ISSN 2965-0771

Revista Brasileira de CANNABIS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS DA CANNABIS

DOI: 10.58731/2965-0771.2025.65

AMBULATÓRIO DE CANNABIS MEDICINAL: CONQUISTAS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

MEDICINAL CANNABIS AMBULATORY: ACHIEVEMENTS, CHALLENGES AND PERSPECTIVES

Claudia Cazal Lira[1]

MD, Especialista em Medicina da Família e Comunidade, Doutora em Patologia Oral. Instituição: Docente do Departamento de Patologia do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco

Evani Lemos Araújo

MD, Especialista em Pediatria e em Fitoterapia, Doutora em Farmacologia e Docente do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida

MD, Especialista em Medicina da Família e Comunidade, Doutor Especialista em Medicina da Família e Comunidade e Docente do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco

Vinícius Batista Vieira

MD, Especialista em Psiquiatria, Doutor em Bioética e Docente do Centro Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco.

[1] Endereço eletrônico claudia.cazall@gmail.com - Endereço para correspondência: Centro de Ciências Médicas - Universidade Federal de Pernambuco Av. da Engenharia, 531-611 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-901

ISSN 2965-0771
Revista Brasileira de CANNABIS
SBEC SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS DA CANNABIS

RESUMO

A cannabis tem sido utilizada medicinalmente desde a pré-história, sendo criminalizada ao longo do século XX por pressões políticas e industriais. No Brasil, o cenário começou a mudar a partir do século XXI, com revisões jurídicas e regulamentações da ANVISA e do Conselho Federal de Medicina, permitindo sua prescrição em alguns casos específicos. Este trabalho apresenta um relato de experiência sobre o Ambulatório de Cannabis Medicinal da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), criado em 2018 como um projeto de extensão. O ambulatório oferece assistência a pacientes que necessitam de cannabis para fins terapêuticos, além de divulgar informações sobre aspectos legais e promover formação de prescritores. Desde sua fundação, o ambulatório realizou 376 atendimentos clínicos. Os principais desafios incluem a falta de médicos prescritores, estrutura física adequada e apoio institucional. Em 2024, o projeto foi renovado, permitindo a retomada dos atendimentos e das Rodas Canábicas – encontros educativos e de acolhimento. A principal demanda dos pacientes foi para o tratamento de dores crônicas e transtornos como fibromialgia e ansiedade. Apesar da ausência de estudos clínicos robustos, muitos relataram melhora na qualidade de vida. Não foram registrados efeitos colaterais graves. O acesso à cannabis medicinal ainda enfrenta barreiras legais, sociais e institucionais. Entre os principais desafios: oferta/acesso ao medicamento, preconceito social e inclusão de profissionais prescritores no SUS. O ambulatório desempenha papel essencial na assistência e formação, mas necessita de maior apoio para garantir sua continuidade. A expansão de estudos científicos e mudanças regulatórias são fundamentais para ampliar acesso ao tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: cannabis, direito à saúde, saúde.

ISSN 2965-0771
Revista Brasileira de CANNABIS
SBEC SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS DA CANNABIS

ABSTRACT

Cannabis has been used medicinally since prehistoric times, but was criminalized throughout the 20th century due to political and industrial pressures. In Brazil, the scenario began to change in the 21st century, with legal revisions and regulations from ANVISA and the Federal Council of Medicine, allowing its prescription in specific cases. This paper presents an experience report on the Medicinal Cannabis Outpatient Clinic of the Federal University of Pernambuco (UFPE), created in 2018 as an outreach project. The clinic provides care to patients who require cannabis for therapeutic purposes, in addition to disseminating information on legal aspects and promoting prescriber training. Since its founding, the clinic has conducted 376 clinical appointments. The main challenges include a lack of prescribing physicians, adequate physical infrastructure, and institutional support. In 2024, the project was renewed, allowing for the resumption of services and the "Cannabis Circles"—educational and support gatherings. The main demand from patients has been for the treatment of chronic pain and disorders such as fibromyalgia and anxiety. Despite the lack of robust clinical studies, many patients have reported an improvement in quality of life. No serious side effects have been recorded. Access to medicinal cannabis still faces legal, social, and institutional barriers. Among the main challenges are the availability/access to medication, social stigma, and the inclusion of prescribing professionals in the public health system (SUS). The clinic plays a vital role in both care and training, but it needs greater support to ensure its continuity. The expansion of scientific studies and regulatory changes is essential to broaden access to treatment.

KEYWORDS: Cannabis, Right to Health, Health

ISSN 2965-0771
Revista Brasileira de CANNABIS
SBEC SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS DA CANNABIS

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho foi apresentar um relato de experiência da vivência no ambulatório de cannabis medicinal do Serviço Integrado de Saúde (SIS) da prefeitura da Cidade do Recife em Convênio com a Universidade Federal de Pernambuco. Um projeto de extensão criado em 2018 com o objeto de resistência social, divulgação de informações sobre aspectos legais do uso da maconha medicinal e porta de acesso dos pacientes que precisam da planta para tratamento de suas Patologias.

Nesta época (meados de 2018), era desconhecida a existência de serviços para atendimento e acompanhamento de pacientes em uso de cannabis medicinal no âmbito público. A maioria dos pacientes obtinha o produto por importação, prescrito por médico da rede privada, ou por Associações de Pacientes com Habeas Corpus e autorizações judiciais individuais para plantar.

Desde a pré-história, muitas plantas foram usadas pelas comunidades humanas por suas características medicinais notadamente a papoula do ópio (*Papaver somniferum*), a efedra (*Ephedra* spp.) e *Cannabis* (*Cannabis sativa*). O uso da cannabis com fins medicinais já era comum no período Neolítico (12000 a 8000 anos A.E.C.). Em um dos primeiros registros arqueológicos datados de 4000 A.E.C. no vilarejo de Banpukun, na Ásia, a cannabis era era reconhecida como um dos "cinco grãos" mais importantes na subsistência local, utilizada não apenas para alimentos, mas também para confecção de cordas, tecidos e como utensílios domésticos. [1,2,3] A utilização terapêutica foi sendo aprimorada ao longo dos séculos até meados da sociedade moderna.

