



MINISTÉRIO DA CIDADANIA  
SECRETARIA NACIONAL DE CUIDADOS E PREVENÇÃO ÀS DROGAS

NOTA TÉCNICA Nº 14/2020

**PROCESSO Nº 71000.006645/2020-56**

**INTERESSADOS:**

Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), Secretaria Especial de Desenvolvimento Social (SEDS), Assessoria Especial de Assuntos Internacionais (AEAI), do Ministério da Cidadania;

Organização Mundial da Saúde (OMS), Comitê de Especialistas em Dependência de Drogas (ECDD), Comissão de Drogas e Narcóticos (CND), Organização das Nações Unidas (ONU).

A presente Nota Técnica será enviada ao Ministério das Relações Exteriores e às Embaixadas no Brasil dos países que compõem a Comissão de Drogas e Narcóticos (CND) da Organização das Nações Unidas (ONU).

**1. ASSUNTO**

Recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio do Comitê de Especialistas em Dependência de Drogas (ECDD), sobre a revisão do status da *cannabis* e substâncias relacionadas nas Convenções Internacionais de Controle de Substâncias Psicotrópicas da ONU.

**2. REFERÊNCIAS**

- 1) Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) No. 2.113/2014: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2014/2113\\_2014.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2014/2113_2014.pdf)
- 2) Nota conjunta do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP): [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28252%3A2019-05-22-16-42-03&catid=3%3Aportal&Itemid=1](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28252%3A2019-05-22-16-42-03&catid=3%3Aportal&Itemid=1)
- 3) Nota Pública sobre “Maconha Medicinal” do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP): <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=4195>
- 4) Decálogo sobre a Maconha do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP): [https://static.wixstatic.com/ugd/e0f082\\_a5d3bf46aaf4c4dae96adb1a4ca1d58.pdf](https://static.wixstatic.com/ugd/e0f082_a5d3bf46aaf4c4dae96adb1a4ca1d58.pdf)
- 5) Brucki SMD, Frota NA, Schetatsky P, Souza AH, Carvalho VN, Manreza MLG, Mendes MF, Comini-Frota E, Vasconcelos C, Tumas V, Ferraz HB, Barbosa E, Jurno ME. Cannabinoids in neurology – Brazilian Academy of Neurology. Arq Neuro-Psiquiatr. 73(4), 371-4, 2015.
- 6) Nota de Esclarecimento – “Uso de Canabidiol na População Pediátrica” da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP): <https://docplayer.com.br/106631963-Sociedade-brasileira-de-pediatria-sbp-associacao-brasileira-de-psiquiatria-abp.html>
- 7) Report of the International Narcotics Control Board for 2018: [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Annual\\_Report/Annual\\_Report\\_2018\\_E\\_.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Annual_Report/Annual_Report_2018_E_.pdf)
- 8) Cabeza C, Corsi O, Pérez-Cruz P. Are cannabinoids an alternative for cachexia-anorexia syndrome in patients with advanced cancer? Medwave. 2017; 17(9): e7130.
- 9) Aviram J, Samuely-Leichtag G. Efficacy of Cannabis-Based Medicines for Pain Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Pain Physician. 2017; 20(6): E755-E796.
- 10) Goldenberg M, Reid MW, IsHak WW, Danovitch I. The impact of cannabis and cannabinoids for medical conditions on health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend. 2017; 174: 80-90.
- 11) Mücke M, Weier M, Carter C, Copeland J, Degenhardt L, Cuhls H, Radbruch L, Häuser W, Conrad R. Systematic review and meta-analysis of cannabinoids in palliative medicine. J Cachexia Muscle. 2018; 9(2): 220-234.
- 12) Kuhathasan N, Dufort A, MacKillop J, Gottschalk R, Minuzzi L, Frey BN. The use of cannabinoids for sleep: A critical review on clinical trials. JAMA Netw Open. 2018; 1(6):e183485.
- 13) Torres-Moreno MC, Papaseit E, Torrens M, Farré M. Assessment of Efficacy and Tolerability of Medicinal Cannabinoids in Patients With Multiple Sclerosis: A Systematic Review and Meta-analysis. The results suggest a limited efficacy of cannabinoids for the treatment of spasticity, pain, and bladder dysfunction in patients with MS. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 11:CD012853.
- 14) Kafil TS, Nguyen TM, MacDonald JK, Chande N. Cannabis for the treatment of Crohn's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2018;11:CD012954.
- 15) Kafil TS, Nguyen TM, MacDonald JK, Chande N. Cannabis for the treatment of ulcerative colitis. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 3:CD012182.
- 16) Mücke M, Phillips T, Radbruch L, Petzke F, Häuser W. Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 3: CD012182.
- 17) Contreras T, Bravo-Soto G, Rada G. Do cannabinoids constitute a therapeutic alternative for insomnia? Can Fam Physician. 2018 Feb;64(2):e78-e94.
- 18) Allan GM, Finley CR, Ton J, Perry D, Ramji J, Crawford K, Lindblad AJ, Korownyk C, Kolber MR. Systematic review of systematic reviews for medical cannabinoids: Pain, nausea and vomiting, spasticity, and harms. Can Fam Physician 2018; 64(2): e78-e94.
- 19) Rice J, Cameron M. Cannabinoids for Treatment of MS Symptoms: State of the Evidence. Curr Neurol Neurosci Rep. 2018; 18(8): 50.
- 20) Stockings E, Campbell G, Hall WD, Nielsen S, Zagic D, Rahman R, Murnion B, Farrell M, Weier M, Degenhardt L. Cannabis and cannabinoids for the treatment of people with chronic noncancer pain conditions: a systematic review and meta-analysis of controlled and observational studies. Pain. 2018; 159(10) :1932-1954.

