Além disso, nessa fase, o movimento associativo ganhava força ao passo que em meados de 2020, contabilizavam-se mais de quarenta associações canábicas no Brasil. Dessa forma, mesmo existindo outras formas de acesso aos derivados da maconha, como a importação ou a compra em farmácias convencionais, o movimento das associações de cultivo continua ganhando força. Atualmente, as associações de cultivo se constituem como a principal forma de acesso de pacientes às medicações produzidas a partir da *Cannabis* no Brasil.²²

Em muitos desses relatos, além de serem bem recebidas por essas associações de cultivo, muitas dessas famílias acabaram recebendo descontos. Esses descontos foram muito importantes para encorajar essas famílias a iniciarem tratamentos caros para suas realidades mesmo sem uma garantia de que essa nova opção terapêutica traria respostas satisfatórias.

Pronto, aí eu fui lá na ABRACE e falei com eles. Aí eles disseram, pronto, já que o médico receitou, agora você vai no CRAS pegar o seu extrato pra dizer que ele recebe o BPC pra a gente conseguir algum desconto. Aí, quando chegar aqui, a gente já faz o cadastro. Pronto, eu fui pra lá e fiz o cadastro. Com 20 minutos já saiu o resultado que seriam liberados os cupons de desconto e a anuidade. (E3)

Eu pesquisando vi que o melhor lugar para mim ir era a ACAFLOR. Então assim, a ACAFLOR perguntou as minhas condições financeiras. Eu fui bem sincera, estava passando uma situação muito... Aí eu perguntei qual era a possibilidade, quanto ficaria o óleo. Como a gente não tinha renda, estava sem renda, lá eles me davam um suporte de ser cadastrado por cadastro único, de ser isenta da anuidade de 100 reais. Você tinha que pagar só o valor do óleo mesmo. (E7)

Contudo, nos últimos meses diversas dessas famílias alegam que não estão mais conseguindo obter cupons de desconto nos produtos ou mesmo nas anuidades. Seja pelo aumento da procura a essas associações de cultivo por famílias de baixa renda, seja por outras circunstâncias internas às próprias associações, está cada vez mais difícil de ser contemplado pelos programas de isenção e descontos dessas associações.

A gente não vai parar assim do dia pra noite. Eu só estou lhe avisando que a gente vai dar uma diminuída em questão dos cupons de desconto porque a demanda tá muito grande e não está batendo as contas. (E4)

Na época foi liberado os cupons de desconto pra ele e a anuidade gratuita também. Aí fiquei recebendo. Só que hoje, hoje não tem mais como. A gente entra numa fila de espera infinita. (E3)

De toda forma, todas essas famílias, mesmo não obtendo mais com tanta facilidade os tão valiosos descontos que conseguiram no início do tratamento, optaram por permanecer utilizando os óleos de *Cannabis* devido a boa resposta clínica que obtiveram. Um ponto positivo que faz com que essas famílias consigam continuar o tratamento arcando com seus custos é o fato de que todas as crianças avaliadas nesse estudo estão atualmente contempladas pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC). Esse benefício oferece a garantia de um salário-mínimo por mês à pessoa com alguma deficiência que lhe cause impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo, que a impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade. Além disso, para ter direito ao BPC, é necessário que a renda por pessoa na família seja igual ou menor que 1/4 do salário-mínimo.²³

Eu não tenho nenhuma ajuda, nenhum suporte da minha família. É eu e os meninos 24 horas pra tudo. Pra cuidar da casa, pra cozinhar, pra cuidar dos meninos. Então, realmente, sem o BPC eu não sei como seria, né? Pra ter um sustento de tudo isso aqui. (E9)

O que salva é o BPC. Porque realmente é um tratamento caro e é difícil de manter. No meu caso, eu só compro 1 vidro, mas as minhas amigas compram de dois a três vidros de óleo por mês. É quase o BPC inteiro. (E2)

Em algumas das entrevistas, também foi avaliado a possibilidade de obtenção do tratamento através do processo de judicialização. O auxílio para seguir com esse processo em alguns casos veio da equipe de advogados da própria ABRACE e em outros casos partiu da busca direta das mães e pais à defensoria pública. A judicialização é uma forma de acesso à tratamentos que não estão disponibilizados no SUS. Nessas situações, transformam o direito fundamental à saúde em um processo judicial. Na esfera individual, essas ações podem trazer esperança e melhorar muito a qualidade de vida para condições com tratamentos que não estão contemplados pelo SUS. Contudo, no âmbito coletivo, esses múltiplos processos de judicialização podem gerar impactos orçamentários e financeiros inesperados ao sistema que dificultem a execução das políticas públicas planejadas, principalmente quando as medicações ou procedimentos judicializados apresentam um custo extremamente elevado.²¹

De toda forma, nos relatos analisados, a busca pela judicialização para garantir o acesso gratuito ao tratamento envolvendo os derivados da *Cannabis* foi infrutífera para a maioria das famílias entrevistadas. A demora para o andamento dos processos, o excesso de burocracia, o preconceito envolvendo a temática a falta de conhecimento técnico necessário dificultou com que a judicialização se concretizasse. De todas as dez famílias entrevistadas, apenas uma delas obteve sucesso com a judicialização que custeou o tratamento das suas duas filhas gêmeas durante o período de um ano. Após esse período, voltaram a obter as medicações mediante custeio próprio através do BPC associado aos cupons de desconto fornecidos pela ABRACE.

Justamente, a ABRACE tá quebrando um galho, porque demora muito. A Justiça não liberou ainda. A minha sorte é que o pessoal lá se reuniu, o pessoal da ABRACE, e tá, tipo, em doação, entendeu? Porque o Ministério Público demora demais. [...] Meu filho mudou muito depois do *Cannabis*, certo? Eu acredito que se não fosse a ABRACE que tivesse compaixão do meu filho, estava até hoje sem os óleos de *Cannabis* entendeu? E hoje ele estaria bem pior. (E10)

Além de conseguir continuar custeando o tratamento canabinoide com ajuda do BPC, algumas mães utilizam outras estratégias para reduzir os custos do tratamento como associar outras medicações convencionais mais baratas ao tratamento e assim conseguir diminuir a dose diária do óleo ou evitar realizar algum aumento da dosagem do óleo para que o custo mensal do tratamento não extrapole o orçamento da família. Isso torna-se necessário, financeiramente falando, para conseguir manter o tratamento com os óleos de *Cannabis*, mas acaba sendo um empecilho para que essas crianças alcancem o máximo potencial de melhora que essa alternativa terapêutica poderia proporcionar.

Aí, o que é que eu fiz? Na minha cabeça, eu como mãe, de manhã estou dando sete gotas do óleo e uma gota do Neuleptil e de noite eu só estou dando o Neuleptil pra ver se eu consigo ver a estabilidade dele e se eu consigo passar mais tempo com um vidro do óleo. (E7)

Só que aí chegou um tempo que se eu aumentasse o óleo demais, não ia ter como comprar, porque ia mudar pra dois frascos no mês. Aí eu preferi permanecer ali... Só que aí ele começou a ficar desregulado e a ficar agressiva até na escola, né? Aí eu disse, não, vou ter que procurar outro neuro. Aí foi quando a doutora adicionou o Aripiprazol. [...] O Aripiprazol é 170 reais, mas ele dá pra uns 3 meses. Aí eu fazendo as contas com o pai dele, disse, mesmo que a gente compre só os dois óleos, ainda vai ficar bem mais caro do que comprando o Aripiprazol e um vidro do óleo entendeu? (E3)

O acesso aos produtos derivados da *Cannabis* através do SUS ainda é escasso. Não existe um direcionamento federal sob a temática através de diretrizes, legislações ou protocolos

de tal forma que apenas algumas experiências pontuais nos âmbitos estaduais estão ocorrendo. Em São Paulo, um protocolo que visa dar acesso aos derivados da *Cannabis* através do SUS para casos específicos de epilepsia refratária foi criado em 2024. No mesmo ano, um protocolo do estado de Sergipe também foi criado e, através de diretrizes e requisitos claros, vem fornecendo de forma gratuita essa terapêutica para pacientes com TEA e com comportamento agressivo refratário aos tratamentos medicamentosos convencionais. Nos demais estados, não existem ainda iniciativas semelhantes que busquem dar acesso aos derivados da *Cannabis* através do SUS de tal forma que os pacientes acabam dependendo do custeio individual, de programas de isenção em associações de cultivo, ou da lenta e incerta judicialização do tratamento.^{24,25}

De toda forma, com alguns ajustes financeiros e estratégias individuais, as famílias entrevistadas mantiveram o tratamento com o óleo de *Cannabis* por acreditarem que de certa forma isso fez sentido, ajudou e vem ajudando seus filhos. Essa opção terapêutica que surgiu como uma esperança em meio à falta de resposta às medicações convencionais não é perfeita e imutável. Ao longo do tempo, devido ao próprio crescimento das crianças com necessidades específicas de cada fase da infância e devido também à adaptação do corpo às substâncias presentes na planta (evento comum à grande maioria dos demais fármacos psicotrópicos), é preciso realizar pequenos ajustes para manter a estabilidade das crianças avaliadas.

Os filhos da gente são ratinhos de laboratório. Porque não tem remédio para o autismo. A gente vai testando e cada corpo é diferente. A gente vai testando o que vai dar certo e, às vezes, dá certo em um momento e não dá certo em outro. Igual aos vários remédios que ele tomou. Deu certo por um tempo, mas o óleo foi o que está dando mais certo por mais tempo. E espero que continue dando.
(E8)

RESPOSTA TERAPÊUTICA COM O USO DE DERIVADOS DA *CANNABIS SATIVA*

Todas as crianças avaliadas nesse estudo utilizam óleos produzidos por associações de cultivo: dez usam óleos produzidos pela Associação Brasileira de Apoio à *Cannabis* Esperança (ABRACE), duas óleos da Associação Jardim e uma da Associação Canábica Florescer (ACAFLOR). Esses óleos produzidos por associações de cultivo são *full spectrum*, ou seja, apresentam todas as substâncias presentes na planta. Contudo, a proporção dessas substâncias pode ser modulada de acordo com a cepa ou *strain* da *Cannabis* que serviu para a produção do medicamento. A maioria das crianças avaliadas através das entrevistas utiliza óleos de *Cannabis sativa full spectrum* ricos em CBD. Apenas três crianças avaliadas utilizam óleos *full*

spectrum mistos com proporções equivalentes de CBD e THC que foram necessários, devido a persistência de sintomas como agressividade e hiperatividade mesmo com doses mais elevadas de óleos ricos apenas em CBD. Por fim, boa parte dos pacientes avaliados conseguiram desmamar por completo ou diminuir a dosagem de medicações que faziam uso antes de iniciar o óleo de *Cannabis*, mas, mesmo assim, a maioria ainda continua fazendo uso associado de outras medicações como antipsicóticos, anticonvulsivantes ou antidepressivos mesmo que em doses menores que as anteriores à introdução dessa opção terapêutica.