A planta foi introduzida no Brasil pelos povos africanos escravizados, sendo permitido seu uso por muitos anos até meados da abolição da escravatura, quando passou a predominar uma visão marginal de seus usuários. A Cannabis foi incluída na Primeira Edição da Farmacopeia Brasileira de 1926**.** [4]

Seu uso para tratar dores crônicas, asma, problemas intestinais adentra o século XIX com apresentações na forma de tônicos e cigarros vindos da Europa e da Ásia. No final do séc XIX e início do séc XX, apesar do uso socialmente aceito entre artistas e intelectuais da época, movimentos sanitários sociais, e a pressão das indústrias de celulose e farmacêuticas deram início a um "processo de demonização", caracteristicamente racista, da planta associando-a a maus comportamentos e degeneração da mente. [2,4]

ISSN 2965-0771 Revista Brasileira de CANNABIS SBEC SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS DA CANNABIS

A *Cannabis* passou por um processo de criminalização progressiva , apesar da importante contribuição do cânhamo para o crescimento econômico da indústria de na produção de tecidos e velas marítimas, das décadas anteriores. Seu consumo, venda e plantio ficaram proibidos no Mundo e no Brasil a partir de 1938 com o Decreto Lei 891 do Governo Federal. Como consequência deste processo, ocorreram dificuldades no acesso terapêutico para portadores de patologias que poderiam se beneficiar com o uso da planta. Houve atrasos no desenvolvimento de pesquisas com seus componentes ativos e consequentemente prejuízos sociais importantes. [2,5]

No século XXI, após acontecimentos sociais com grande força midiática trazerem à luz casos de personagens que se tornaram icônicos na luta pelo direito à saúde, a cannabis passa por diversas revisões jurídicas e de outras entidades de controle social como a ANVISA e o Conselho Federal de Medicina. Tais eventos resultaram na retirada da planta e seus componentes da lista de drogas que oferecem riscos à saúde para um patamar de drogas potencialmente terapêuticas. [2,5]

Desta forma, este trabalho, além do relato de experiência, traz reflexões sobre as dificuldades de prescrever derivados da *Cannabis* em uma sociedade onde as recentes regras e legislações não integram cursos de formação e capacitação para profissionais prescritores e cuidadores, onde as indicações terapêuticas estão pouco definidas do ponto de vista do pragmatismo científico considerando que todos têm direito a saúde.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Ambulatório de Cannabis Medicinal foi criado em 2018 pelo Médico e Docente da Universidade Federal de Pernambuco, Rodrigo Cariri. Ele nasce de um movimento social crescente na busca de uma assistência integral à saúde de pessoas portadoras de condições potencialmente tratáveis com *Cannabis*. O projeto, então cadastrado como extensionista, também oferecia encontros periódicos abertos ao público, as rodas canábicas, para troca de informações sobre acesso legal à planta, a prescritores, movimentos políticos e sociais vigentes e outras informações.

O projeto também previu formação para novos prescritores, com ambulatório para atendimentos de pacientes, discussão de casos clínicos e artigos sobre os temas emergentes da cannabis: projetos de lei, posicionamento de categorias profissionais, patologias potencialmente tratáveis com cannabis e sobre os casos clínicos atendidos no

ISSN 2965-0771 Revista Brasileira de CANNABIS SBEC SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS DA CANNABIS

serviço. Chegou a receber residentes de medicina da Família e Comunidade e residentes de psiquiatria da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE).

O projeto era sediado no Serviço Integrado em Saúde (SIS) , então anexo da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), onde também ocorrem Práticas Integrativas da Rede Municipal com atendimento em Acupuntura, Auriculoacupuntura, Terapia Comunitária, Biodança, Tai Chi Chuan, Pilates, Osteopatia entre outras práticas.

Em números, essa primeira fase do projeto ofereceu atendimentos para 249 pessoas (Tabela 1). Nesse período o projeto de extensão foi renovado algumas vezes, porém entre 2021 e 2023 os atendimentos e as Rodas de debates (que passaram a ser chamadas de Roda Canábica) ocorrendo com intervalos de tempo maiores entre elas e os atendimentos sendo realizados em formato de mutirão.

Tabela 1 - Número de pacientes atendidos no serviço do Ambulatório de Cannabis Medicinal nos anos de 2018 a 2023. **Fonte:** registros do SIS e dos coordenadores Dr. Rodrigo Cariri e Dr. Vinícius Vieira.

Ano	Número de pacientes atendidos
2018	24
2019	50
2020	9
2021	53
2022	86
2023	27
Subtotal :	**249**

Em 2023, ingressei no projeto enquanto residente de Medicina da Família e Comunidade (MFC) do HC-UFPE, onde vários prescritores voluntários com diferentes

graus de experiência na prescrição de cannabis medicinal eram supervisionados pelo Dr. Rodrigo Cariri no espaço do SIS-UFPE.

Este trabalho, traz um relato da experiência enquanto gestora temporária do Projeto a partir de 2024. Todos os dados da ação foram mantidos em arquivos de Drive virtual dos tipos Planilhas (Google®) e Documentos (Google®), ambos com acesso restrito. Para todos os pacientes foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido no Modelos da RDC 237/2019.

Em 2024, com o afastamento dos Coordenadores do Projeto para outras esferas Federais, uma lista remanescente de pacientes para acompanhamento e renovação de receitas, gerou demanda para permanência da atividade. Neste momento, surge a oportunidade de renovar a ação extensionista pela Pró Reitoria de Extensão e Cultura (PROEXC) da UFPE.

O projeto foi cadastrado sob o título ***"Ambulatório de Cannabis medicinal: Superar preconceitos e Promover Cuidado Ano: 2024"*** com número de inscrição PJ 124-2024, ficando sob a minha coordenação e vice-coordenação de Dra. Evani de Lemos Araújo, médica fitoterapeuta da Prefeitura do Recife e antiga integrante do grupo de prescritores desde a gestão anterior do Dr. Rodrigo Cariri. Contamos ainda com a participação do Médico Psiquiatra e professor da UFPE do campus de Caruaru, Dr. Vinícius Vieira, como consultor para casos com comorbidades psiquiátricas associadas.