- 21) Häuser W, Finnerup NB, Moore RA. Systematic reviews with meta-analysis on cannabis-based medicines for chronic pain: a methodological and political minefield. *Pain*. 2018; 159(10): 1906-1907.
- 22) Peres FF, Lima AC, Hallak JEC, Crippa JA, Silva RH, Abilio VC. Cannabidiol as a Promising Strategy to Treat and Prevent Movement Disorders?. *Front Pharmacol*. 2018; 9: 482.
- 23) [Chow B](#), [Valdez C](#), [Chow N](#), [Zhang D](#), [Im J](#), [Sodhi E](#), [Lock M](#). Oral cannabinoid for the prophylaxis of chemotherapy-induced nausea and vomiting—a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019 31;9(10):e031574.
- 24) [Barakji JA](#), [Korang SK](#), [Feinberg J](#), [Maagard M](#), [Gluud C](#), [Mathiesen O](#), [Jakobsen JC](#). Cannabinoids versus placebo or no intervention for pain: protocol for a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(12):995-1010.
- 25) [Black N](#), [Stockings E](#), [Campbell G](#), [Tran LT](#), [Zagic D](#), [Hall WD](#), [Farrell M](#), [Degehardt L](#). Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Inflamm Bowel Dis*. 2019; 15.
- 26) [Kafil TS](#), [Nguyen TM](#), [MacDonald JK](#), [Chande N](#). Cannabis for the Treatment of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Evidence From CochraneReviews. *Tremor Other Hyperkinet Mov (N Y)*. 2019; 26;9.
- 27) [Yu M](#), [Bega D](#). A Review of the Clinical Evidence for Complementary and Alternative Medicine in Huntington's Disease. *Biomed Res Int*. 2019; 23;2019:2864384.
- 28) [Wang J](#), [Wang Y](#), [Tong M](#), [Pan H](#), [Li D](#). Medical Cannabinoids for Cancer Cachexia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ther Adv Drug Saf*. 2019; 15;10:2042098619846993.
- 29) [Hillen JB](#), [Soulsby N](#), [Alderman C](#), [Caughey GE](#). Safety and effectiveness of cannabinoids for the treatment of neuropsychiatric symptoms in dementia: a systematic review. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2019;27(4):383-401.
- 30) Chao YS, McCormack S. [Medicinal and Synthetic Cannabinoids for Pediatric Patients: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines](#). Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019; 11.
- 31) Agarwal R, Burke SL, Maddux M. [Current state of evidence of cannabis utilization for treatment of autism spectrum disorders](#). *BMC Psychiatry*. 2019; 19(1) :328.
- 32) Häuser W, Welsch P, Klose P, Radbruch L, Fitzcharles MA. [Efficacy, tolerability and safety of cannabis-based medicines for cancer pain : A systematic reviewwith meta-analysis of randomised controlled trials](#). *Schmerz*. 2019; 33(5): 424-436.
- 33) Boland EG, Bennett MI, Allgar V, Boland JW. Cannabinoids for adult cancer-related pain: systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 2020 Jan 20. pii: bmjpspcare-2019-002032.
- 34) Boyaji S, Merkow J, Elman RNM, Kaye AD, Yong RJ, Urman RD. The Role of Cannabidiol (CBD) in Chronic Pain Management: An Assessment of Current Evidence. *Curr Pain Headache Rep*. 2020; 24(2) :4.
- 35) Kosiba JD, Maisto SA, Ditre JW. Patient-reported use of medical cannabis for pain, anxiety, and depression symptoms: Systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2019; 233: 181-192.
- 36) Rasche T, Emmert D, Stieber C, Conrad R, Mücke M. Cannabis and cannabinoids-easier access, hype and disappointment: What has been confirmed in therapy? *Internist (Berl)*. 2019;60(3):309-314.
- 37) Rasche T, Emmert D, Radbruch L, Conrad R, Mücke M. Cannabis and cannabinoids in palliative care. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2019;62(7):830-835.
- 38) Quezada SM, Cross RK. Cannabis and Turmeric as Complementary Treatments for IBD and Other Digestive Diseases. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019; 21(2) :2.
- 39) Campbell G, Stockings E, Nielsen S. Understanding the evidence for medical cannabis and cannabis-based medicines for the treatment of chronic non-cancer pain. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019; 269(1): 135-144.
- 40) Dzierżanowski T. Prospects for the Use of Cannabinoids in Oncology and Palliative Care Practice: A Review of the Evidence. *Cancers (Basel)*. 2019; 11(2).
- 41) Crippa JAS, Hallak JEC, Zuardi AW, Guimarães FS, Tumas V, Dos Santos RG. Is cannabidiol the ideal drug to treat non-motor Parkinson's disease symptoms?. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019;269(1):121–133.
- 42) VanDolah BAH, Bauer BA, Mauck KF. Clinicians' Guide to Cannabidiol and Hemp Oils. *Mayo Clin Proc*. 2019; 94(9): 1840–1851.
- 43) Lattanzi S, Brigo F, Trinka E, et al. Efficacy and Safety of Cannabidiol in Epilepsy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drugs*. 2018; 78(17): 1791–1804.
- 44) Lattanzi S, Brigo F, Cagnetti C, Trinka E, Silvestrini M. Efficacy and Safety of Adjunctive Cannabidiol in Patients with Lennox-Gastaut Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs*. 2018; 32(10): 905–916.
- 45) de Carvalho Reis R, Almeida KJ, da Silva Lopes L, de Melo Mendes CM, Bor-Seng-Shu E. Efficacy and adverse event profile of cannabidiol and medicinal cannabis for treatment-resistant epilepsy: Systematic review and meta-analysis. *Epilepsy Behav*. 2020; 102: 106635.
- 46) Cross JH, Cock H. A perspective on cannabinoids for treating epilepsy: Do they really change the landscape? [published online ahead of print, 2019 Nov 23]. *Neuropharmacology*. 2019;107861.
- 47) Schonhofen P, Bristot IJ, Crippa JA, et al. Cannabinoid-Based Therapies and Brain Development: Potential Harmful Effect of Early Modulation of the Endocannabinoid System. *CNS Drugs*. 2018; 32(8): 697–712.
- 48) Sideli L, Quigley H, La Cascia C, Murray RM. Cannabis Use and the Risk for Psychosis and Affective Disorders. *J Dual Diagn*. 2020; 16(1): 22–42.
- 49) Blest-Hopley G, Giampietro V, Bhattacharyya S. A Systematic Review of Human Neuroimaging Evidence of Memory-Related Functional Alterations Associated with Cannabis Use Complemented with Preclinical and Human Evidence of Memory Performance Alterations. *Brain Sci*. 2020; 10(2): E102.
- 50) Hall W. What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use?. *Addiction*. 2015;110(1):19–35.
- 51) United Nations Office on Drugs and Crime. The International Drug Control Conventions: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int\\_Drug\\_Control\\_Conventions/Ebook/The\\_International\\_Drug\\_Control\\_Conventions\\_E.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_E.pdf).