A dose média diária relatada dentre as dez crianças que utilizam óleos de *Cannabis* ricos em CBD foi de aproximadamente 27,1 mg/dia de CBD. A dose média de canabinoides entre as três crianças avaliadas que utilizam óleos com proporções equivalentes de CBD e THC foi de 16,3 mg/dia de CBD e 16,3 mg/dia de THC (quadro 3).

Quadro 3: Perfil de uso de medicações relatado durante realização das entrevistas.

Entrevista	Paciente	Tipo de óleo	Associação produtora	Doses médias diárias	Medicações associadas
E1	1	Rico em CBD	ABRACE	29 mg/dia de CBD	Levomepromazina
E2	2	Rico em CBD	ABRACE	29 mg/dia de CBD	Risperidona
E3	3	Rico em CBD	ABRACE	51,6 mg/dia de CBD	Aripiprazol
E4	4	Rico em CBD	ABRACE	13,3 mg/dia de CBD	Risperidona
E5	5	Rico em CBD	ABRACE	33,3 mg/dia de CBD	Sertralina + Lamotrigina
E5	6	Rico em CBD	ABRACE	33,3 mg/dia de CBD	Fluoxetina + Lamotrigina
E6	7	Rico em CBD	ABRACE	23,3 mg/dia de CBD	Atomoxetina + Fluoxetina
E6	8	Rico em CBD + THC	ABRACE	31 mg/dia de CBD + 31 mg/dia de THC	Risperidona
E7	9	Rico em CBD + THC	ACAFLOR	8 mg/dia de CBD + 8 mg/dia de THC	Periciazina
E7	10	-	-	-	Periciazina
E8	11	Rico em CBD + THC	ABRACE	10 mg/dia de CBD + 10 mg/dia de THC	Periciazina
E9	12	Rico em CBD	JARDIM	18 mg/dia de CBD	Depakene
E9	13	Rico em CBD	JARDIM	14,5 mg/dia de CBD	Aripiprazol
E10	14	Rico em CBD	ABRACE	26,6 mg/dia de CBD	-

Fonte: Dados da pesquisa

Os resultados clínicos relacionados à temática já existentes na literatura são muito variáveis, mas de uma forma geral, a tolerabilidade e segurança a curto e médio prazo são positivas visto que os efeitos colaterais costumam ser leves ou moderados e transitórios. Além disso, vale ressaltar que os efeitos colaterais comuns às outras medicações tradicionalmente utilizadas no TEA como os antipsicóticos são intensos e podem incluir síndrome metabólica, hiperprolactinemia, síndrome extrapiramidal, diminuição do limiar convulsivo, hepatopatias entre outros. De uma forma geral, em nenhuma das entrevistas do presente estudo foi identificado algum grau de piora nos sintomas avaliados após a introdução do óleo da *Cannabis*.

Além disso, de forma recordatória, em nenhum dos relatos avaliados foi referido o surgimento de algum efeito colateral após a introdução do óleo.^{18,26}

A variabilidade em relação à melhora dos sintomas de TEA com o uso da terapêutica canabinoide em estudos clínicos já realizados pode estar relacionada a uma série de fatores: 1) Diferente expressão de fitocanabinoides, terpenos e flavonoides nas diversas genéticas da *Cannabis sativa*; 2) Diversas formulações diferentes extraídas a partir da planta englobando os óleos *full spectrum* e aqueles com fitocanabinoides isolados; 3) Variabilidade de resposta e individualidade do sistema endocanabinoide; e 4) Enorme divergência de apresentações clínicas possíveis no TEA.

Em primeiro lugar, sabe-se que a *Cannabis* apresenta mais de 500 constituintes, incluindo centenas de fitocanabinoides além de flavonoides, terpenos, alcaloides, entre outros. A proporção com que essas centenas de substâncias diferentes se expressam na planta é extremamente variável visto que existem diversos genótipos da *Cannabis sativa* conhecidos como cepas ou *strains*. Além da variabilidade genética da espécie, a expressão de fitocanabinoides e a consequente resposta clínica relacionada depende também de fatores externos durante o crescimento da planta como temperatura, humidade, luminosidade, nutrição do solo entre outros.²⁷

Dessa forma, quando lidamos com medicações produzidas a partir da planta como os óleos *full spectrum*, precisamos levar essa grande variabilidade em consideração. Nesse sentido, algumas vertentes prezam pelo uso clínico de fitocanabinoides isolados. Contudo, diversos estudos trazem que a combinação entre os diversos fitocanabinoides, terpenos e flavonoides presentes na planta geram um efeito sinérgico conhecido como efeito comitiva ou efeito *entourage*. Esse efeito traz que a utilização de formulações *full spectrum* estão relacionadas a uma melhor resposta clínica, com menos efeitos colaterais e com a utilização de doses menores de fitocanabinoides quando comparados à utilização de formulações contendo fitocanabinoides isolados. Em uma metanálise foi demonstrado que os pacientes que utilizavam extratos *full spectrum* ricos em CBD relataram doses médias de 6 mg/kg/dia do canabinoide enquanto aqueles que utilizavam CBD isolado relataram doses médias de 25,3 mg/kg/dia.²⁸

Além disso, a resposta do sistema endocanabinoide aos fitocanabinoides extraídos da planta é muito individual e por esse motivo não existem doses padronizadas na literatura para as mais diversas aplicações terapêuticas da medicina canabinoide. Mesmo na presença de características fisiológicas e clínicas semelhantes entre dois indivíduos, cada pessoa apresenta uma resposta terapêutica distinta. Dessa forma, para alcançar uma dose que traga boa melhora clínica com o mínimo de efeitos colaterais é preciso que ocorra um acompanhamento

longitudinal entre o prescritores e o paciente com elevação gradual da dose e vigilância frequente do paciente.²⁹

Em todos os dez relatos do presente estudo, foi prescrita inicialmente uma dose baixa dos óleos de *Cannabis*. Com o tempo e através do acompanhamento longitudinal, foi possível chegar em doses ideais para cada caso que contemplassem a melhora clínica com a ausência de efeitos colaterais. Além disso, a variabilidade de doses entre as treze crianças avaliadas foi grande. Em relação às crianças que utilizavam óleos *full spectrum* ricas em CBD, a dose diária do canabinoide variou de 14,5 a 51,6 mg/dia. Além disso, três dessas crianças utilizavam óleos com proporções equivalente entre CBD e THC.

Por fim, a própria gravidade e apresentação de sintomas primários e secundários no TEA é extremamente variável. Indivíduos podem apresentar comprometimentos diferentes nas áreas da comunicação e interação social. Além disso, a existência e gravidade de sintomas secundários como hiperatividade, agressividade e distúrbios do sono também é extremamente variável de tal forma que o espectro pode variar de indivíduos que apresentam apenas alguns traços autistas, mas que não se enquadram no TEA devido à falta de comprometimento em suas vidas à indivíduos totalmente dependentes de terceiros.³⁰

Assim, devido a todos os aspectos mencionados que se relacionam à grande variabilidade de respostas clínicas quando se pretende utilizar derivados da *Cannabis* como opção terapêutica para o TEA, emerge a necessidade de valorizar conceitos presentes no Método Clínico Centrado na Pessoa. O método, é uma abordagem fundamental da Medicina de Família e Comunidade e busca trazer um olhar médico individualizado avaliando os pormenores da doença do paciente, avaliando todo o seu contexto pessoal e familiar e trazendo a decisão compartilhada entre médico e família à tona. Além disso, durante todo esse processo de avaliação e decisão, o método prega a necessidade fortalecimento de vínculo entre o médico, o paciente e sua família.³¹

Ao final da entrevista semiestruturada foi utilizada uma escala para mensurar o grau de melhora ou piora em sintomas comuns ao TEA após o início da terapia envolvendo derivados da *Cannabis*. Nessa escala, cada sintoma foi avaliado de forma isolada e os entrevistados foram orientados para realizar o preenchimento que poderia ir desde o “-5”, passando pelo “0” e indo até o “+5” indicando, respectivamente, piora extrema, ausência de resultados e melhora extrema em relação à cada sintoma. A utilização dessa escala foi necessária devido à ausência de instrumentos validados na literatura que se encaixassem ao modelo de relato retrospectivo proposto pelo estudo. O formato dessa escala está detalhado no final da entrevista semiestruturada (APÊNDICE A).

Após a coleta de todos os relatos, foi realizada a média aritmética das pontuações para avaliar em quais aspectos e sintomas comuns ao TEA essa opção terapêutica foi mais impactante na visão dos familiares entrevistados. A figura 1 resume os resultados:

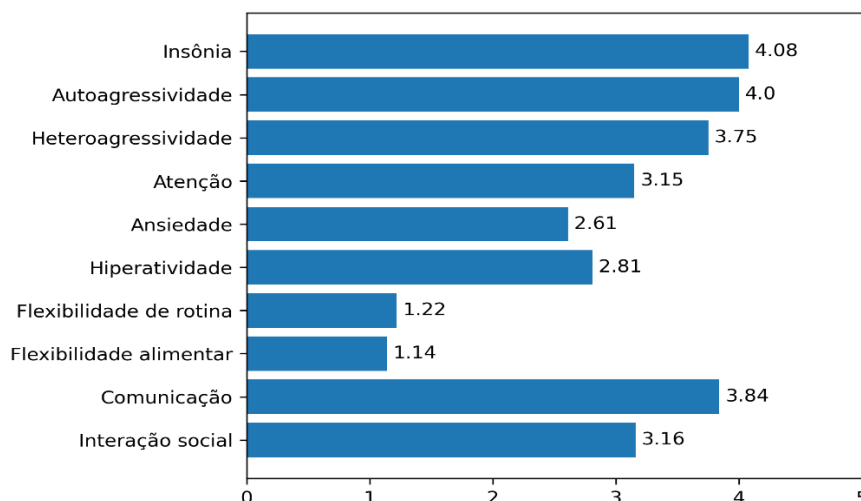


Figura 1: Resposta terapêutica média em relação aos principais sintomas presentes no TEA.
0: Ausência de melhora, +1: Melhora muito leve, +3: Melhora moderada, +5: melhora extrema.
Fonte: Dados da pesquisa