Inicialmente foram retomados os atendimentos clínicos, justificado pela demanda reprimida de pacientes que aguardavam para renovação de receitas e acompanhamento da última Roda Canábica de 2023. Estes atendimentos foram então realizados nos espaços do SIS, já utilizados anteriormente no projeto, e neste momento alguns desafios já se estabeleceram: falta de médicos prescritores voluntários, baixa adesão de alunos no projeto, gestão de agenda deficitária e estrutura física confortável e adequada para os atendimentos.

Além dos desafios postados, como ainda não havia um posicionamento oficial da PCR e da ALEPE sobre a oferta de produtos a base de canabinoides pelo Município, não houve apoio em vários níveis de gestão para divulgação e financiamento do espaço.

As rodas canábicas foram retomadas em junho de 2024, através de convites postados por mídia digital, com a proposta inicial de ocorrerem com a frequência mensal, mas obedecendo aos recessos institucionais e feriados nacionais. Ocorreram nos dias de sábado e totalizaram 7 encontros até o momento com um total de 165 participantes. Todos

ISSN 2965-0771
Revista Brasileira de CANNABIS
SBEC SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS DA CANNABIS

os encontros foram registrados por ata de presença e, para além das propostas originais, passaram também a representar a oportunidade de agendamento para atendimento clínico para os pacientes triados (Figura 1).



Figura 1: Fotografia digital da Roda Cannábica. No encontro pacientes usuários da medicação traziam voluntariamente seus relatos de caso e compartilhavam suas experiências terapêuticas, dificuldades de acesso. Outros, traziam suas dúvidas sobre a legalidade de acesso e prescrição, sobre indicações e contra indicações e outros temas emergentes. **Fonte**: Registros da autora.

A seguir foi elaborado quadro com os temas emergentes mais comuns durante as rodas canábicas (Quadro 1).

Quadro 1: Temas mais frequentes trazidos pelos participantes da Roda Canábica durante os encontros (total de encontros: 6).

1) Quem pode prescrever *Cannabis*?
2) Tem risco de ficar viciado?
3) Onde posso comprar o óleo?
4) Onde consigo atendimento?
5) Posso ser preso se for "pego" como frasco do remédio?
6) Eu tenho depressão e ansiedade e não quero fazer uso das medicações tradicionais. Posso usar o óleo de *Cannabis*?

7) Tem como eu receber minha medicação pelo SUS?
8) Já faço uso recreativo. O óleo vai funcionar em mim?
9) Por que meu médico não quer que eu use *Cannabis* medicinal?
10) Meu médico pode proibir ou deixar de me atender se eu quiser usar o óleo contra a vontade dele?
11) Sou evangélico(a), meu pastor não é a favor. Como vocês podem me ajudar a definir?
12) Devo parar de tomar os "outros remédios" quando o óleo começar a fazer efeito?

Fonte: Registros da autora.

Com relação aos atendimentos, estes ocorreram semanalmente com agendamentos que variavam de 6 a 8 pacientes/dia. Houve muitos pacientes faltosos, pois havia déficit de recursos humanos para gestão de agenda no início do Programa. Posteriormente, com maior apoio institucional, alunos do curso de Medicina da UFPE e de diversos cursos da UPE e, posteriormente, 01 médico voluntário ingressaram na proposta.

De março de 2024 a fevereiro de 2025, foram realizados 127 atendimentos (Tabela 2) tendo o número de atendimento mensal variado de acordo com número de feriados coincidentes, indisponibilidade de equipe de atendimento ou recesso escolar. Desta forma, desde o início do projeto, um total de 376 pessoas foram beneficiadas com o serviço oferecido. Nesta versão do projeto, houve inclusão de consultas de acompanhamento não previstas antes.

Tabela 2 - Atendimento realizados pelo ambulatório de *Cannabis* Medicinal no SIS-UFPE no ciclo de 2024-2025. Fonte: Dados da autora.

Anos 2024/2025	**Número de pacientes atendidos**
2024	115
2025*	12
Subtotal :	**127**

*Até o mês de fevereiro

Embora tenha havido ocorrência de casos raros, tais como (Esclerose Tuberosa (n=2), Ataxia cerebelar (n=1); Demência por Corpos de Lewy (n=1) e Esclerose Lateral

Amiotrófica (n=1)), a queixa mais frequente foi de dor, de diversas etiologias, do tipo "intratáveis por meios e convencionais".

A queixa de "Dor Crônica Intratável (CID 10 R52.1)" esteve associada com origem diversas, tais como reumatológica (osteoartrose avançada, artrites e fibromialgia), passado de trauma (fratura de ossos, lesão nervosa), nevralgias e ao diagnóstico de condições neurológicas (Parkinson).

Os pacientes, com frequência, registraram mais de uma queixa, principalmente quando portadores de condições sindrômicas tais como na Fibromialgia e no Mal de Parkinson acumulando sintomas de insônia, constipação, dor, alterações de humor como depressão e ansiedade. Assim, as queixas principais mais frequentemente referidas foram: dor (n=34); fibromialgia (n=23), sensação de tristeza ou depressão (n=19), insônia ou dificuldades para dormir (n=11); autismo (n=11); Parkinson (n=10); ansiedade (n=9); Alzheimer (n= 7), Transtorno de atenção e ansiedade (n= 7); epilepsias e convulsões (n= 7), demências não especificadas (n=3).

Ambos os sexos procuram atendimento, sendo a maioria mulheres (n=77; 60%). A faixa etária variou de 7 a 91 anos de idade (média de 51 anos), sendo a década de 70 a mais prevalente.

Os produtos prescritos foram, na maioria das vezes, extrato de cannabis *full* espectro em três concentrações diferentes dos canabinoides principais, sendo eles: extrato de Cannabis com quimiovariante do tipo 3 (rica em CBD e <0,2% de THC), ou extrato de Cannabis da quimiovariante 2 (proporção de CBD: THC de 1:1). As prescrições foram realizadas, conforme indicação clínica, e excluindo-se todos aqueles com contraindicação ao uso do medicamento: portadores de insuficiência cardíaca, renal ou hepática e portadores de histórico psiquiátricos, com Transtorno Afetivo Bipolar (CID10 F31), Transtorno Depressivo Maior (CID10 F32.0/ F32.1, F32.2/F32.3/F33.2/F33.3), Esquizofrenia (CID 10 F20.0), Transtorno de Personalidade Borderline (CID 10 F60.3). O sintoma de Depressão enquanto secundária ao quadro doloroso não constituiu causa de exclusão do tratamento por ser passível de benefício com o controle do quadro doloroso.