- 52) National Academy of Sciences. The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research. (2017).
- 53) Hall, W. & Degenhardt, L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet* (London, England) 374, 1383–91 (2009).
- 54) Lopez-Quintero, C. et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend.* 115, 120–30 (2011).
- 55) Stuyt, E. The Problem with the Current High Potency THC Marijuana from the Perspective of an Addiction Psychiatrist. *Mo. Med.* 115, 482–486.
- 56) Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M. & Weiss, S. R. B. Adverse health effects of marijuana use. *N. Engl. J. Med.* 370, 2219–27 (2014).
- 57) Cerdá M, Mauro C, Hamilton A, et al. Association Between Recreational Marijuana Legalization in the United States and Changes in Marijuana Use and Cannabis Use Disorder From 2008 to 2016. *JAMA Psychiatry.* 2019; e193254.
- 58) Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area. (2017). The Legalization of Marijuana in Colorado: The Impact. Retrieved from: <https://www.rmhidta.org/html/FINAL%202017%20Legalization%20of%20Marijuana%20in%20Colorado%20The%20Impact.pdf> on 2019 April.
- 59) FDA Regulation of Cannabis and Cannabis-Derived Products, Including Cannabidiol (CBD). Retrieved from <https://www.fda.gov/news-events/public-health-focus/fda-regulation-cannabis-and-cannabis-derived-products-including-cannabidiol-cbd>.
- 60) FDA warns 15 companies for illegally selling various products containing cannabidiol as agency details safety concerns. Retrieved from <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-warns-15-companies-illegally-selling-various-products-containing>.
- 61) Scientific Data and Information about Products Containing Cannabis or Cannabis-Derived Compounds - FDA.
- 62) Bergamaschi MM, Queiroz RH, Zuardi AW, Crippa JA. Safety and side effects of cannabidiol, a Cannabis sativa constituent. *Curr Drug Saf.* 2011;6(4):237–249.

### 3. ANÁLISE

#### - Considerações Iniciais

A Organização das Nações Unidas (ONU) apresenta um sistema de controle internacional de substâncias psicotrópicas, que funciona por meio de Convenções Internacionais, sendo que seu cumprimento é mandatório e fiscalizado pela Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE) da própria ONU.

A Comissão de Drogas e Narcóticos (CND) da ONU modifica regularmente as Listas das substâncias psicotrópicas controladas pelas Convenções Internacionais, considerando as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que, por sua vez, é aconselhada pelo seu Comitê de Especialistas em Dependência de Drogas (ECDD).

Em 24 de janeiro de 2019, a OMS apresentou ao Secretário-Geral da ONU seis recomendações emanadas da 41ª reunião do ECDD, no que tange ao controle da *cannabis* e de substâncias relacionadas.

As recomendações realizadas pela OMS serão avaliadas na 63ª sessão da CND, que acontecerá em Viena/Áustria, de 2 a 6 de março de 2020.

As alterações recomendadas pela OMS impactam duas Convenções Internacionais responsáveis pelo controle internacional de substâncias psicotrópicas.

A primeira delas é a Convenção de 1961, alterada pelo Protocolo de 1972, e também conhecida como “Convenção sobre os Estupefacientes”. No que tange à *cannabis*, a Convenção mantém a planta, suas resinas, extratos e tinturas nas Listas I e IV, estabelecendo que os países signatários deverão proibir a produção, manufatura, exportação, importação, posse ou uso das substâncias listadas, com exceção para fins médicos e científicos, sob controle e supervisão direta do país membro.