De uma forma geral, os sintomas que mais responderam à essa alternativa terapêutica foram os sintomas de insônia e de agressividade a si mesmo ou a terceiros. Sintomas esses, presentes em boa parte dos pacientes com TEA refratários às medicações convencionais e que prejudicam de forma radical a vida das crianças e dos familiares próximos. Atualmente, na rede pública de saúde do Estado de Sergipe, existe inclusive um protocolo de acesso à produtos derivados da *Cannabis* para aquelas crianças com TEA e comportamento agressivo refratário às medicações convencionais.^{14, 25}

Vale ressaltar que as medicações habitualmente utilizadas para controle dos sintomas secundários de TEA como os antipsicóticos, não apresentam benefícios comprovados referentes aos sintomas primários do transtorno como os déficits persistentes na comunicação e interação social.¹³ Contudo, compondo a média aritmética do instrumento utiliza na pesquisa, a pontuação obtida referente à comunicação e à interação social foi respectivamente de 3,84 e de 3,16 sinalizando uma melhora moderada nesses aspectos. Um ensaio clínico conduzido por Silva Junior *et al.* (2024) demonstrou que a mudança estatisticamente mais significativa após a introdução de derivados da planta foi justamente relacionada à interação social.³²

A pontuação obtida referente à melhora da atenção e ao controle da hiperatividade e ansiedade foi mais modesta e, segundo a avaliação retrospectiva dos pais, os sintomas avaliados que tiveram o menor grau de melhora após a introdução do óleo foram ligados à quebra de

rotina ou à flexibilidade referente à alimentação para aqueles indivíduos que apresentam seletividade alimentar. Essas mudanças mais sutis em relação a flexibilidade em relação à rotina e à adaptação às mudanças também convergiu para os resultados apresentados por Aran *et al.* (2021) que não demonstraram alterações significantes no questionário direcionado para a avaliação de flexibilidade em relação à rotina e da obediência em relação aos comandos após a introdução da terapêutica canabinoide.³³

Esse mesmo ensaio clínico, por outro lado, demonstrou respostas positivas em relação aos problemas comportamentais de uma forma geral para o grupo que utilizou óleos de *Cannabis sativa full spectrum* e respostas um pouco mais sutis em relação aos problemas comportamentais do grupo que utilizou uma formulação com canabinoides isolados reforçando a noção do efeito comitiva que sugere que a utilização de composições que englobem todos os componentes da planta são mais efetivas que aquelas composições com canabinoides isolados.

28,33

Por fim, é importante pontuar que os dados referentes à resposta clínica obtidos através das dez entrevistas realizadas no presente estudo apresentam limitações.

Em primeiro lugar, estamos lidando com um número pequeno de pacientes que foram selecionados por conveniência e que obtiveram boas respostas terapêuticas após o início do tratamento canabinoide de tal forma que continuam a fazer uso dessa opção terapêutica. Dessa forma, existe um viés de seleção claro sem ser possível explanar uma contraposição comparativa à adoção da terapia canabinoide de forma complementar. Além disso, por trata-se de uma avaliação retrospectiva que depende unicamente do relato recordatório dos cuidadores principais, podemos estar lidando com o viés de memória e com o viés de resposta.

Contudo, mesmo apresentando diversas fragilidades que comprometem a avaliação isolada desses resultados, os dados de resposta terapêutica obtidos pelo presente estudo são úteis para avaliar, na visão dos cuidadores principais, quais sintomas responderam de forma mais perceptível após o início do uso de derivados da *Cannabis* e quais sintomas comuns ao TEA não apresentaram respostas tão expressivas com essa opção terapêutica. Ademais, é possível comparar esses dados obtidos de forma recordatória com resultados pré-existent na literatura obtidos através de estudos clínicos com desenhos metodológicos mais robustos e adequados para essa finalidade.

BENEFÍCIOS GLOBAIS

O arsenal terapêutico convencional composto principalmente pela Risperidona e Aripiprazol é direcionado principalmente para controle de sintomas secundários ao TEA como insônia, agressividade e hiperatividade. Sintomas esses que geram muito desconforto e sobrecarga para as famílias envolvidas e que motivaram a procura de outras opções terapêuticas. Contudo, após iniciar o tratamento com os óleos de *Cannabis*, muitas famílias perceberam benefícios que vão além do controle desses sintomas secundários e refratários.

Como sintomas primários ao TEA, temos aqueles que dificultam a inserção desses pacientes à realidade. Quando descompensados, apresentam uma desatenção excessiva que dificulta a absorção e a interpretação de informações vindas do ambiente. Sem conseguir captar e interpretar a realidade externa às suas mentes, essas crianças ficam limitadas na devolutiva que dão ao meio ambiente e às pessoas ao seu redor com um comprometimento expressivo na interação social e comunicação.

Além da melhora nos sintomas que motivaram a busca pelo tratamento canabinoide como agressividade, insônia e hiperatividade, essas famílias também relataram com frequência, que a percepção das crianças em relação à realidade externa e ao meio ambiente em que estão mudou.

Eu acho que foi a questão de ela entender mais coisas. Ela tem mais percepção das coisas. Ela está falando mais palavras, coisas que ela não falava de jeito nenhum. Quando ela quer realmente uma coisa, assim, que é do interesse dela, ela aponta e fala. [...] Então, o óleo melhorou a compreensão dela das coisas. Das coisas ao redor dela. Do que acontece ao redor dela. (E1)

E o óleo, pra mim, ele deu um benefício mental, mas assim, de consciência. Ele começou a ter consciência, ter medo. Realmente ele começou a ter consciência das coisas. Ele melhorou muito. [...] Pra mim, como mãe, eu acho que o óleo deu a ele muito essa questão de consciência. E aí eu tenho medo de tirar o óleo porque pode ser que eu perca isso. Eu acho que isso aí veio do óleo, porque as medicações normais não me trouxeram isso. (E5)

Além disso, ao reduzir a agitação mental e física dessas crianças, o tratamento canabinoide possibilitou com que muitos desses indivíduos que estavam limitados ao ambiente doméstico conseguissem voltar a frequentar as terapias multidisciplinares e a escola. Dessa forma, com a melhora da percepção da realidade externa e com o retorno às terapias multidisciplinares, os ganhos no neurodesenvolvimento foram bem-marcados em muitos dos relatos.

Mudou muito a vida das minhas filhas, muito mesmo. Porque o que elas eram antes e agora, são outra criança. Hoje em dia elas vão pra sala de aula, vão pro consultório, vão pra as terapias. Não se jogam mais no chão, então outra criança. Hoje elas já compreendem mais, já falam mais e compreendem mais o mundo. É uma vida muito mais tranquila. (E6)

Com a melhora global dessas crianças e o retorno à escola e às terapias multidisciplinares, a esperança voltou para dentro dessas casas. Associado à essa esperança, o sofrimento dessas famílias também foi aliviado à medida que a agressividade e a hiperatividade foram melhorando.

Uma grande melhora, porque a gente passava por muita coisa. Até eu sofrer como avó dele, de ver a agressividade, de ver ele se bater, se jogar no chão. E na gente isso era muito doloroso, porque eu não sabia como fazer, o que fazer, né? Por mais que a gente dá muito amor, mas é o autismo que causa isso. E depois que ele começou a tomar o óleo, pra mim como avó, eu digo 100%. (E5)

O óleo pra mim foi uma maravilha. Porque antes era uma vida aperreada que eu tinha com elas. Porque elas se aperreavam e me aperreavam, né? Elas se agitavam, se jogavam no chão, batiam em todo mundo. (E6)

INTERAÇÃO SOCIAL, COMUNICAÇÃO E ATENÇÃO

Em todas as entrevistas desse estudo foi relatado melhora nos domínios da interação social, comunicação e atenção. Na última etapa da entrevista em que os principais cuidadores pontuam o grau de melhora em relação aos principais sintomas do TEA, a atenção, interação social e comunicação tiveram respostas satisfatórias. Na escala em que o “+1” representa uma resposta muito leve, o “+3” uma resposta moderada e o “+5” uma resposta extremamente positiva, a pontuação média foi de 3,16 para a interação social, 3,84 para a comunicação e 3,15 para a atenção.

Como relatado, a maior percepção da realidade externa está diretamente relacionada à atenção. Essa competência é fundamental pois, sem uma atenção mínima, a criança não consegue absorver informação externa nem as processar a ponto de transformar isso em ideias. Sem essa capacidade analítica, fica comprometida à compreensão de comandos básicos e o entendimento de regras sociais mínimas para permitir a inserção futura desses indivíduos na sociedade de forma autônoma.

Quando meu filho fez o tratamento só com Neuleptil, ele ficava mais tranquilo, mas não focado. Ele acalmava a criança, mas não dava a concentração, não dava aquele entendimento que falta no autista, né? Porque

assim, eu falar com o meu filho, e ele olhar pra mim, no meu entender, ele tá mais focado em aprender. E com o remédio normal, ele fica tranquilo, mas ele não fica focado, ele não fica concentrado. Esse é o meu ver. (E7)

Na maioria dos relatos, essa nova opção terapêutica foi iniciada como tentativa de controle da hiperatividade, insônia ou agressividade refratárias à terapia com medicações convencionais. Contudo, a melhora extrapolou esses sintomas e avançou para os domínios dos sintomas primários. Com a calma mental e física que o tratamento canabinoide trouxe, brotou a atenção em relação à realidade externa e foi possível que boa parte dessas crianças que estavam limitadas ao ambiente de suas casas pudessem retornar a frequentar a escola e às terapias multidisciplinares fundamentais para o neurodesenvolvimento delas. Assim, a melhora na comunicação e na interação social pode se relacionar tanto ao próprio efeito do óleo de *Cannabis* como também ao retorno à escola e às terapias multidisciplinares com o melhor aproveitamento das crianças em relação às atividades propostas por fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros. De toda forma, todo esse contexto de melhora global nos sintomas primários foi iniciado após a introdução da terapia canabinoide.

O *Cannabis* para mim, hoje, ele está me dando um suporte de ver uma coisa além deste tratamento. Estou na expectativa de pela concentração que o óleo de *Cannabis* trás para o meu filho, associado ao desenvolvimento das terapias, ele chegar a falar. O óleo é a concentração dele, fazendo com que trabalhe mais dentro do neurônio dele, a força de falar. (E7)

Na escola também ela interage. Ela gosta muito de brincar com as coleguinhas e com professor na Educação física. E as cuidadoras, tudinho gostam dela. Ela abraça, ela beija as cuidadoras e as crianças tudinho. Que antes, ela metia o pau nos pirralhos e hoje em dia é o contrário por causa do óleo. O óleo foi essencial na vida dela, não tem nem comparação. (E6)

FLEXIBILIDADE EM RELAÇÃO À ROTINA E À ALIMENTAÇÃO

Esses foram os sintomas avaliados ao final das entrevistas que obtiveram a menor resposta após a introdução dos derivados da *Cannabis* com pontuações médias de 1,22 para a flexibilidade em relação à rotina e de 1,14 para a flexibilidade em relação à alimentação.