As prescrições de medicamentos a base de *Cannabis* de origem farmacêutica foi incomum (n=4), pois levou-se em consideração o desejo do paciente e sua condição financeira para adquirir o medicamento. Isso se deve ao fato dos produtos de origem farmacêuticas possuírem custo elevado e acesso mais difícil por não estarem sempre disponíveis para venda na maioria das farmácias. Desta forma, a maioria das prescrições

foram de óleo obtido por Associações de Pacientes legalmente registradas na ANVISA e Polícia Federal dentro ou fora do Estado de Pernambuco. Aos pacientes em situação de ilegalidade na aquisição do óleo (obtenção via fabricação própria ou de associações desconhecidas), o mesmo era orientado a obtê-lo por vias legais.

Para aquisição do medicamento via farmácia, foi necessário a prescrição por receituário especial azul (Tipo B), e para obtenção do óleo por via associativa, laudo médico e prescrição do extrato na composição e concentração indicadas.

No que se refere à ocorrência de efeitos colaterais, não houve registros de queixas de efeitos adversos intoleráveis e a longo prazo. Todos aqueles que os referiram afirmaram terem sido de leve intensidade e transitórios (ex.:náuseas, sonolência). Entretanto, alguns pacientes nunca retornaram para acompanhamento e não podemos afirmar se a causa foi motivada pela existência de efeitos colaterais, não observância de efeitos terapêuticos, custo financeiro ou outros.

No intuito de melhorar a disponibilidade de agenda, houve planejamento para expandir os dias de atendimento, porém devido a limitação de horários disponíveis no espaço físico de ambulatórios do SIS e de agenda de médicos voluntários, a mudança ainda não foi viabilizada.

O projeto ainda prevê promover cursos para prescritores do SUS. Atualmente existe um pequeno corpo docente formado, assim como ementa e conteúdo programático para um curso de 60 horas contando com carga horária teórica e prática. Há perspectiva desta no próximo ciclo do projeto. Não sendo possível para no momento atual.

DISCUSSÃO

Apesar das recentes modificações de instrumentos legais para facilitar o acesso à *Cannabis* para fins medicinais, não é possível encontrar ambulatórios que ofereçam atendimento gratuito pelo SUS para prescrição e acompanhamento no país. Nosso ambulatório funciona por meio de Projeto de Extensão cadastrado na Pró-Reitoria da UFPE (PROEXC) e sujeito a avaliação/aprovação de pares a cada ciclo anual. Tal forma de existir, não garante sua continuidade e, portanto, atendimento aos pacientes por período indefinido. Não funciona cadastrado pelo SUS e por isso também não recebe pagamento pelos atendimentos.

Algumas Associações de Pacientes Usuários de *Cannabis* Medicinal, dispersas em todo país, oferecem listas de prescritores para atendimento particular ou, por vezes,

atendimentos em mutirões que não garantem a integralidade e a longitudinalidade do processo de cuidado.[6] Alguns dos poucos serviços existentes no Brasil, são por iniciativas individuais de médicos da Atenção Básica ou Ambulatórios dentro de serviços de alta complexidade, sem divulgação ou amplo acesso social.

Em parte, a dificuldade do acesso ocorre pelo impreciso conceito jurídico da legalidade de sua prescrição e uso em pesquisas científicas para seu melhor embasamento farmacológico. A atual lei antidrogas ainda não diferencia o plantio para uso medicinal daquele com objetivo no tráfico, podendo punir quaisquer portadores da planta e seus derivados, e não define o papel do prescritor no processo. [7] Da mesma forma, o Conselho Federal de Medicina (CFM) não amplia o elenco de patologias indicadas para tratamento com a *Cannabis* (epilepsia refratária em crianças e adolescentes, Fibrose Cística e Esclerose Lateral Amiotrófica) e limita os direitos dos pacientes em acessar um profissional prescritor capacitado, assim como as formulações já disponíveis no mercado.[8]

Além disso, do ponto de vista social, a lei gerou um forte movimento de injustiça social, atingindo principalmente a população negra e periférica,[9,10] comunidade prejudicada desde o "Lei do Pito do Pango" (1827) e o "Código de Posturas Municipal (Rio de Janeiro, 1830). Tais publicações do início do séc.XIX previam limpeza de ruas e modos de comportamento em público, estabelecendo a proibição da conservação, da venda e do uso do "pito do pango", o cachimbo utilizado pelos negros como forma tradicional de consumo, com aplicação de multa ao vendedor e pena de três dias de cadeia aos escravos e demais consumidores.[2]

O processo de criminalização envolveu um complexo movimento social, político e econômico, motivado pelas crescentes indústrias de algodão e celulose, do petróleo - principalmente nos Estados Unidos, e das indústrias farmacêuticas que já haviam observado o poder lucrativo de outras medicações com ação analgésica, principalmente opioides. A aspirina foi lançada no final do séc. XIX com indicação analgésica e anti-inflamatória pela Bayer- já então importante produtora de medicamentos - e os derivados de ópio. Na mesma época, houve o lançamento do fenobarbital (anticonvulsivante) pela mesma farmacêutica e, mais recentemente (1995), o lançamento do Oxycontin® para dores moderadas a severas, os quais também impulsionam a falácia e as leis proibicionistas em torno do *Cannabis*.[2,5,11]

ISSN 2965-0771
Revista Brasileira de CANNABIS
SBEC SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS DA CANNABIS

Para simplificar um processo complexo, Romanini & Roso[12] (2012) explicam que a mídia desenvolve estratégia de natureza associativa do uso de drogas com situações de violência. Se atribui uma responsabilidade social à droga que passa a representar uma ameaça materializada e reforçam-se as relações de exclusão. Por estas razões, explica-se o porquê de *Cannabis* chegar ao Séc. XXI como um tabu social e sem o apoio da tradicional ordem médica.

Abaixo, Fig. 2, linha do tempo com os aspectos proibicionista da *Cannabis* mais relevante no Brasil.