A outra é a Convenção de 1971, também conhecida como “Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas”, a qual lista o canabinóide tetrahidrocannabinol (THC), estabelecendo que os países proibam todo tipo de uso dessas substâncias, exceto para fins científicos e propósitos médicos muito limitados, por meio de estabelecimentos médicos e pessoas autorizadas pelas autoridades governamentais.

O Brasil é signatário das Convenções Internacionais apresentadas acima e também é membro da CND, tendo direito a voto na sua 63ª sessão, que avaliará as recomendações da OMS. Assim, se aprovadas pela CND, as recomendações da OMS afetarão diretamente, no Brasil, o controle da *cannabis* e de substâncias relacionadas.

A situação descrita acima é especialmente preocupante, tendo em vista o cenário da *cannabis* em todo o mundo. Em 2019, o “Relatório Mundial sobre Drogas” do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) apontou a *cannabis* como a droga mais usada no mundo: o número de usuários aumentou aproximadamente 30% de 1998 a 2017, atingindo cerca de 188 milhões de pessoas. Desse modo, um afrouxamento do controle sobre a *cannabis* e substâncias relacionadas piorará ainda mais o cenário do crescente uso recreativo dessas substâncias e suas devastadoras consequências para todo o conjunto social. Além disso, é importante ficar claro que o uso terapêutico dos componentes da *cannabis* ainda é extremamente restrito, contando com pouquíssimas evidências científicas. Assim, a aprovação das recomendações da OMS pela CND dará também uma falsa ideia para a sociedade internacional de que a *cannabis* apresenta incontáveis propriedades terapêuticas, o que está muito longe de ser verdade.

Abaixo, seguem as recomendações de mudanças encaminhadas à CND, e que serão apreciadas na sua 63ª sessão:

5.1. Excluir *cannabis* e resina de *cannabis* da Lista IV da Convenção de 1961.

5.2.1. Adicionar o dronabinol e seus estereoisômeros (delta-9-THC) na Lista I da Convenção de 1961.

5.2.2. Se 5.2.1 for adotado: Excluir dronabinol e seus estereoisômeros (delta-9-THC) da Lista II da Convenção de 1971.

5.3.1. Se 5.2.1 for adotado: Adicionar o tetra-hidrocanabinol na Lista I de 1961 Convenção.

5.3.2. Se 5.3.1 for adotado: Excluir o tetra-hidrocanabinol da Lista I do Convenção de 1971.

5.4. Excluir extratos e tinturas de *cannabis* da Lista I da Convenção de 1961.

5.5. Adicionar uma nota de rodapé sobre preparações de canabidiol na Lista I da Convenção de 1961, com a seguinte redação: “Preparações contendo predominantemente canabidiol e não mais de 0,2% do delta-9- tetra-hidrocanabinol não estão sob controle internacional”.

5.6. Adicionar à Lista III da Convenção de 1961 preparações obtidas por síntese química ou produzidas como preparação de *cannabis*, que são compostas, enquanto preparações farmacêuticas, por um ou mais ingredientes, de maneira que não seja possível recuperar o delta-9-tetra-hidrocanabinol por meios facilmente disponíveis ou em quantidades que constituam risco para a saúde pública.

### - Considerações sobre o Uso Medicinal da *Cannabis* e seus Compostos

O Conselho Federal de Medicina (CFM) do Brasil, por meio da Resolução No. 2.113/2014, deixa clara a escassez de estudos que sustentam o uso terapêutico do canabidiol, um dos componentes da *cannabis* <sup>1</sup>:

*Um reduzido número de estudos tem demonstrado ação terapêutica do canabidiol em crianças e adolescentes com epilepsia refratária aos tratamentos convencionais, embora até o momento sem resultados conclusivos quanto à sua segurança e eficácia sustentada, o que exige a continuidade de estudos.*

Por conta disso, o Conselho Federal de Medicina (CFM) liberou no Brasil apenas “o uso compassivo do canabidiol como terapêutica médica, exclusiva para o tratamento de epilepsias na infância e adolescência refratárias às terapias convencionais”. Reiterando sua posição, o Conselho publicou Nota, em maio de 2019, informando o que segue <sup>2</sup>:

*O uso da cannabis (maconha) ainda não possui evidências científicas consistentes que demonstrem sua eficácia e segurança aos pacientes. Desse modo, a regulação do plantio e uso dessa droga coloca em risco esse grupo, além de causar forte impacto na sociedade em sua luta contra o narcotráfico e suas consequências.*

Alguns Conselhos Estaduais de Medicina também têm se manifestado a respeito. Segue abaixo trecho de Nota Pública sobre “Maconha Medicinal” do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), publicada em setembro de 2016 <sup>3</sup>:

*Cabe esclarecer que o termo ‘maconha medicinal’ embora tenha apelo cultural, não reflete o estado atual do conhecimento e o uso conforme esta designação não respeita os passos necessários, aceitos nacional e internacionalmente, para a aprovação de uma nova terapêutica... O CREMESP foi pioneiro no apoio à liberação do uso do canabidiol (canabinoide não psicoativo) para populações portadoras de epilepsias graves e refratárias da infância. No entanto, o CREMESP afirma não haver comprovações científicas de que haja algum uso efetivamente medicinal da maconha. O desenvolvimento de novos estudos que ofereçam evidências para a eventual utilização terapêutica de canabidiol ou outros canabinóides receberá apoio do CREMESP. Contudo, a aprovação, neste momento histórico, de usos na Saúde de derivados de cannabis, para os quais os procedimentos consagrados para liberação de medicamentos não foram respeitados, merece repúdio e grande preocupação deste Conselho.*