Em relação à rotina, parece que esse comportamento está relacionado a algo mais intrínseco e imutável da criança. As pequenas melhoras relatadas nesse quesito durante as entrevistas talvez se relacionem mais à redução da ansiedade. Com a criança mais calma, se torna mais fácil quebrar um pouco da rotina e visitar locais que não são habituais, por exemplo.

Melhorou também. Na casa da minha irmã, que ele só queria ir pra casa da minha mãe. Na casa da minha irmã, não conseguia entrar, ele agora entra. E agora ele consegue entrar, consegue olhar a casa dela, observar, brincar. (E4)

A seletividade alimentar também parece não responder tão bem à terapia canabinoide. Talvez a seletividade alimentar esteja associada à uma série de fatores como à própria rigidez cognitiva associada ao aumento na sensibilidade às texturas, sabores e cheiros dos alimentos. Em apenas um dos dez relatos foi associada uma melhora importante da seletividade provocada após um aumento na dose e alteração na proporção dos fitocanabinoides presentes no óleo. Na segunda entrevistas da pesquisa, ocorreu uma troca de um óleo com proporção de 15:1 de CBD:THC para um óleo com uma proporção de 10:1. Além desse aumento proporcional da presença do THC, também ocorreu um aumento na dosagem diária de CBD como um todo. Após alguns dias da mudança, de forma bem-marcada, ocorreu uma reversão importante da seletividade alimentar que vem se sustentando até então.

Ele começou a tomar o óleo novo né? E com 10 dias, por incrível que pareça, eu estava jantando, ele chegou e pediu à comida que eu estava comendo, que era a sopa. E daí, pronto, não parou mais. Porque a seletividade alimentar que ele tinha era terrível, Terrível! E quem conhece ele, quem conhece a trajetória, fica impressionado quando eu posto o prato que ele comeu. (E2)

HIPERATIVIDADE E ANSIEDADE

Através dos relatos, foi possível perceber que tanto a hiperatividade como a ansiedade obtiveram respostas moderadas. A maioria das crianças continua apresentando hiperatividade e ansiedade, mas de forma mais controlada e menos intensa.

De acordo com os relatos, a ansiedade geralmente é desencadeada por alterações, mesmo que sutis, na rotina dos menores. Com a redução leve a moderada dessa ansiedade, torna-se mais fácil realizar alterações de rotina necessárias ou mesmo seguir o padrão habitual de rotina da criança com idas à escola e aos centros de terapias multidisciplinares.

Chegar na parada de ônibus, tinha que segurar ele, porque ele não ficava quieto não, de jeito nenhum. Ele queria correr pros carros, queria entrar no primeiro ônibus que passasse. Era aquela luta na parada de ônibus. Agora não, ele se senta de boa e espera horas. Fica lá olhando pro tempo. Se o ônibus demorar mais de hora, ele tá lá tranquilo olhando os carros passando. É muita tranquilidade. (E2)

A hiperatividade também não obteve uma melhora tão robusta com a introdução da terapêutica canabinoide, mas, vale ressaltar que todas as crianças conseguiram desmamar

completamente ou reduzir a dose de antipsicóticos como a Risperidona e o Aripiprazol que são utilizados normalmente para o controle da hiperatividade e de outros sintomas secundários. Sendo assim, a hiperatividade continua presente na maioria dos relatos, contudo, de forma mais controlada mesmo sem a presença de doses altas de antipsicóticos que geralmente estão associadas ao ganho excessivo de peso, síndrome metabólica e outros efeitos adversos comuns.

Ela teve uma melhora média. Ela ainda é um pouquinho agitada, mas ela melhorou um bocadinho. (E1)

Ele já chegou a tomar 4ml de Risperidona e aí com o óleo a gente começou a reduzir. E aí eu fui reduzindo, fui aguentando, fui reduzindo, reduzindo, reduzindo, reduzindo, até que ele chegou a tomar 0,5ml uma vez ao dia. Se ele não tivesse melhorado, eu não tinha conseguido desmamar o Risperidona, de 4ml pra 0,5. Ele ainda é hiperativo mais melhorou. (E5)

Dessa forma, mesmo com melhoras moderadas na ansiedade e na hiperatividade, foi possível flexibilizar mais a rotina, fazendo com que a criança volte a frequentar com mais facilidade às terapias multidisciplinares e desmamar completamente ou de forma parcial o uso de outras classes terapêuticas mantendo a hiperatividade sob controle.

AGRESSIVIDADE

Na última etapa da entrevista, também foi avaliada a mudança em relação à agressividade das crianças. De acordo com o preenchimento da última etapa da entrevista semiestruturada, a agressividade a si mesmo como o comportamento de se arranhar, se bater ou de bater a cabeça contra a parede ou o chão obteve uma pontuação média de 4,00 pontos representando uma melhora intensa. A heteroagressividade, ou seja, a agressão contra terceiros também obteve uma resposta satisfatória com uma pontuação média de 3,75. Ambos os sintomas, quando presentes, causam extremo prejuízo das crianças ao convívio social. A agressividade à terceiros quando muito frequente, impedia algumas das crianças avaliadas a frequentar o ambiente escolar. Dessa forma, ficava mais distante a ideia de no futuro conseguir inserir esses indivíduos de forma autônoma na sociedade. De uma forma geral, os dois tipos de agressividade responderam muito bem à terapia canabinoide e deram alívio e mais um pinga de esperança para essas famílias.

Porque antes era uma vida aperreada que eu tinha com elas. Porque elas se aperreavam e aperreavam, né? Ela se agitava e batia em todo mundo. Eu chegava em casa, o povo ligava pra mim. Venha buscar sua filha que ela ta quebrando tudo na escola. Ela quebrava tudo mesmo no colégio. Quebrava a

cadeira, a porta. Era dando nos meninos, se jogando no chão, pulando. Era dando na cuidadora. E depois do óleo? Poxa, melhorou. Melhorou grande. (E6)

Isso daí foi o óleo de *Cannabis* que me deu, não tiro mérito dele, não. Ele era agressivo com outras pessoas e com ele mesmo. O seu irmão apanhava de encher o buxo, batia nos meninos na escola, no judô. E aí o óleo deu isso pra gente. Zero a agressividade. Hoje em dia, graças a Deus, não tem mais não. (E5)

INSÔNIA

Por fim, foi avaliado a melhora após o início da terapia canabinoide em relação ao sono. Dentre todos os sintomas avaliados, a insônia foi aquela que obteve a melhor resposta com uma pontuação média de 4,08. A falta de um sono reparador é prejudicial para o neurodesenvolvimento das crianças. Além disso, esse sintoma é extremamente prejudicial para os familiares que convivem no mesmo domicílio. Quando a madrugada deixava de ser um momento de descanso e de recarregar as energias, a sensação de sobrecarga se intensificava.

Primeira noite que ele tomou, ele passou a noite todinha dormindo, porque ele dormia com a gente. [...] Eu fiquei a semana quase toda sem conseguir dormir porque ele me acordava de madrugada. E eu esperando ele me acordar, já acostumada. E eu, meu Deus do céu, o que aconteceu? Meu filho morreu, eu vim olhar ele no quarto pra ver se ele tava dormindo mesmo. Mas foi depois do óleo que ele começou a dormir. (E4)

Antes ele tomava o risperidona e tomava a melatonina. Eu dizia que o sono dele não estava tranquilo. Quando a gente começou o óleo, eu tirei a risperidona e a melatonina. Hoje em dia ele toma só o óleo à noite e dorme bem perfeitamente. (E5)

Os relatos e os dados referentes a resposta terapêutica após o início da terapia canabinoide conseguem refletir, na visão retrospectiva dos pais, em quais aspectos comuns ao TEA essa opção terapêutica conseguiu trazer as mudanças mais efetivas. Esses avanços, quando agrupados, refletem no desenvolvimento global dessas crianças e consequentemente na redução da sobrecarga de seus cuidadores e na melhoria da qualidade de vida dessas famílias. Além disso, mesmo não apresentando um número satisfatório de pacientes ou um desenho metodológico adequado para avaliar com rigor científico a resposta clínica com o uso de derivados da *Cannabis* no TEA, os dados alcançados no presente estudo convergem com resultados obtidos em estudos clínicos preexistentes na literatura como os ensaios clínicos realizados por Aran *et al.* (2021) e por Silva Junior *et al.* (2024)

REFERÊNCIAS

- 1 CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: um guia prático para a análise qualitativa. Tradução Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- 2 ALMEIDA M. L.; NEVES A. S. A popularização diagnóstica do autismo: uma falsa epidemia? **Psicol Cienc Prof**, v. 40, e180896, 2020.
DOI <https://doi.org/10.1590/1982-3703003180896>
- 3 KONSTANTAREAS, M. M.; HOMATIDIS, S. Assessing child symptom severity and stress in parents of autistic children. **J Child Psychol Psychiatry**. v. 30, n. 3, p. 459-470, 1989
- 4 DAWSON, G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. **Dev Psychopathol**. v. 20, n. 3, p. 775– 803, 2008.
- 5 FAVERO-NUNES, M. A.; SANTOS, M. A. Itinerário Terapêutico Percorrido por Mães de Crianças com Transtorno Autístico. **Psicol. Reflex Crit**. v. 23, n. 2, p. 208-221, 2010
- 6 WILL, M. N. et al. Evidenced-Based Interventions for Children With Autism Spectrum Disorder. **Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care**. v. 48, n. 10, p. 234–249, out. 2018.
- 7 Centers for Disease Control and Prevention. **Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder**. 2025. Disponível em: <https://www.cdc.gov/autism/data-research/index.html>. Acesso em: 19 dez. 2025.
- 8 Jornal da Paraíba. **Famílias paraibanas encontram dificuldades no diagnóstico e acompanhamento de pessoas com autismo**. Disponível em: <https://jornaldaparaiba.com.br/saude/familias-paraibanas-encontram-dificuldades-no-diagnostico-e-acompanhamento-de-pessoas-com-autismo>. Acesso em: 13 abr. 2025.
- 9 KOEGEL, R. et. al. Consistent stress profiles in mothers of children with autismo. **J Autism Dev Disord**. v. 22, n. 2, p. 205-216, 1992.
- 10 TUNALI, B.; POWER, T. G. Creating satisfaction: a psychological perspectiva on stress and coping in families of handicapped children. **J Child Psychol Psychiatry**. v. 34, n. 6, p. 945-957, 1993.
- 11 SANTOS, A. F. F. E. DOS; MASSI, G. A. DE A.; DIAS, C. E. B. Depressão em pais de crianças autistas: uma revisão integrativa. **CED**, v. 16, n. 4, p. e3862–e3862, 8 abr. 2024. DOI: 10.55905/cuadv16n4-037.
- 12 ARAÚJO, C. L. et al. Exposição a telas e o desenvolvimento neuropsíquico em crianças com Autismo: uma revisão sistemática. **CED**, v. 17, n. 6, p. e8719, 2025. DOI: 10.55905/cuadv17n6-106.
- 13 HENNEBERRY, E. et al. Decades of Progress in the Psychopharmacology of Autism Spectrum Disorder. **J Autism Dev Disord**, v. 51, n. 12, p. 4370–4394, 7 set. 2021.