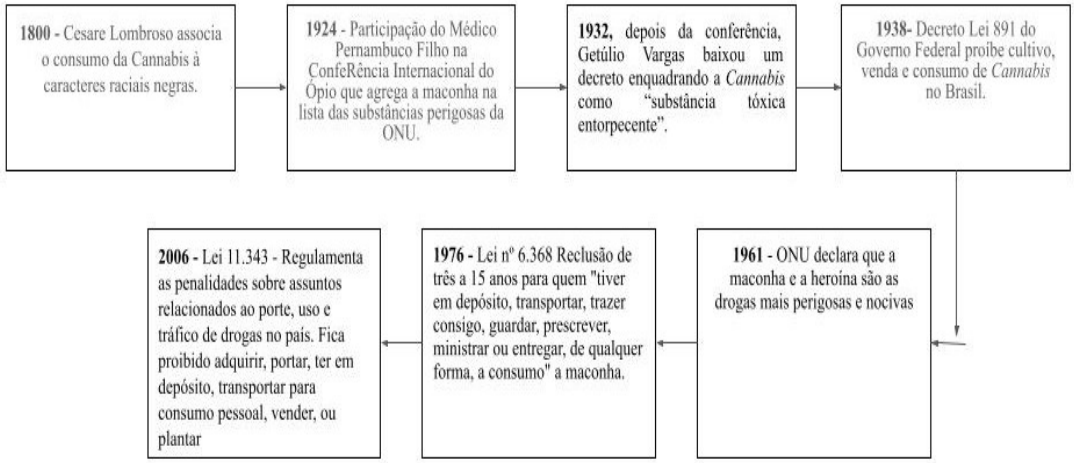

Figura 2: Linha do tempo contendo principais marcos históricos do processo de criminalização da *Cannabis* no Brasil. **Fonte:** Souza [2] (2022); Barros, Peres [4] (2012); Carlini[5] (2006).

Embora já esteja legalizada em muitos países desde o final do séc XX, a liberação da *Cannabis* para uso medicinal no Brasil, toma força a partir 2014 quando ocorrem eventos de grande repercussão social e midiática. Em particular, duas crianças portadoras de uma doença rara CDKL5 (com quadros de convulsões refratárias a tratamento convencional), ganham espaços na mídia para discutir o direito à saúde. No Brasil, os pais de Anny Fischer foram os primeiros a conseguir liberação Judicial para importação de *Cannabis* após serem acusados por tráfico internacional de drogas ao tentar comprar da Califórnia/USA (local onde a *Cannabis* medicinal é permitida desde 1996). Já a família de Sofia Langenbach foi a primeira família brasileira a ganhar permissão para plantar *Cannabis*, resultando na criação de uma associação de pacientes usuários de *Cannabis* a APEPI (Apoio a Pesquisa e Pacientes de *Cannabis* Medicinal), primeira associação legal no Brasil.[13,14.]

ISSN 2965-0771
Revista Brasileira de CANNABIS
SBEC SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS DA CANNABIS

Para Vieira [15] (2024), em uma análise bioética tendo como campo de pesquisa o próprio Ambulatório de *Cannabis* da UFPE, é questionável a necessidade de prescrição médica para uso de *Cannabis* tendo em vista utilização popular e tradicional, especialmente por pessoas periféricas, negras e indígenas. Para o autor, os riscos clínicos de utilização medicinal da planta não parecem justificar sua manutenção como proibida, além disso, a regulamentação apenas por prescrição tem efeito de injustiça social.

Numa análise sobre o processo de regulamentação da *Cannabis* medicinal no Brasil, Araújo et al[16] (2022) comentam que o impacto da mídia e dos fenômenos regulamentares internacionais, dão uma falsa ideia de que a *Cannabis* seria acessível para todos, o que não contribui para o desenvolvimento de evidências científicas e o desenvolvimento de regulamentos uniformes no Brasil. Entretanto, ressaltam a importância sobre a necessidade de educação continuada para médicos e outros profissionais de saúde, de simplificar a formulação de políticas e estabelecer comunicação efetiva entre médicos, pacientes e formuladores de políticas. Abaixo (Fig. 3), imagem dos autores contendo principais marcos históricos relacionados ao processo de regulamentação nacional da *Cannabis*.



Figura 3: Linha do tempo contendo principais marcos históricos do processo de regulamentação da *Cannabis* no Brasil. Fonte: Araújo PS et al[16] (2022)

Apenas em junho de 2024 o Supremo Tribunal Federal[17] definiu 40 g de maconha para diferenciar entre usuário e traficante e, no mesmo ano, a ANVISA[18] retira a *Cannabis* da lista de substâncias entorpecentes, psicotrópicas sob controle especial.[18]

A espécie *Cannabis sativa* já havia sido domesticada no início do Neolítico, consistindo com a datação de cerâmica impressa em cordão do sul da China e Taiwan (12.000 anos A.E.C.), bem como sementes associadas à cerâmica do Japão (10.000 A.E.C.).[3] Além disso, sítios arqueológicos com artefatos da *Cannabis* do tipo cânhamo foram consistentemente encontrados a partir de 7.500 anos A.E.C. na China e no Japão, e pólen consistente com *Cannabis* cultivada foi encontrado na China há mais de 5.000 anos A.E.C.. Meng Hen *et al*.[19](2019) sugerem que plantas de *Cannabis* eram queimadas em braseiros de madeira durante cerimônias mortuárias no Cemitério Jirzankal (500 A.E.C.) na região oriental de Pamirs. *Cannabis* era possivelmente fumada como parte de atividades rituais e/ou religiosas no oeste da China há pelo menos 2.500 anos e que as plantas de *Cannabis* produziam altos níveis de compostos psicoativos. A mesma fez parte da 1ª Farmacopeia Chinesa em 2.700 A.E.C..[20]

O uso da *Cannabis* na medicina ocidental é impulsionada pela chegada do médico irlandês Sir William Brooke O'Shaughnessy (1808–1889) que chega à América do Norte trazendo a *Cannabis* em suas aplicações observadas em vilarejos de Calcutá na Índia. O'Shaughnessy foi o primeiro a realizar e publicar na literatura médica da época, vários estudos em animais e um pequeno estudo caso-controle com o uso de *Cannabis* em crianças epilépticas. Logo o tônico ganha força comercial e passa a ser usado também para outras patologias humanas.[21]

No Brasil, o personagem ícone das pesquisas com *Cannabis* medicinal e na campanha pró-legalização do seu uso medicinal da *Cannabis* foi o Prof. Elisaldo Araújo Carlini. Carlini foi autor de mais de 40 trabalhos publicados nas décadas de 70 e 80 sobre o potencial terapêutico da erva, fundador do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e um verdadeiro vetor político entre grupos de pacientes para promover diálogos, democratizar a informação, o acesso, a autonomia e fortalecer o ofício de instituições que trabalham em prol de políticas públicas sobre drogas.