Em outubro de 2019, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) publicaram o “Decálogo sobre a Maconha”, reforçando a presença de ações deletérias do uso da *cannabis* sobre a saúde de seus usuários, bem como a escassez de evidências científicas para o uso terapêutico de seus compostos. Ademais, fica clara a posição dessas entidades médicas que não se deve falar em “maconha medicinal”, já que não há qualquer evidência científica sobre atividades terapêuticas da *cannabis* bruta <sup>4</sup>:

1. A *cannabis sativa* e a *indica* não podem ser consideradas medicamentos e, portanto, não existe “maconha medicinal”;
2. A planta tem pelo menos 400 substâncias, sendo que uma, o THC, tem potencial de causar dependência e apenas uma, o CBD, está sendo investigada com o objetivo de verificar se existe ou não um potencial terapêutico;
3. Como os poucos resultados obtidos estão longe de ser generalizados, mesmo que o uso controlado possa ser feito, deve-se levar em conta os potenciais malefícios já comprovados;
4. Para qualquer substância com potencial de causar dependência em uso terapêutico, até hoje, a regulamentação é especial, pois os benefícios iniciais podem ser substituídos por danos decorrentes do uso crônico, visto que ainda não existem estudos a longo prazo que comprovem a segurança;
5. As consequências do consumo de maconha fumada costumam ir além do usuário e podem atingir toda a família. Por exemplo, as alterações de humor e mudanças de comportamento são comuns e afetam as pessoas próximas e provocam acidentes no trânsito;
6. O consumo de maconha pode levar a dependência, diminuição da atenção, memória e funções executivas. Prejudica a percepção da realidade e a tomada de decisões. Leva ao declínio de até 8 pontos no QI (Quociente intelectual);
7. Estudo recente mostrou que maconha usada na adolescência pode aumentar o risco suicida nesta faixa etária e também na fase adulta;
8. A maconha pode induzir à esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar quadros de ansiedade, como ataques de pânico;
9. O consumo de maconha na gestação leva a alterações no cérebro do feto;
10. O consumo de maconha pode levar a câncer de pulmão, bronquite, enfisema e infecções respiratórias, dentre outras alterações nos diferentes sistemas orgânicos. Elas são mais graves que aquelas decorrentes do uso de cigarro comum.

Outras entidades médicas brasileiras também têm posição bastante reservada sobre o uso terapêutico da *cannabis* e seus compostos. Em 2015, a Academia Nacional de Neurologia (ABN) publicou estudo no qual apresenta a seguinte conclusão:

*Parecem existir evidências de efeitos benéficos dos canabinóides em alterações do sistema nervoso central e periférico, porém, estudos de longo prazo devem ser realizados, com maior número de pacientes, com eficácia medida por instrumentos objetivos e seu uso a longo prazo ainda não é conhecido. O uso do canabidiol é indicado na falha terapêutica dos tratamentos já consagrados ou quando os mesmos apresentam eficácia insuficiente. O uso da cannabis de forma recreativa é contraindicada pela ABN.*

Em dezembro de 2017, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) publicaram documento conjunto (“Nota de Esclarecimento – Uso de Canabidiol na População Pediátrica”), afirmando o que segue <sup>6</sup>:

*Não há, na infância, evidência científica classe I ou II para que esta substância seja usada para qualquer outra situação que não sejam as crises epilêpticas de muito difícil controle e que não respondam as terapêuticas atuais... Após profunda análise científica, com enfoque principal na segurança e eficácia do canabidiol, o CFM concluiu que ainda não há evidências científicas que comprovem que os canabinóides são totalmente seguros e eficazes no tratamento de casos de epilepsia. Desta forma, só há indicação para o uso em casos restritos, quando realmente não há resposta adequada aos medicamentos convencionalmente liberados e que, apesar do manejo adequado e em doses satisfatórias, produz resultados insatisfatórios... Importante ressaltar que o canabidiol não é medicação de primeira escolha para nenhum tipo de epilepsia, nunca deve ser usado em monoterapia, e sim sempre associado aos antiepilêpticos tradicionais existentes e já em tratamento... Estudo recente de revisão sobre o uso do canabidiol em desordens neurológicas, Anup et. al, 2016, reforça que não existe na literatura médica estudos robustos em crianças e adolescentes que realmente suporte uma segurança e uma efetividade real em relação ao tratamento de doenças do SNC, mesmo nas epilepsias. A maioria dos estudos revisados na literatura médica são ensaios clínicos, geralmente não controlados ou randomizados, relatos de casos, sem estudos com impacto em evidência científica. Portanto, o autor coloca o uso do canabidiol como indicação real apenas para estes casos de epilepsias refratárias, em que realmente não respondem a terapias já estabelecidas, uma vez que não se sabe a real segurança do canabidiol e seus efeitos diretos no cérebro das crianças e adolescentes em uso por longo prazo. A sinalização para o seu uso em cefaleia crônica, dores crônicas no geral, desordens do movimento como tiques ou síndrome de Tourette não tem estabelecimento científico atual para segurança e efeito adequado... Até o presente momento, não há evidência científica robusta que traga segurança e eficácia quanto aos sintomas autísticos, bem como não há estudos controlados, randomizados, com número seguro de pacientes o suficiente para indicar tratamento para o autismo com o canabidiol... Existem estudos em andamento, a maioria observacionais, sem controle ou randomização. Alguns relatos de casos demonstraram boa resposta terapêutica, outros nem tanto e geralmente os pacientes apresentavam TEA associados com quadros comportamentais graves. Portanto, até a presente data não há indicação baseada em evidência científica robusta que ateste o uso em crianças e adolescentes com transtorno do espectro do autismo...*

A Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE) da ONU, em Relatório publicado no ano de 2018 (“Report of the International Narcotics Control Board for 2018”), apresenta importantes questões e recomendações que precisam ser levadas em consideração quando da apreciação das recomendações da OMS para flexibilizar a fiscalização sobre a *cannabis* e substâncias relacionadas, com base em possíveis benefícios medicinais que essa droga poderia trazer. Abaixo, seguem algumas das ponderações da Junta, que foram levadas em consideração pelo Governo brasileiro para tomada de posição sobre o tema <sup>7</sup>:

*Pesquisadores e formuladores de políticas levantaram preocupações de que programas de cannabis medicinal mal regulamentados em estados dos EUA possam ter aumentado o uso não medicinal de cannabis entre jovens. Os pesquisadores avaliaram essas preocupações comparando dados de pesquisas sobre o uso de maconha em adolescentes nos estados dos EUA que legalizaram e não legalizaram o uso medicinal da droga. O maior estudo que utilizou dados de pesquisas nacionais constatou que não houve alteração no uso de maconha por adolescentes antes e após a aprovação de leis que permitam o uso medicinal da maconha. As análises do uso de cannabis em jovens de 12 a 20 anos no Inquérito Nacional sobre Uso Domiciliar de Drogas dos EUA também não encontraram aumentos nesse uso. No entanto, o uso de cannabis aumentou entre os adultos com mais de 21 anos nos estados que adotaram legislação que permite o uso medicinal da cannabis. Adultos em estados com legislação que permite o uso medicinal da cannabis apresentam taxas mais altas de uso diário, além de abuso e dependência da droga do que adultos que vivem em estados que não aprovaram essa legislação. O número de homens adultos que procuram tratamento para transtornos por uso de maconha também aumentou mais nos estados com leis para uso de maconha medicinal; esse aumento ocorreu entre pessoas que não foram encaminhadas pelo sistema de justiça criminal. As evidências são variadas sobre os efeitos da legislação sobre cannabis medicinal nas mortes de veículos automotores. Alguns estudos apresentaram aumento no número de motoristas envolvidos em acidentes fatais com cannabis detectada na corrente sanguínea, nos estados que aprovaram a legislação sobre cannabis medicinal, enquanto outros estudos encontraram uma diminuição nesse número. Um estudo comparando tendências em acidentes fatais de veículos a motor no Colorado e 34 estados sem legislação sobre cannabis medicinal, entre 1994 e 2011, constatou um aumento maior de mortes relacionadas à cannabis no Colorado, após 2009. Não houve mudança no número de mortes relacionadas ao álcool no Colorado ou nos 34 estados sem leis de cannabis medicinal.*

*(Researchers and policymakers have raised concerns that poorly regulated medical cannabis programmes in states of the United States may have increased the non-medical use of cannabis among young people. Researchers have evaluated those concerns by comparing survey data on cannabis use in adolescents in states in the United States that have and have not legalized the medical use of cannabis.*

*The largest study using national survey data found that there was no change in adolescent cannabis use before and after the passage of laws permitting the medical use of cannabis. Analyses of cannabis use in young people aged 12 to 20 in the United States National Household Survey of Drug Use also failed to find increases in such use.*

*However, cannabis use has increased among adults over the age of 21 in states that have adopted legislation permitting the medical use of cannabis. Adults in states with legislation permitting medical use of cannabis have higher rates of daily cannabis use and cannabis abuse and dependence than adults who live in states that have not passed such legislation. The number of adult males seeking treatment for cannabis use disorders has also increased more in states with medical cannabis laws; that increase has occurred among persons who were not referred by the criminal justice system. The evidence is mixed on the effects of medical cannabis legislation on motor vehicle fatalities. Some studies have found an increase in the number of drivers involved in fatal crashes with cannabis in their bloodstream in states that have passed medical cannabis legislation while others have found a decrease in that number. A study comparing trends in fatal motor vehicle crashes in Colorado and 34 states without medical cannabis legislation between 1994 and 2011 found a larger increase in cannabis-related fatalities in Colorado after 2009. There was no change in the number of alcohol-related fatalities in Colorado or the 34 states without medical cannabis laws).*

A Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE) da ONU coloca também que em alguns Estados americanos a instituição de Programas de *cannabis* medicinal foi utilizada para advogar, no futuro, a legalização da droga para o uso não-medicinal, como se fosse uma etapa preparatória para sensibilizar a sociedade sobre ações subsequentes rumo à flexibilização de seu uso recreativo. Tal situação leva a uma diminuição da percepção de risco por parte da população dos graves problemas ocasionados pela *cannabis*, abrindo caminho para sua legalização, levando, conseqüentemente ao aumento do consumo não-medicinal pela população <sup>6</sup>:

*Os programas de “cannabis medicinal” em alguns estados dos EUA foram usados por defensores da legalização da maconha para promover a legalização do uso não-medicinal da cannabis nesses estados. A diminuição da percepção de risco do uso de maconha e a ativa propaganda sobre a sociedade da maconha pela indústria da cannabis apresentam grandes desafios na prevenção do uso de maconha entre os jovens. As alegações infundadas sobre os benefícios médicos da cannabis foram acompanhadas pela diminuição da percepção de risco do uso de cannabis entre jovens nos EUA. O uso de maconha por adultos nos estados dos EUA em que a maconha não-medicinal foi legalizada pode incentivar os adolescentes a usar a droga no momento em que seus cérebros são especialmente vulneráveis a seus efeitos adversos.*

*(Medical cannabis programmes in some states in the United States have been used by advocates of cannabis legalization to promote the legalization of non-medical cannabis use in those states. The decrease in the perceived risks of cannabis use and active social marketing of cannabis by the cannabis industry presents major challenges in preventing cannabis use among young people. Unsubstantiated claims about the medical benefits of cannabis have been accompanied by reductions in the perceived risks of using cannabis among young people in the United States. Cannabis use by adults in the states of the United States in which non-medical cannabis has been legalized may encourage adolescents to use the drug at a time when their brains are especially vulnerable to its adverse effects).*

Quando a efetividade real do uso terapêutico da *cannabis* e de seus derivados é avaliada, os resultados são pífios. Vale aqui ressaltar que a maior parte dos estudos clínicos publicados apresenta baixa qualidade científica e metodológica. Até o presente momento, a imensa maioria dos artigos científicos de revisões da literatura e meta-análises realizadas sobre o tema mostram que os canabinóides, de maneira geral, não são efetivos para o tratamento das mais variadas condições clínicas (Dor em geral; Dor neuropática; Dor relacionada ao câncer; Dor de cabeça/cefaleia; Espasticidade; Caquexia e Anorexia relacionadas ao câncer e HIV; Náusea vômito relacionados à quimioterapia; Cuidados Paliativos; Transtornos mentais – depressão, ansiedade, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, síndrome de Tourette, transtorno do estresse pós-traumático, transtornos psicóticos; Transtornos do espectro autista; Sintomas neuropsiquiátricos em demência; Parkinson; Doença de Huntington; Transtornos do movimento; Doença de Crohn e colite ulcerativa; Doenças da motilidade do trato gastrointestinal; Síndrome da bexiga dolorosa/Cistite intersticial; Síndrome da bexiga irritável; Insônia; Esclerose múltipla; Pacientes pediátricos; Baixa qualidade de vida decorrente de doença clínica ativa; Abuso de opióides); e nos pouquíssimos artigos de revisão da literatura e meta-análise que mostram pequenos resultados positivos, os autores sempre interpretam os dados com cautela, ponderando que o uso clínico dos canabinóides precisa ser melhor avaliado, em decorrência da pequena quantidade de estudos clínicos realizados, dos efeitos adversos dessas substâncias para a saúde dos pacientes, e das importantes limitações metodológicas dos estudos clínicos que os compõem <sup>8-42</sup>. É também importante notar que não há evidências científicas que sustentem o uso terapêutico de óleos de *cannabis* <sup>42</sup>.

Os únicos resultados mais consistentes para o uso terapêutico de um canabinóide, no caso o canabidiol, vêm do manejo de quadros epilépticos refratários <sup>43-45</sup>, mostrando efeito modesto, porém consistente <sup>46</sup>.

Vale ainda ressaltar, de acordo com Artigo publicado pelos pesquisadores Schonhofen *et al.* (2018), que não há evidências de segurança a longo prazo do uso de canabinóides, como o canabidiol. A preocupação é maior no caso de crianças e adolescentes, que apresentam seu sistema nervoso central em formação. Nessa faixa etária, existe, inclusive, maior potencial de risco no uso de canabinóides <sup>47</sup>:

*Os componentes do sistema endocanabinóide (ECS) - receptores canabinóides, endocanabinóides e enzimas de síntese/degradação - são expressos e são funcionais desde os estágios iniciais de desenvolvimento e durante todo o desenvolvimento cortical cerebral do adolescente, regulando o destino*

*das células progenitoras, diferenciação neural, migração e sobrevivência dessas células. Isso pode potencialmente conferir maior vulnerabilidade a resultados adversos da exposição precoce aos canabinóides. O canabidiol (CBD) é um dos canabinóides exógenos mais estudados, e os extratos de cannabis enriquecidos com CBD foram amplamente (e com sucesso) usados como adjuvantes no tratamento de crianças com epilepsia refratária, e existe até um medicamento aprovado pelo “Food and Drug Administration” (FDA) com CBD purificado derivado de cannabis. No entanto, não há informações suficientes sobre possíveis alterações a longo prazo no sistema nervoso central causadas por tratamentos com canabinóides durante a primeira infância. Como a maioria dos canabinóides, o CBD é capaz de exercer seus efeitos diretos e indiretamente através do ECS, o que pode perturbar os processos regulatórios mediados por esse sistema. Além disso, o CBD possui um grande número de alvos não endocanabinóides, o que pode explicar os efeitos do CBD.*

*(The endocannabinoid system (ECS) components-cannabinoid receptors, endocannabinoids and synthesis/degradation enzymes-are expressed and are functional from early developmental stages and throughout adolescent cortical development, regulating progenitor cell fate, neural differentiation, migration and survival. This may potentially confer increased vulnerability to adverse outcomes from early cannabinoid exposure. Cannabidiol (CBD) is one of the most studied exogenous cannabinoids, and CBD-enriched Cannabis extracts have been widely (and successfully) used as adjuvants to treat children with refractory epilepsy, and there is even a Food and Drug Administration (FDA)-approved drug with purified CBD derived from Cannabis. However, there is insufficient information on possible long-term changes in the central nervous system caused by cannabinoid treatments during early childhood. Like the majority of cannabinoids, CBD is able to exert its effects directly and indirectly through the ECS, which can perturb the regulatory processes mediated by this system. In addition, CBD has a large number of non-endocannabinoid targets, which can explain CBD's effects).*