- 14 ADLER, B. A. et al. Drug-refractory aggression, self-injurious behavior, and severe tantrums in autism spectrum disorders: A chart review study. **Autism**, v. 19, n. 1, p. 102–106, 26 fev. 2014.
- 15 CHAKRABARTI, B. et al. Endocannabinoid Signaling in Autism. **Neurotherapeutics**, v. 12, n. 4, p. 837–847, 28 jul. 2015.
- 16 SU, T. et al. Endocannabinoid System Unlocks the Puzzle of Autism Treatment via Microglia. **Front Psychiatry**, v. 12, 22 out. 2021.
- 17 KARHSON, D. S. et al. Plasma anandamide concentrations are lower in children with autism spectrum disorder. **Mol Autism**, v. 9, n. 1, 12 mar. 2018
- 18 SILVA, E. A. DA et al. *Cannabis* and cannabinoid use in autism spectrum disorder: a systematic review. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 44, jun. 2022
- 19 EVANOFF, A. B, et al. Physicians-in-training are not prepared to prescribe medical marijuana. **Drug Alcohol Depend.** v. 180, n. 1, p. 151-155, 2017.
DOI:10.1016/j.drugalcdep.2017.08.010
- 20 Reed A. M. **Pacientes de “*Cannabis* medicinal”: entre ativismos, mercados e setores da administração pública.** Orientadora: Lacerda P. M. 2023. 233p. Tese de doutorado (Programa de pós-graduação em ciências sociais). Instituto de ciências sociais da Universidade do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2023.
- 21 AZEVEDO, C. F. **O acesso legal à *Cannabis* medicinal no brasil: um direito fundamental.** Orientador: Heinen L. R. 95p. Trabalho de conclusão de curso (graduação em direito). Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina. 2020.
- 22 Núcleo Cânabis da plataforma brasileira de política de drogas. **Introdução ao associativismo canábico.** São Paulo: Disparo Comunicação e Educação, 2020. p. 126. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Introduc%C3%A7%C3%A3o-ao-Associativismo-Cana%C3%B3ico-2.pdf> . Acesso em: 12 dez. 2025.
- 23 GOVBR - Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome: **Benefício de Prestação Continuada (BPC)**, c2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc> Acesso em: 12 dez. 2025.
- 24 Consultor jurídico [homepage na internet]. **A evolução da *Cannabis* medicinal no Brasil.** Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2023-dez-20/a-evolucao-da-Cannabis-medicinal-no-brasil/>. Acesso em 13 abr. 2025.
- 25 CONCEIÇÃO, B. M. **Protocolo De Acesso Aos Produtos Derivados De *Cannabis* spp. Para Tratamento Do Comportamento Agressivo No Transtorno Do Espectro Do Autismo Na Rede Pública De Saúde Do Estado De Sergipe** [Internet].

- Secretaria De Estado Da Saúde; 2024. Disponível em: <https://saude.se.gov.br/wp-content/uploads/2024/08/Protocolos-Cannabis-SPP-Autismo.pdf>, Acesso em: 19 dez. 2025
- 26 RIEIRA, R. et al. Therapeutic Use of *Cannabis* Derivatives and Their Analogs for Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. **J Clin Pharmacol**. v. 65, n. 11, p. 1339-1349, 2025. DOI: 10.1002/jcph.70068.
 - 27 RADWAN, M. M. et al. Cannabinoids, phenolics, terpenes and alkaloids of *Cannabis*. **Molecules**. v. 26, n. 9, 2021. DOI: 10.3390/molecules26092774.
 - 28 PAMPLONA, F. A.; DA SILVA, L. R.; COAN, A. C. Potential Clinical Benefits of CBD-Rich *Cannabis* Extracts Over Purified CBD in Treatment-Resistant Epilepsy: Observational Data Meta-analysis. **Front Neurol**, v. 9, 12 set. 2018.
 - 29 BARROSO, V. V. ***Cannabis medicinal: guia de prescrição***. Santana de Parnaíba: Manole. 2023
 - 30 MARTÃO, M. I. S. **Encontro com pais de filhos com traços autistas: compreendendo a experiência emocional**. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
 - 31 STEWART, M. et al. **Medicina Centrada na Pessoa** – Transformando o método clínico. 4 ed., Porto Alegre, Artmed, 2026
 - 32 SILVA, E. A. DA et al. Evaluation of the efficacy and safety of cannabidiol-rich *Cannabis* extract in children with autism spectrum disorder: randomized, double-blind and controlled placebo clinical trial. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 46, 2024.
 - 33 ARAN, A. et al. Cannabinoid treatment for autism: a proof-of-concept randomized trial. **Mol Autism**. v. 12, n. 6, 2021. DOI: 10.1186/s13229-021-00420-2

CAPÍTULO 3

Nesse capítulo apresenta-se o Produto Técnico Tecnológico na modalidade de oferta de curso de formação acadêmica/profissional. Trata-se de um minicurso acerca da *Cannabis* medicinal, aplicações terapêuticas e princípios para a prescrição. Esse produto está em concordância com uma das grandes percepções encontradas durante a realização das entrevistas e análise dos itinerários terapêuticos das crianças com TEA que usam produtos derivados da *Cannabis* e relaciona-se ao aspecto da escassez de conhecimentos acerca da temática por parte da grande maioria dos profissionais de saúde que prestam atendimento a crianças com TEA.

PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO

Oferta de minicurso de capacitação para médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade e alunos da graduação em medicina acerca da *Cannabis* medicinal, aplicações terapêuticas e princípios para à prescrição.

INTRODUÇÃO

O uso da *Cannabis* de forma medicinal com suas vastas aplicações terapêuticas apresenta registros históricos de mais de 2700 anos a.C. As grandes civilizações da época como a chinesa, indiana e egípcia descreveram diversas aplicações da planta como para o tratamento de dores, distúrbios menstruais, convulsões e para o restabelecimento do bem-estar geral. A planta e seu uso terapêutico se espalharam por todos os continentes e no início do século XX, inclusive no Brasil, era possível adquirir em farmácias convencionais formulações que utilizavam a *Cannabis* como base. Além do uso terapêutico, algumas dessas culturas como a indiana e diversas etnias africanas também incorporaram a planta às suas práticas religiosas.¹

A planta chegou à américas através dos negros escravizados. Após a proibição da escravidão no final do século XIX, a erva continuou a ser utilizada principalmente por essa classe sociais. Incentivado por ideais positivistas de higienização social, boa parte dos costumes associados às classes sociais mais marginalizadas passaram a ser proibidos. Na década de 1930 devido principalmente a questões sociais ligadas às classes sociais que mais utilizavam a planta como os negros, os Estados Unidos iniciaram o processo de criminalização e proibição da planta. Esse processo com raízes pseudocientíficas rapidamente se espalhou e a mesma planta

que desde a antiguidade foi utilizada por diversas culturas como uma das armas mais versáteis do arsenal terapêutico, passou a ser a substância proibida mais utilizada ao redor do mundo.^{2,3}

Dessa forma, o uso da planta com finalidades terapêuticas, recreativas ou religiosas foi colocado na ilegalidade. Assim, além da proibição do uso, toda e qualquer pesquisa científica envolvendo as aplicações terapêuticas da *Cannabis* foi freada. Com isso, o conhecimento científico acerca da planta foi estagnado com ela saindo das diversas farmacopeias mundiais e caindo no esquecimento científico.⁴

Em contrapartida, mesmo com a proibição, o uso da planta ao redor do mundo nunca foi freado. O uso ilegal de forma recreativa, religiosa ou terapêutica nunca parou e com isso, os olhares médicos para os possíveis benefícios terapêuticos da *Cannabis* aos poucos foram voltando a cena científica.

Atualmente, a esfera da *Cannabis* medicinal segue em um relativo renascimento científico onde diversos países afrouxam as barreiras proibicionistas e cientistas pioneiros voltaram a estudar seus benefícios. Pesquisas diversas já apontam grandes benefícios do uso de formulações à base da *Cannabis* para distúrbios dos mais variados como doenças neurodegenerativas, epilepsias, dor crônica, autismo entre outras. Nesse momento, contudo, o curriculum base das faculdades de Medicina espalhadas pelo Brasil e pelo mundo não estão acompanhando esse renascimento científico e, assim, está sendo gerado um vazio assistencial em torno dos pacientes que já fazem uso de formulações a base de *Cannabis* ou que podem apresentar benefícios com o seu uso terapêutico.^{5,6}

Os poucos profissionais que prescrevem e lidam com as variáveis envolvendo a medicina canabinoide estudaram o tema e se aprofundaram por desejo individual. Afinal, no Brasil existem apenas alguns relatos isolados de que esse tema está sendo abordado em universidades e faculdade médicas, mesmo que de forma pontual. A primeira Universidade do país a criar uma disciplina que busque tratar do tema foi a UFPB com a criação em 2019 da disciplina intitulada: Sistema Endocanabinoide e Perspectivas Terapêuticas da *Cannabis* e Seus Derivados. Nos últimos anos, outros expoentes também tomam a ponta para trazer conhecimentos básicos do tema para profissionais de saúde. Como exemplo, temos o curso de extensão da Universidade Federal de São Paulo intitulado de “o uso terapêutico da *Cannabis sativa* L.” que desde 2018 tem levada educação gratuita para profissionais das mais variadas áreas.^{7,8}

Esse vazio assistencial não se relaciona apenas ao pequeno número de profissionais que conhecem os princípios da terapia canabinoide e podem dar seguimento para esses pacientes, mas se relaciona também à falta de conhecimento e ao preconceito deixado pelo proibicionismo

envolvendo grande parte dos profissionais médicos que desaprovam qualquer tentativa de uso terapêutico da planta.⁹

Em diversos relatos dos itinerários terapêuticos ao longo da presente dissertação de mestrado, foi possível identificar o preconceito de alguns profissionais da saúde com os pacientes e familiares que estavam em busca de iniciar um tratamento envolvendo a planta ou de dar continuidade ao tratamento canabinoide já em curso. O preconceito advém principalmente do longo histórico de proibição de uso da planta que desde a década de 1930 se aproximou da ilegalidade e do tráfico de drogas.⁹

Nesse sentido, percebe-se o abismo que existe em relação ao renascimento científico da *Cannabis* e o conhecimento de grande parte de profissionais médicos. Além desse distanciamento, o preconceito permanece forte e relaciona-se ao longo período de proibição do uso da planta que se arrasta desde a década de 1930 no Brasil e em grande parte do mundo. Para contornar o desconhecimento técnico e o preconceito dos profissionais, o único caminho é o de estimular a educação médica acerca da planta e de suas possíveis aplicações terapêuticas.