A *Cannabis* atua no corpo humano por meio da ativação de receptores presentes no SNC, SNP e vários tecidos humanos. Tais receptores fazem parte de um complexo mecanismo regulatório da homeostase, responsável pela regulação imunológica, neuronal, hormonal etc., estando preservada desde invertebrados inferiores a superiores. Entende-se que, por fazer parte de um mecanismo regulatório basal, sua disfunção, seja por deficiência de endocanabinoides, seja por prejuízo dos receptores, podem estar na base de diversas patologias humanas, dentre elas, doenças neurodegenerativas, distúrbios

do humor, desregulação da dor, desregulação do ciclo sono-vigília, do sistema imunológico e muitos outros.[22,23]

Embora a maior procura pelo atendimento entre os pacientes do ambulatório tenha sido para controle de dor crônica, esta não é hoje uma indicação com forte respaldo na literatura. Um trabalho de revisão publicado por Russo[24] (2004) propõe que haja deficiência de endocanabinoides na fisiopatologia da dor da enxaqueca, síndrome de intestino irritável e, assim, possível benefício com suplementação à base de fitocanabinoides. Para Rottnek et al..[25] (2024), em relação à prática médica baseada em evidências e recomendações para pacientes sobre o uso de *Cannabis*, a "carroça está na frente dos bois". O marketing e a disponibilidade de produtos de *Cannabis* ultrapassaram os dados sobre sua segurança e eficácia. Assim, muito embora a *Cannabis* seja usada há séculos para controle da dor, não há estudos nível 01 de qualidade científica que tenham comprovado sua atuação terapêutica.

Sabe-se que parte da responsabilidade por não existirem estudos duplo-cego randomizados multicêntricos dá-se pelas legislações federais de cada país e atrasos no processo de descriminalização da planta. Tal fato gerou acontecimentos em cadeia cujos desfechos foram a falta de médicos e outros profissionais capacitados para prescrição de *Cannabis*.

Numa revisão sistemática da literatura, Johal et al.[26] (2020) encontraram risco aumentado de efeitos adversos leves ou moderados com *Cannabis* (48%) em comparação com placebo (40%). Os efeitos adversos mais frequentes a curto prazo foram tontura (31%), desconforto no local da aplicação (18%), astenia (16%); fadiga (15%), aumento do apetite (15%), boca seca (14%), sonolência (14%), náusea (13%) e alucinações (13%). Os efeitos adversos a longo prazo não foram estudados. Não houve queixas de efeitos adversos intolerantes em nossos pacientes. Alguns relataram boca seca transitória, náuseas transitórias e epigastralgia matinal. Não houve queixas de efeitos adversos graves tais como alucinações e vômitos e a descontinuidade do tratamento, na maioria dos casos se deu por questão financeira ou não observância do efeito terapêutico desejado.

Um aspecto importante que deve ser referenciado, é que a maioria dos estudos hoje publicados para avaliação do efeito terapêutico da *Cannabis*, não tiveram a forma de administração dos fitofármacos padronizada. São estudos que usam voluntários que fazem uso terapêutico da *Cannabis* nas suas mais diversas formas, como vaporizada, fumada, em óleo puro de CBD ou extratos de plantas integrais.[27,28]

Fibromialgia e Depressão foram as segunda e terceira queixas mais frequentes no ambulatório. Muitos pacientes portadores de fibromialgia trouxeram também queixas de distúrbios do humor, do sono e dos hábitos intestinais. A fibromialgia é uma síndrome ainda pouco compreendida entre médicos. Está caracterizada por dor musculoesquelética crônica e generalizada, muitas vezes acompanhada por outros sintomas, como fadiga, distúrbios intestinais e alterações do sono e do humor. Estima-se que dois a oito por cento da população mundial seja afetada pela fibromialgia.[29]

Os pacientes portadores de fibromialgia são, muitas vezes, tratados como pacientes difíceis de manejo clínico. Muitos não referem benefícios com uso de analgésicos comuns, antidepressivos tricíclicos ou ainda Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) e Duais. Embora de etiopatogenia incerta, parece envolver um fenômeno de sensibilização central caracterizado pela disfunção dos neurocircuitos, que envolve a percepção, transmissão e processamento de estímulos nociceptivos aferentes, com a manifestação predominante de dor no nível do sistema locomotor.[27] Por este mesmo motivo, respondem melhor à terapia farmacológica que atue centralmente do que perifericamente apesar de a manifestação subjetiva da dor se concentrar principalmente em tecidos periféricos.[31]

A prática clínica do ambulatório de *Cannabis*, assim como em algumas revisões sistemáticas da literatura e poucos trabalhos duplo-cego randomizados, têm mostrado uma excelente resposta clínica com relato de alívio da dor e melhora da qualidade de vida. Tais resultados podem ser corroborados na revisão sistemática publicada em 2020 por Kurlyandchik, Tiralongo e Schloss.[31] Neste trabalho, foram incluídos 1136 pacientes submetidos ao tratamento com canabinoides para fibromialgia (intervenção n = 945, controle n = 108, crossover n = 83). A *Cannabis* foi considerada segura e bem tolerada, sendo os principais eventos adversos identificados: sensação de "high" (efeito psicogênico), tontura/vertigem, boca seca, tosse, olhos vermelhos e sonolência, sem efeitos adversos graves relatados.[31]

Outro trabalho que corrobora nossos resultados foi o ensaio clínico duplo-cego, randomizado e controlado por placebo realizado por oito semanas para determinar o benefício de um óleo de *Cannabis* rico em THC (24,44 mg/mL de THC e 0,51 mg/mL de canabidiol [CBD]) nos sintomas e na qualidade de vida de 17 mulheres com fibromialgia. O grupo submetido a *Cannabis* referiu diminuição significativa na pontuação do questionário de impacto de fibromialgia (FIG) em comparação com o grupo placebo. Os

autores também registraram que o grupo de *Cannabis* apresentou melhorias significativas nas pontuações de "sentir-se bem", "dor", "trabalhar" e "fadiga" (itens também avaliados pelo FIG). Não houve efeitos adversos intoleráveis.[32]