OBJETIVO

Capacitar Médicos de Família e Comunidade e graduandos de medicina acerca das potencialidades terapêuticas da *Cannabis* medicinal e dos princípios básicos para a sua prescrição.

METODOLOGIA

Trata-se da oferta intermitente de minicurso de *Cannabis* medicinal, aplicações terapêuticas e princípios para a prescrição. Esse minicurso será ofertado de forma periódica para Médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade da UFPB e para graduandos de medicina durante o internato em Medicina de Família e Comunidade.

Para os médicos residentes, a oferta ocorrerá de forma anual e para os graduandos, a oferta será realizada a cada dois meses devido à grande rotatividade de estudantes durante o internato.

Como a educação médica contemporânea se baseia em competências essenciais definidas para cada temática abarcada nas grades curriculares, o primeiro passo para elaborar esse minicurso foi o de pensar nas competências essenciais relacionadas ao tema da *Cannabis* medicinal. Um estudo recente buscou identificar quais seriam essas competências essenciais ao

estudo da medicina canabinoide unindo à opinião de diversos especialistas na área e facilitando assim, o processo de construção da educação médica. As competências principais encontradas por esse estudo nortearam a elaboração desse minicurso de *Cannabis* medicinal, aplicações terapêuticas e princípios para a prescrição.¹⁰

O minicurso vem ocorrendo de forma presencial no ambiente de Centro de Ciências Médicas da UFPB e tem duração mínima de 4 horas. É realizado no formato de aula expositiva com abertura para discussões e dúvidas a qualquer momento. Ao final da aula, o conteúdo chave da apresentação é disponibilizado para todos os participantes.

A ementa pedagógica do minicurso está disponibilizada no final desse trabalho (APÊNDICE C). Os temas abordados são diversos e buscam abranger as competências principais relacionados à *Cannabis* medicinal, sendo eles:

- A planta: busca-se desmistificar e trazer a ideia de que a *Cannabis* é a mesma planta que a maconha. A diferença de utilizarmos preferencialmente o termo “*Cannabis*” quando lidamos com a questão medicinal é unicamente porque o termo “maconha”, de origem africana, carrega um teor pejorativo ligado aos vários anos em que esta planta é considerada ilegal e ligada ao tráfico de drogas. Nesse tópico também é abordado acerca das principais substâncias encontradas na planta, sendo elas, o CBD e o THC e quais os efeitos e percepções no organismo provocadas com seu uso.
- História de uso e proibição: apresenta a contextualização histórica desde os primeiros registros do uso da planta em civilizações antigas. O raciocínio continua para demonstrar como a erva se espalhou pelo mundo e como chegou às américas através dos negros africanos escravizados. De forma sequencial, busca expor as raízes da proibição da maconha que se associam muito mais ao contexto social e repressivo contra os negros e seus expoentes culturais do que a questões científicas e ligadas à saúde.
- Renascimento Científico: explora acerca do ressurgimento das pesquisas científicas mesmo em um contexto em que a planta continua proibida, expondo os primeiros estudos que isolaram os principais compostos da planta, os principais receptores endógenos e as demais peças do quebra-cabeça do sistema endocanabinoide.
- Sistema endocanabinoide: apresenta os componentes do sistema, sua localização corporal e como funciona a sua atuação relativa aos demais sistemas orgânicos tradicionalmente discutidos nos cursos da saúde. Com o estudo do sistema endocanabinoide busca trazer o entendimento do porquê de as aplicações terapêuticas da *Cannabis* serem tão diversas.

- Aplicações terapêuticas: é discutido quais as principais propriedades da planta em nosso organismo associando às principais condições clínicas que podem apresentar benefícios com a utilização terapêutica de derivados da planta.
- Prescrição: de forma prática, traz conceitos fundamentais acerca da prescrição de derivados da planta bem como das várias formulações encontradas no Brasil e das exigências necessárias para a correta prescrição. Ao final do curso, é apresentado três casos clínicos reais com o intuito de discutir e consolidar os conhecimentos adquiridos durante o encontro.

DISCUSSÃO

Quando falamos de educação médica, sempre é bom lembrar que a medicina por si só não é estática. A forma de pensar é respaldada por modelos e percepções vigentes na época e os saberes incorporados às grades curriculares precisam de atualizações periódicas conforme o conhecimento avança. As mudanças na formação médica também acompanham as mudanças no próprio modelo do sistema de saúde predominante. Com a chegada do SUS, por exemplo, e a capilarização da saúde através da Estratégia de Saúde da Família, o ensino tem se moldado para dar maior enfoque às questões sociais que norteiam e interferem nos processos de saúde-doença e para uma educação mais horizontalizada, abrangente e menos pautada apenas na visão biomédica e hospitalocêntrica.¹¹

Contudo, todas essas mudanças na educação médica ocorrem de forma secundárias às mudanças no pensamento vigente, aos avanços dos conhecimentos médicos e às mudanças nos modelos dos sistemas de saúde vigentes. Primeiro surge um distanciamento acerca do que é pautado nas universidades e faculdades em relação à realidade fora do ambiente acadêmico. Esse distanciamento provoca, então, questionamentos e tensionamentos. Esses tensionamentos, por sua vez, estimulam reformulações da forma de pensar os saberes médicos. Atualmente, esse mesmo processo está ocorrendo quando falamos dos saberes em relação à medicina canabinoide. Fora do ambiente acadêmico pacientes e famílias percorrem longos itinerários terapêuticos em busca de uma melhor qualidade de vida com o uso de derivados da planta, enquanto dentro das universidades e faculdades médicas, o pensamento sobre o uso terapêutico da *Cannabis* ainda é atrasado, repleto de preconceitos ou mesmo inexistente.¹²

O estudo sobre os itinerários terapêuticos de paciente com autismo que utilizam derivados da *Cannabis* demonstrou que esse tensionamento já vem ocorrendo. Os conhecimentos acerca das aplicações terapêuticas da planta avançam e já está totalmente

elucidado o sistema endocanabinoide que interage com a grande maioria dos demais sistemas orgânicos. Contudo, por falta de atualização e pelo preconceito, esses conhecimentos ainda não estão integrados às bases curriculares dos cursos médicos.

O proibicionismo ligado à *Cannabis* repercute de forma direta no acesso à essa possibilidade terapêutica. O proibicionismo, freou as pesquisas que antes já ocorriam, estigmatizou a planta que caiu na ilegalidade e no tráfico de drogas, e afastou os estudos das potencialidades terapêuticas da planta das faculdades e universidades médicas.⁴

Essas marcas trazidas pelo proibicionismo persistem limitando e interferindo negativamente na vida de paciente que podem apresentar grande melhoria com o início do tratamento e dificultando os itinerários terapêuticos daqueles que já utilizam derivados da *Cannabis*, mas que precisam manter algum tipo de acompanhamento médico responsável ou simplesmente renovar suas receitas.

Atualmente ainda é limitado o número de médicos prescritores de derivados da *Cannabis* e isso se deve principalmente à insegurança prática atribuída especialmente à falta de formação adequada sobre o uso terapêutico da planta e ao preconceito. Enquanto os estudos avançam ao redor do mundo, o tema acerca do sistema endocanabinoide, da *Cannabis* e de suas vastas aplicações terapêuticas permanece inexistente na formação dos médicos brasileiros.⁹

Enquanto o tema da proibição da *Cannabis* vem sendo discutido ao redor do mundo, cabe ao meio científico e aos serviços de educação médica dar visibilidade ao tema e quebrar tabus construídos a décadas sob as bases do proibicionismo.

Nesse sentido, é de suma importância que a temática da *Cannabis* medicinal passe a ser debatida de forma aberta e sem preconceitos nas faculdades e universidades médicas pelo Brasil. A planta precisa ser tratada como mais uma arma no arsenal terapêuticos que temos a fim de tratar pacientes das mais variadas enfermidades buscando sempre melhoria em suas vidas.

Combater ideias arraigadas em pensamentos antigos e muitas vezes preconceituosos é uma tarefa árdua, a educação entra como uma força disruptiva e aliada aos oprimidos. Segundo Freire (1970, p. 18) “que faça da opressão e das suas causas objeto da reflexão dos oprimidos, de que resultará o seu engajamento necessário na luta por sua libertação, em que esta pedagogia se fará e refará”. Ou seja, o maior motivador para a mudança de pensamento em relação ao tema da *Cannabis* medicinal é a educação ao passo que expondo as verdades, poderá libertar a planta de todo o preconceito arraigado e construído nas últimas décadas.¹³

Só a educação vai ter essa força transformadora e o pioneirismo de ações como essa deve estimular o fortalecimento do movimento e dar maior visibilidade para a medicina canabinoide.

O Produto Técnico Tecnológico apresentado nesse capítulo vem sendo realizado desde julho de 2025. Já foram realizados encontros presenciais tanto com médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade como com alunos do internato da graduação de medicina e a intenção é que esse minicurso continue sendo ofertado de forma bimestral para os alunos da graduação de medicina da UFPB e de forma anual para os médicos residentes do programa de Medicina de Família e Comunidade da UFPB.

Os primeiros encontros durante os minicursos realizados com os médicos residentes e alunos da graduação foram bastante proveitosos por diversos motivos:

- 1) Em primeiro lugar, não pude perceber preconceito por parte dos participantes. De forma contrária, a curiosidade em aprender um pouco sobre uma área da medicina ainda não incorporada à grade curricular das universidades transformou a aula puramente expositiva em uma troca de conhecimentos com dúvidas e questionamentos surgindo a todo momento. Percebi também que os encontros que duraram em média quatro horas não foram suficientes para sanar com a curiosidade sobre o tema de tal forma que muitos médicos residentes e graduandos permaneciam esclarecendo dúvidas mesmo após o término da aula expositiva.
- 2) Em segundo lugar, o desconhecimento acerca do sistema endocanabinoide foi praticamente unânime. Como um sistema orgânico já elucidado pela ciência moderna, presente em todo o organismo e que interage com todos os demais sistemas orgânicos não é explorado na área da saúde? Através da explicação acerca dos componentes desse sistema e de seu funcionamento foi muito mais fácil explorar o porquê de os tratamentos envolvendo a planta serem tão vastos e apresentarem aplicações terapêuticas para distúrbios ou condições tão diversas.
- 3) Por fim, foi interessante perceber que grande parte dos participantes acreditavam que era preciso ter alguma certificação ou curso para poder ter o direito de prescrever derivados da *Cannabis*. Ideias puramente frutos da desinformação que é a principal causadora do vazio assistencial em relação aos profissionais médicos que prescrevem e acompanham tratamentos envolvendo a planta.