Uma revisão sistemática da literatura com foco no uso de *Cannabis* e transtorno bipolar ou transtorno depressivo maior e tratamento do Transtorno Por Uso de *Cannabis* (CID 10: F12) comórbido foi publicada pelo CANMAT em 2022.[33] Embora os autores tenham concluído que o uso de *Cannabis* está associado à piora do curso e funcionamento do Transtorno Bipolar (CID10: F31.1) e do Transtorno Depressivo Maior (CID10: F32), a maior parte dos estudos incluídos consideraram a *Cannabis* fumada sem fins terapêuticos em pacientes usuários pesados de *Cannabis* frequentemente associado com abuso de tabaco.[33]

Em 2023, a mesma instituição, em nova publicação, forneceu novas recomendações para o gerenciamento de Transtornos Depressivos Maior (CID10: F32) em adultos. Avaliaram principalmente trabalhos onde o uso de *Cannabis* foi sob a forma fumada e de quimiotipo não descrito em usuários com diagnóstico de transtorno por uso de *Cannabis* comórbido. Os autores corroboram com as publicações anteriores de que não existem estudos caso-controle randomizados que atestem recomendações para o uso de *Cannabis* ou seus compostos para tratamento de distúrbio depressivo maior no adulto, sugerindo piora dos sintomas depressivos e de sua evolução.[34]

Em um estudo de coorte, Jefsen et al.[35] (2023) concluíram que indivíduos com diagnóstico comórbido de transtorno por uso de *Cannabis* possuem risco aumentado de depressão unipolar (HR, 1,84; IC 95%, 1,78-1,90), depressão unipolar psicótica (HR, 1,97; IC 95%, 1,73-2,25) e depressão unipolar não psicótica (HR, 1,83; IC 95%, 1,77-1,89). Os autores corroboram com os estudos da CANMAT de que a *Cannabis* não está indicada para tratamento de depressão.[35]

Com base nos estudos trazidos para discussão nesse trabalho, podemos observar que não há evidências robustas sobre o uso de *Cannabis* e seus derivados para todas as queixas trazidas ao ambulatório de *Cannabis* do SIS/UFPE. Algumas das publicações mais severas que atestam contraindicações do uso da planta não foram capazes de padronizar a origem da planta, composição química da mesma e nem separar o uso de canabinoides maiores em extratos ou outras formas de administração que não fumada. Desta forma, muitos prescritores atuam de “forma compassiva” para oferecer acesso à saúde naqueles que procuram alívio dos sintomas de suas patologias.

Nossa percepção com relação aos nossos pacientes é que há resultados benéficos e melhora da qualidade de vida, principalmente aos quadros secundários à queixa de dor crônica, tais como insônia, alterações do humor (ansiedade e depressão), irritabilidade e funcionamentos digestivos. Por não se tratar de um projeto de pesquisa, mas de extensão, há limitações éticas na divulgação de resultados referentes à resposta clínica dos pacientes. Podemos afirmar que há boa adesão ao tratamento e que não observamos efeitos colaterais moderados e graves, como informado anteriormente.

Existe o planejamento de desenvolvermos pesquisas clínicas com desenhos metodológicos mais complexos, os quais deverão ser previamente avaliadas pelo Comitê de Ética de Pesquisas em Humanos.

Cada vez mais pessoas buscam tratamento com *Cannabis* e seus derivados com diagnósticos outros além daqueles regulamentados pelo conselho federal de classe médica. E muito embora outros órgãos federativos, tais como a ANVISA, tenha ampliado o hall de patologias possivelmente tratáveis com *Cannabis*, espera-se que com o processo de descriminalização e novas autorizações para realização de pesquisas novos estudos tragam à luz os benefícios milenarmente conhecidos da *Cannabis* como fonte terapêutica de muitas enfermidades humanas.

Os fitocanabinoides podem ser uma fonte terapêutica de baixo custo, bem tolerada e com baixo risco de toxicidade na redução sintomas e melhoria da qualidade de vida de pacientes portadores e várias enfermidades, tais como doenças neurodegenerativas, no tratamento da dor crônica e outras condições patológicas. Estudos futuros são necessários para avaliar os benefícios a longo prazo, e estudos com diferentes variedades de canabinoides associadas a diferentes formas de administração devem ser realizados para melhorar nosso conhecimento da ação da *Cannabis* nessa condição de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Charitos IA, Gagliano-Candela R, Santacroce L, Bottalico L. The *Cannabis* spread throughout the continents and its therapeutic use in history. Endocr Metab Immune Disord Drug Targets. 2021;21(3):407-17. doi:10.2174/1871530320666200520095900

2. Souza JEL de. "É prohibida a venda e uso do pito do pango": o proibicionismo da *Cannabis* no Rio de Janeiro do século XIX. 2022. 218 f. (il.). Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação História, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador; 2022. Orientadora: Prof.ª Dr.ª Gabriela Reis Sampaio.

3. Ren M, Espiga Z, Wu X, Spengler R, Jiang HK, Yang Y, et al. The origins of *Cannabis* smoking: chemical residue evidence from the first millennium BCE in the Pamirs. Sci Adv. 2019;5(6):eaaw1391. doi:10.1126/sciadv.aaw139.

4. Barros A, Peres M. Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas. Periferia [Internet]. 25º de setembro de 2012 [acessado em março de 2025];3(2). Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/periferia/article/view/3953.

5. Carlini EA. A história da maconha no Brasil. J Bras Psiquiatr. 2006;55(4):314-7.

6. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

7. Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad e dá outras providências.

8. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução Nº 2.113/2014. Diário Oficial União. 2014 dez 17.

9. Brandão MD. O problema público da maconha no Brasil: anotações sobre quatro ciclos de atores, interesses e controvérsias. Dilemas Rev Estud Confl Controle Soc. 2014;7(4):703-40.

10. Dória JR. Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício. In: MacRae E, Alves WC. Fumo de Angola: canabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade. Salvador: EDUFBA; 2016.

11. Tribuna do Paraná. Drogas que eram usadas com fins medicinais no século XIX [Internet]. 2008 nov 18 [atualizado 2013 jan 19; citado 2025 fev 16]. Disponível em: https://www.tribunapr.com.br/arquivo/tecnologia/drogas-que-eram-usadas-com-fins-medicinais-no-seculo-xix/

12. Romanini M, Roso A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? Psicol Ciênc Prof. 2012;32(1):82-97. doi:10.1590/S1414-98932012000100007.

13. Burgati MO. O caso da menina Anny Fischer e a derrotabilidade do crime de tráfico de drogas ante o princípio da dignidade humana. RJLB. 2016;2(4):1247-79. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2016/4/2016_04_1247_1279.pdf.

14. Valverde R. Delegação da Fiocruz visita instalações da Apepi. Agência Fiocruz de Notícias [Internet]. 2024 fev 5 [citado 2025 mar 5]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/en/noticia/delegacao-da-fiocruz-visita-instalacoes-da-apepi-0.

15. Batista Vieira V. O Uso Da *Cannabis* Para Fins Terapêuticos Requer Prescrição Médica? - Análise da Utilização da Maconha Para Fins Medicinais À Luz da Bioética de Intervenção e Outras Epistemes Do Sul/ Vinícius Batista Vieira; Orientador Saulo Ferreira Feitosa . -- Brasília, 2024. P156p. Tese (Doutorado em Bioética); - - Brasília, 2024.

16. Araújo PS, Costa EA, Sandes CFB, Cruz ECD, Rocha JS, Soares LCC. Análise política sobre a regulamentação do uso medicinal dos produtos derivados da *Cannabis* spp. no Brasil (2014-2021). Vigil Sanit Debate. 2022;10(4):69-78. doi:10.22239/2317-269X.02043.

17. Supremo Tribunal Federal do Brasil. STF define 40 gramas de maconha como critério para diferenciar usuário de traficante. 2024 jun 26 [acesso em 2025 mar 5]. Disponível em: https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/stf-define-40-gramas-de-maconha-como-criterio-para-diferenciar-usuario-de-traficante/.

18. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A Anvisa atualizou a lista das Denominações Comuns Brasileiras Foram incluídas 31 novas denominações. Publicado em 02/09/2024 [acesso em 05/03/2025]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2024/anvisa-atualiza-lista-das-denominacoes-comuns-brasileiras-1.

19. Ren M, Tang Z, Wu X, et al. The origins of *Cannabis* smoking: Chemical residue evidence from the first millennium BCE in the Pamirs. *Sci Adv*. 2019;5(6):eaaw1391. Published 2019 Jun 12. doi:10.1126/sciadv.aaw1391

20. Simões CMO, Schenkel EP, de Mello JCP, Mentz LA, Petrovick PR. Farmacognosia: Do Produto Natural ao Medicamento. Artmed: São Paulo (2016). 502p.

21. MacGillivray N. Sir William Brooke O'Shaughnessy (1808–1889), MD, FRS, LRCS Ed: Chemical pathologist, pharmacologist and pioneer in electric telegraphy. J Med Biogr. 2017;25(3):186-96. doi:10.1177/0967772015596276

22. Devane WA, Dysarz FA, Johnson MR, Melvin LS, Howlett AC. Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. Science. 1992;258(5090):1946-9

23. Mechoulam R, Parker LA. The endocannabinoid system and the brain. Annu Rev Psychol. 2013;64:21-47.

24. Russo EB. Clinical endocannabinoid deficiency (CECD): can this concept explain therapeutic benefits of *Cannabis* in migraine, fibromyalgia, irritable bowel syndrome and other treatment-resistant conditions? Neuro Endocrinol Lett. 2004;25(1-2):31-9.

25. Rottnek F, Lyss S, Hartman J, Panjeton G, Hilmer A. *Cannabis* and pain management. J Am Board Fam Med. 2024;37(4):784-9. doi:10.3122/jabfm.2023.230462R1

26. Johal H, Devji T, Chang Y, Simone J, Vannabouathong C, Bhandari M. Cannabinoids in chronic non-cancer pain: a systematic review and meta-analysis. Clin Med Insights Arthritis Musculoskelet Disord. 2020;13:1179544120906461.

27. Degenhardt L, Coffey C, Hearps S, et al. Associations between psychotic symptoms and substance use in young offenders. *Drug Alcohol Rev*. 2015;34(6):673-682. doi:10.1111/dar.12280

28. Bigand T, Anderson CL, Roberts ML, Shaw MR, Wilson M. Benefits and adverse effects of *Cannabis* use among adults with persistent pain. Nurs Outlook. 2019;67(3):223-31.

29. Siracusa R, Paola RD, Cuzzocrea S, Impellizzeri D. Fibromyalgia: pathogenesis, mechanisms, diagnosis and treatment options update. Int J Mol Sci. 2021;22(8):3891. doi:10.3390/ijms22083891

30. Chinn S, Caldwell W, Gritsenko K. Fibromyalgia pathogenesis and treatment options update. Curr Pain Headache Rep. 2016;20(4):25. doi:10.1007/s11916-016-0556-x.

31. Kurlyandchik I, Tiralongo E, Schloss J. Safety and efficacy of medicinal *Cannabis* in the treatment of fibromyalgia: a systematic review. J Altern Complement Med. 2021;27(3):198-213. doi:10.1089/acm.2020.0331

32. Chaves C, Bittencourt PCT, Pelegrini A. Ingestão de um óleo de *Cannabis* rico em THC em pessoas com fibromialgia: um ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo. Med Dor. 2020;21(10):2212-8. doi:10.1093/pm/pnaa303.

33. Tourjman SV, Buck G, Jutras-Aswad D, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force Report: A systematic review and recommendations of *Cannabis* use in bipolar disorder and major depressive disorder. Can J Psychiatry. 2023;68(5):299-311. doi:10.1177/07067437221099769.

34. Lam RW, Kennedy SH, Adams C, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 update on clinical guidelines for management of major depressive disorder in adults. Can J Psychiatry. 2024;69(9):641-87. doi:10.1177/07067437241245384.

35. Jefsen OH, Erlangsen A, Nordentoft M, Hjorthøj C. *Cannabis* use disorder and subsequent risk of psychotic and nonpsychotic unipolar depression and bipolar disorder. JAMA Psychiatry. 2023;80(8):803-10. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.1256.