Figura 1. Três momentos da primeira oferta do minicurso de capacitação para médicos residentes e alunos da graduação de medicina acerca da *Cannabis* medicinal, aplicações terapêuticas e princípios para a prescrição.



Figura 2. Segunda e terceira ofertas do minicurso de capacitação, dessa vez composta apenas de alunos da graduação de medicina durante o rodízio de Medicina da Família e Comunidade no Internato.

Sob a visão dos próprios alunos que participaram do minicurso, também é possível perceber a importância de trazer esse tema, de forma aberta e sem preconceito para Médicos de Família e Comunidade e para estudantes da graduação de medicina. Diversos relatos exemplificam isso, tais como os apresentados no Quadro 4.

Esses relatos consolidam a importância de abordar o tema da *Cannabis* medicinal no ambiente acadêmico. Seja para quebrar preconceitos sobre a planta, seja para preparar os profissionais do futuro para ofertarem essa possibilidade terapêutica para os pacientes. Dessa forma, é de suma importância que as noções básicas sobre *Cannabis* e suas possibilidades terapêuticas sejam incorporadas às grades curriculares da maioria das faculdades e universidades médicas pelo Brasil.

Quadro 4: Relatos dos participantes do minicurso de *Cannabis* medicinal, aplicações terapêutica e princípios para a prescrição

“Essa aula traz uma quebra de estigmas, sobretudo quanto ao histórico de criminalização. Além disso, por quebrar essa barreira, promove uma mente mais aberta para o entendimento do uso terapêutico”
“A aula foi muito importante não só para quebrar o estigma, mas mostrar como pode ser usado o extrato de <i>Cannabis</i> de forma segura, baseado em pesquisas científicas. Também considero essa aula importante porque no curso de medicina não temos contato com o tema, sendo assim, relevante para a prática clínica”
“Enquanto acadêmicos de medicina, corremos o perigoso risco de enviesar a nossa prática clínica a partir das nossas experiências prévias. Se por um lado isso constitui uma potencialidade, por outro lado também representa um sério perigo ao moldar o futuro da medicina da mesma forma que consolidou velhos padrões de desigualdade, individualismo e preconceitos na gênese da nossa sociedade. Essa aula, além de capacitar, também expande o horizonte da consciência pessoal”
“A aula serviu para quebrar a hermenêutica da medicina que, infelizmente, continua sendo positivista e racista. Indispensável discutir de onde são construídas as “verdades” e entendimentos sobre a ciência. Além de aprender e pesquisar outras formas de cuidar, como formas inclusivas e ancestrais como a <i>Cannabis</i> ”
“A aula foi extremamente útil para quebrar um preconceito enraizado de toda a minha vida, mesmo como acadêmico. Além disso, saber da utilidade clínica medicinal faz com que eu tenha um leque terapêutico ainda maior. Pretendo entender mais sobre o tema para de fato trazer à minha prática médica”
“Achei importante aprender sobre maconha e canabidiol de um ponto de vista farmacológico e científico. No curso, esse tema só foi citado em um contexto politizado, inespecífico e com lacunas”
“Essencial para ampliar conhecimentos sobre a temática, em virtude da falta de abordagem no contexto acadêmico e, dessa forma, poder ofertar um maior arsenal terapêutico no contexto da atenção primária à saúde para meus pacientes”

Fonte: Elaborada pelo autor, 2026

REFERÊNCIAS

- 1 KALANT, H. Medicinal Use of *Cannabis*: History and Current Status. **Pain Res Manag**, v. 6, n. 2, p. 80–91, 2001.
- 2 RUBIN, V. ***Cannabis and Culture***. [s.l.] Berlin, New York De Gruyter Mouton, 1975.
- 3 BARROS, A.; PERES, M. Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas. **Periferia**, v. 3, n. 2, 26 dez. 2011
- 4 CAETANO, R. M. S. **Influência de aspectos políticos e culturais no desenvolvimento de pesquisas que empregam o uso de canabinoides**. 2019. 45 f. Monografia (Graduação em Farmácia) - Escola de Farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2019.
- 5 FERRARI, N. F. M. **Curso de capacitação sobre a *Cannabis* medicinal para profissionais do SUS**. 2021. 12 f. Produto Técnico (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) Faculdade de medicina de Marília, Marília, 2021.
- 6 EVANOFF, A. B, et al. Physicians-in-training are not prepared to prescribe medical marijuana. **Drug Alcohol Depend**. v. 180, n. 1, p. 151-155, 2017. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2017.08.010
- 7 G1. **UFPB aprova criação de disciplina sobre uso medicinal da maconha em três cursos**. Paraíba: globo.com, 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2019/08/19/ufpb-aprova-criacao-de-disciplina-sobre-uso-medicinal-da-maconha-em-tres-cursos.ghtml>. Acesso em: 16 ago. 2025.
- 8 SouCannabis. **Unifesp abre vagas para curso sobre Terapia Cannabica**. Goiás: SouCannabis, 2025. Disponível em: <https://souCannabis.org.br/curso-online-de-Cannabis-medicinal-da-unifesp/>. Acesso em: 16 ago. 2025.
- 9 BATISTA, M. M. **Primeiras orientações ao prescritor de *Cannabis* medicinal: uma revisão narrativa baseada na literatura científica e na atual regulamentação brasileira**. 2025. 35 f. Monografia (Especialização em Medicina de Família e Comunidade) - Escola de Medicina, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2025
- 10 ZOLOTOV, Y. et al. Developing Medical *Cannabis* Competencies: A Consensus Statement. **JAMA Netw Open**. v. 8, n. 10, e2535049, 2025 DOI:10.1001/jamanetworkopen.2025.35049
- 11 MACHADO, C. D. B.; WUOL, A.; HEINLEI, M. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Rev Bras Educ Méd**, Blumenau, v. 42, n. 4, p. 66-73, 2018.

- 12 JUNIOR, A. S. M.; COSTA, A. F. O.; ARRUDA, M. Educação médica e as diretrizes curriculares nacionais: realidade ou utopia – revisão sistemática literária. **Braz J Dev**, v. 7, n. 5, p. 50464–50477, 2021.
- 13 FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 62. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016. 253p.

CAPÍTULO 4

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A *Cannabis sativa* apresenta histórico milenar de uso humano, com registros associados a práticas medicinais, religiosas e recreativas. Apesar dessa longa trajetória, sua criminalização ao longo do século XX, fortemente influenciada por fatores sociopolíticos e por construções pseudocientíficas, resultou em restrições significativas ao desenvolvimento científico sobre suas propriedades farmacológicas e aplicações terapêuticas.

Ainda assim, avanços importantes foram alcançados, especialmente com a caracterização do sistema endocanabinoide e sua interação com os fitocanabinoides da planta, como o canabidiol (CBD) e o tetrahydrocannabinol (THC). Esses achados forneceram base biológica para a investigação de potenciais efeitos terapêuticos, incluindo propriedades anticonvulsivantes, ansiolíticas, neuroprotetoras, imunomoduladoras e anti-inflamatórias, já descritas na literatura científica.

No contexto do Transtorno do Espectro Autista, observa-se aumento da prevalência diagnóstica e maior reconhecimento clínico, caracterizando-se como um transtorno do neurodesenvolvimento com manifestações heterogêneas. Seus sintomas centrais incluem déficits persistentes na comunicação e interação social, além de padrões restritos e repetitivos de comportamentos, atividades e interesses. Sintomas associados, como irritabilidade, ansiedade, desatenção, distúrbios do sono, agitação psicomotora e agressividade contribuem significativamente para o comprometimento funcional e para a sobrecarga dos cuidadores.

As opções farmacológicas atualmente disponíveis são limitadas e direcionadas predominantemente ao manejo de sintomas associados, apresentando eficácia variável e perfil de efeitos adversos frequentemente relevante. Nesse cenário, a terapia com derivados da *Cannabis* tem emergido como uma alternativa terapêutica potencial, especialmente em casos refratários.

Os resultados apresentados neste estudo em paralelo à dados prévio presentes na literatura indicam que o uso de derivados da *Cannabis* apresenta perfil de segurança aceitável a curto e médio prazo, com eventos adversos predominantemente leves a moderados. Observou-se melhora consistente em sintomas associados, particularmente agressividade, distúrbios do sono, ansiedade e hiperatividade. Adicionalmente, os resultados também demonstraram impactos positivos em domínios centrais do TEA, como interação social e comunicação, ainda que tais achados demandem maior robustez metodológica para confirmação.

A variabilidade dos desfechos terapêuticos apresentados nos estudos clínicos pré-existentes que envolveram o uso de derivados da *Cannabis* no tratamento do TEA pode ser explicada por múltiplos fatores, tais como: diferenças na composição fitoquímica dos extratos envolvendo as proporções e concentrações de fitocanabinoides, terpenos e flavonoides; diversidade de formulações que variam desde compostos isolados à extratos *full spectrum*; variabilidade interindividual na resposta ao tratamento canabinoide e heterogeneidade clínica do TEA.

Os dados qualitativos evidenciam que os itinerários terapêuticos das famílias são marcados por barreiras estruturais importantes, incluindo dificuldades no acesso ao diagnóstico precoce e ao acompanhamento médico e multiprofissional adequado. Além disso, a elevada sobrecarga dos cuidadores foi um tema unânime e discutido de forma recorrente durante as entrevistas.

Em nenhum dos relatos, a prescrição e introdução da terapia canabinoide foi realizada pelo médico assistente que acompanhava a criança. Assim, todas as famílias avaliadas, precisaram buscar outros profissionais através de vias alternativas para iniciar essa opção terapêutica, refletindo lacunas na formação profissional e na incorporação dessa temática na prática clínica.

A resistência observada entre profissionais de saúde quanto à prescrição de derivados da *Cannabis* parece estar associada tanto ao preconceito e estigma historicamente construído quanto à insuficiência de formação técnica específica. Esse cenário reforça a necessidade de inclusão sistemática do tema nos currículos dos cursos da área da saúde, bem como de estratégias de educação continuada baseadas em evidências científicas.

No que se refere ao acesso, identificam-se barreiras econômicas e regulatórias relevantes. As associações de cultivo foram centrais nos relatos e atualmente se constituem como a principal forma de acesso à terapia canabinoide no Brasil. Contudo, a ausência de diretrizes nacionais consolidadas para a disponibilização de derivados da *Cannabis* no sistema público de saúde contribui para desigualdades no acesso e para os recorrentes pedidos de judicialização do tratamento, limitando sua implementação de forma equitativa.

Do ponto de vista metodológico, destaca-se que os achados deste estudo, especialmente aqueles relacionados à eficácia terapêutica, baseiam-se em relatos retrospectivos obtidos por meio de entrevistas, estando sujeitos a vieses inerentes, como viés de memória, seleção e resposta. Dessa forma, os resultados devem ser interpretados com cautela, embora apresentem convergência com evidências previamente descritas na literatura. Ressalta-se a necessidade de

ensaios clínicos controlados, com amostras representativas e delineamentos rigorosos, para melhor elucidação da eficácia e segurança dessa intervenção.

Em síntese, os derivados da *Cannabis* configuram uma alternativa terapêutica promissora no manejo do TEA, especialmente em contextos de refratariedade às abordagens convencionais. Sua utilização deve ser pautada por uma conduta individualizada, fundamentada em evidências científicas e orientada por componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa como a tomada de decisão compartilhada entre o médico e a família. Adicionalmente, destaca-se a importância do avanço na formulação de políticas públicas que promovam o acesso seguro, regulado e equitativo a essa terapêutica, bem como o fortalecimento da produção científica relacionada à temática.

APÊNDICE A

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Iniciais: _____ DN: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: M () F ()
Iniciais do Responsável: _____
Grau de parentesco do responsável: _____ Idade: _____ Sexo: M () F ()

SESSÃO I: AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIAL, ECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM TEA

1. Atualmente como é composta a família de vocês?
2. Alguém da família trabalha?
3. Alguém necessitou parar de trabalhar para assumir os cuidados com a criança?
4. A família recebe algum tipo de benefício social?
5. Vocês apresentam outra fonte de renda?

SESSÃO II: DIAGNÓSTICO DE TEA E ACESSO AO TRATAMENTO CONVENCIONAL (MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO)

1. Com qual idade você percebeu que seu filho era diferente?
2. Com quantos anos ocorreu o diagnóstico de TEA e quais foram as dificuldades no processo?
3. O paciente realiza terapias multidisciplinares?
4. Em qual momento o paciente necessitou iniciar o uso de medicações e por quê?
5. Quais foram as dificuldades para ter acesso às terapias e/ou medicações?

SESSÃO III: ACESSO E TRATAMENTO COM DERIVADOS DA *CANNABIS* SATIVA

1. Como você soube que o tratamento com a *Cannabis* medicinal poderia ajudar seu filho?
2. Como foi o processo para iniciar o tratamento?
3. Como o tratamento com *Cannabis* ajudou a vida do seu filho e a sua?
4. Quais foram as maiores dificuldades encontradas durante o tratamento com *Cannabis*?
5. Ocorreu algum efeito colateral após o início do tratamento com *Cannabis*?

SESSÃO IV: RESPOSTA TERAPÊUTICA COM O USO DE DERIVADOS DA *CANNABIS* SATIVA

[illegible]

SINTOMAS SECUNDÁRIOS: -5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
Hiperatividade: () () () () () () () () () () ()

Ansiedade:	() () () () () () () () () () () ()
Atenção:	() () () () () () () () () () () ()
Heteroagressividade:	() () () () () () () () () () () ()
Autoagressividade:	() () () () () () () () () () () ()
Insônia:	() () () () () () () () () () () ()

-5 = piora extrema

-4 = piora intensa

-3 = piora moderada

-2 = piora leve

-1 = piora muito leve

+5 = melhora extrema

+4 = melhora intensa

+3 = melhora moderada

+2 = melhora leve

+1 = melhora muito leve

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM REDE NACIONAL
(PROFSAÚDE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

De acordo com a resolução nº466/2012 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde

Prezado (a) Senhor (a), _____

Solicitamos sua autorização para que participe do trabalho intitulado **Uso de derivados da *Cannabis sativa* em pacientes com Transtorno do Espectro Autista na Paraíba: itinerários terapêuticos, barreiras de acesso e experiências de cuidado**. Esta pesquisa abordará as formas de acesso, a resposta terapêutica e o perfil social, econômico e demográfico das crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) que fazem uso de derivados da *Cannabis sativa* sendo solicitado seu consentimento como responsável legal direto(a) do paciente. Sendo assim, a finalidade deste trabalho é fortalecer as evidências científicas que apoiam o uso de derivados da *Cannabis sativa* em pacientes com TEA. Além disso, esse trabalho também tem como objetivo compreender qual o perfil social, econômico e demográfico das crianças com TEA que fazem uso de derivados da *Cannabis sativa* e compreender quais foram as dificuldades enfrentadas no itinerário desde o surgimento dos primeiros sintomas de TEA até o diagnóstico, acesso à terapias convencionais e acesso ao tratamento envolvendo derivados da *Cannabis sativa*. Dessa forma, esse trabalho pretende fortalecer a argumentação de que tais medicamentos podem futuramente ser distribuídos gratuitamente para aqueles que não apresentem condições de aquisição por meio de recursos próprios. Esta pesquisa possui como desenvolvedor o médico pesquisador Igor Bronzeado Cahino Moura de Almeida e como orientadora Valdez Araujo de Lima Ramos.

Solicitamos a sua colaboração para obtenção de informação via entrevista guiada que poderá ter o áudio gravado para posterior transcrição (se for de sua permissão), como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do paciente será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa não acarretará prejuízo ou risco ao paciente, exceto pela possibilidade, ainda que mínima, do vazamento de informações ou do constrangimento causado pela entrevista. No entanto, em caso de vazamento de informações o participante da pesquisa poderá exigir que seus dados sejam retirados do estudo e em casos de constrangimento, o participante poderá compartilhar o seu sentimento e ter a entrevista encerrada a qualquer momento. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir dele, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa e firmam compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados estudados, tendo o paciente e seus respectivos responsáveis legais seus direitos respeitados. Além disso, informamos que a pesquisa passou por avaliação do comitê de ética em pesquisa do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será a participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Assim, eu, _____, responsável/representante legal por _____, portador (a) do CPF n.º _____, autorizo a divulgação de informações a respeito da doença e do tratamento para exclusiva finalidade educacional e científica.

Assinatura do(a) responsável legal

João Pessoa, ____ de ____ de ____

Contato do Pesquisador Responsável:

Caso necessite de maiores informações favor entrar em contato com algum dos pesquisadores:
Pesquisador principal: Igor Bronzeado Cahino Moura de Almeida; Médico e mestrando do ProfSaúde; contato telefônico (83) 9 8816-4113; e-mail: [igorcahino900@gmail](mailto:igorcahino900@gmail.com)
Orientadora: Valderez Araujo de Lima Ramos; Médica, Doutora e professora do ProfSaúde; contato telefônico (83) 9 9332-4420; e-mail: valderezjp@yahoo.com.br

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa responsável:

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba; horário do Expediente: 8h às 13h; Telefones: (83) 3216-7619 / (83) 98773-6344; E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

APÊNDICE C

EMENTA PEDAGÓGICA DO MINICURSO DE *CANNABIS* MEDICINAL, APLICAÇÕES TERAPÊUTICAS E PRINCÍPIOS PARA A PRESCRIÇÃO

Autoria: Igor Bronzeado Cahino Moura de Almeida

Carga horária: 4 horas

Modalidade: Presencial

Público-alvo: Médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade e estudantes do internato de medicina

Objetivo geral

Capacitar profissionais médicos e estudantes de medicina a compreender os fundamentos históricos, biológicos e clínicos da *Cannabis* medicinal, desenvolvendo habilidades para sua prescrição segura, individualizada e baseada em evidências.

Objetivos específicos

- Compreender a composição da planta *Cannabis sativa* e seus principais compostos bioativos
- Discutir o contexto histórico, social e político do uso e da proibição da *Cannabis*
- Entender o funcionamento do sistema endocanabinoide
- Reconhecer as principais indicações terapêuticas
- Diferenciar os perfis farmacológicos de CBD e THC
- Identificar formas de uso e variabilidade de resposta clínica
- Realizar prescrição médica adequada, considerando aspectos legais e técnicos

Metodologia

- Aula expositiva dialogada
- Discussão de casos clínicos
- Exemplos reais de prescrição
- Espaço para perguntas

Conteúdo programático

1. A planta Cannabis (30 min)

- Botânica básica e ciclo de vida
- Estruturas relevantes (flores, tricomas)
- Fitocompostos:
 - Canabinoides (CBD, THC, CBG, CBN)
 - Terpenos e flavonoides
- Efeitos fisiológicos e percepções sensoriais relacionadas ao CBD e THC

2. História do uso e da proibição (30 min)

- Uso ancestral (China, Índia, Egito)
- Difusão nas Américas
- Processo de criminalização
- Determinantes sociais, raciais e políticos da proibição

3. Renascimento científico e sistema endocanabinoide (30 min)

- Descoberta do THC e CBD
 - Receptores CB1 e CB2
 - Ligantes endógenos (anandamida, 2-AG)
 - Enzimas de síntese e degradação
 - Papel fisiológico do sistema endocanabinoide
4. Aplicações terapêuticas (40 min)
- Potenciais terapêuticos:
 - Analgésico
 - Ansiolítico
 - Anti-inflamatório
 - Imuno-modulador
 - Neuroprotetor
 - Principais indicações clínicas:
 - Epilepsias
 - Dor crônica e fibromialgia
 - Transtornos do neurodesenvolvimento
 - Doenças neurodegenerativas
 - Transtornos psiquiátricos
 - Doenças autoimunes e inflamatórias sistêmicas
5. Princípios para a prescrição (40 min)
- Vias de administração (oral x inalatória)
 - Variabilidade de resposta individual
 - Diferenças entre:
 - CBD x THC
 - *Full spectrum* x isolado (efeito entourage)
 - Indicações práticas de escolha:
 - Quando priorizar CBD
 - Quando considerar THC
 - Segurança:
 - Efeitos adversos
 - Populações de risco
6. Aspectos práticos e legais da prescrição no Brasil (40 min)
- Tipos de produtos disponíveis:
 - Farmácias (isolados / baixo THC)
 - Associações de cultivo
 - Tipos de receita:
 - Receita azul
 - Receita branca especial + laudo
 - Elaboração do laudo médico:
 - Diagnóstico (CID)
 - Histórico terapêutico
 - Justificativa clínica
7. Casos clínicos reais e elaboração da receita médica (30 min)
- Exemplos práticos de prescrição