Por outro lado, estudos de revisão da literatura e meta-análises têm mostrado de maneira consistente que o uso recreativo de *cannabis* é importante fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais graves, como psicoses (ex.: esquizofrenia) e transtornos do humor (ex.: mania)<sup>48</sup>. Além disso, aumenta o risco para suicídio<sup>48</sup> e déficits cognitivos<sup>49</sup>. Importante estudo publicado em 2015, e que fez resumo da literatura científica publicada nos últimos 20 anos, mostrou a ocorrência de importantes problemas pessoais e sociais decorrentes do uso de *cannabis*:<sup>50</sup>

*... dirigir sob efeito de maconha aproximadamente dobra o risco de acidente de carro e que cerca de um em cada 10 usuários regulares de cannabis desenvolve dependência. O uso regular de maconha na adolescência aproximadamente dobra os riscos de abandono escolar precoce, de comprometimento cognitivo e psicoses na idade adulta. O uso regular de maconha na adolescência também está fortemente associado ao uso de outras drogas ilícitas... o uso de maconha aumenta o risco de acidentes e pode produzir dependência, e que existem associações consistentes entre o uso regular de maconha e maus resultados psicossociais e de saúde mental na vida adulta.*

*(... driving while cannabis-impaired approximately doubles car crash risk and that around one in 10 regular cannabis users develop dependence. Regular cannabis use in adolescence approximately doubles the risks of early school-leaving and of cognitive impairment and psychoses in adulthood. Regular cannabis use in adolescence is also associated strongly with the use of other illicit drugs.... cannabis use increases the risk of accidents and can produce dependence, and that there are consistent associations between regular cannabis use and poor psychosocial outcomes and mental health in adulthood).*

#### **- Considerações sobre as Recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Comissão de Narcóticos (CND) da Organização das Nações Unidas (ONU)**

A) 5.1. Excluir *cannabis* e resina de *cannabis* da Lista IV da Convenção de 1961.

Um critério para colocar uma substância na Lista IV é que seus efeitos negativos não são compensados por vantagens terapêuticas substanciais<sup>51</sup>, sendo substâncias particularmente suscetíveis à dependência química e que produzem efeitos nocivos com pouco ou nenhum uso terapêutico.

No que tange à *cannabis* bruta, não há qualquer evidência de que ela possa ser utilizada de modo seguro ou eficaz para o tratamento de qualquer condição clínica. A *cannabis* bruta contém centenas de constituintes químicos encontrados em concentrações muito variadas, de acordo com a cepa da planta. O Instituto de Medicina dos EUA (IOM) publicou, em 2017, relatório informando que não há evidências suficientes para o uso da *cannabis* como medicamento, no que se refere à demência, glaucoma, depressão crônica associada à dor, câncer, síndrome do intestino irritável, esclerose lateral amiotrófica, epilepsia e coreia<sup>52</sup>. Até o presente momento, nenhuma associação médica importante posicionou-se de maneira favorável da *cannabis* fumada para uso médico. A ciência é clara sobre o alto potencial de abuso de *cannabis* - aproximadamente 10% dos adultos e 17% dos adolescentes que usam *cannabis* regularmente tornam-se dependentes da droga<sup>53, 54</sup>.

Além disso, os níveis de THC na *cannabis* têm aumentado constantemente desde o início dos anos 90 e muitas das cepas mais usadas atualmente contêm até 5-7 vezes mais THC do que nos anos anteriores<sup>55</sup>. Com esses aumentos generalizados na potência da droga, surgem maiores riscos de dependência, doenças mentais e outros problemas de saúde pública, juntamente com todos os seus custos sociais associados<sup>55</sup>.

Não há evidências de que a *cannabis* bruta ofereça vantagens terapêuticas que compensem os muitos danos potenciais ao uso de *cannabis* nos níveis individual e populacional. No que tange aos componentes da *cannabis*, os trabalhos científicos de revisão da literatura científica e meta-análise mostram limitadas indicações para o uso clínico, como apresentado e descrito acima.

Portanto, a Lista IV da Convenção Única de 1961 sobre Estupefacientes é uma categoria apropriada para a *cannabis*.

O reescalonamento da *cannabis* para uma categoria menos restritiva significará problemas importantes para os países membros que usam a Convenção Única de 1961 como base para sua política de controle de drogas. Fatalmente, esse será um primeiro passo rumo à liberação da *cannabis* para uso recreacional, de acordo com o que já foi alertado pelo Relatório da Junta de Fiscalização de Entorpecentes da ONU, publicado no ano de 2018 (“Report of the International Narcotics Control Board for 2018”)<sup>6</sup>:

*Os programas de “cannabis medicinal” em alguns estados dos EUA foram usados por defensores da legalização da maconha para promover a legalização do uso não-medicinal da cannabis nesses estados. A diminuição da percepção de risco do uso de maconha e a ativa propaganda sobre a sociedade da maconha pela indústria da cannabis apresentam grandes desafios na prevenção do uso de maconha entre os jovens. As alegações infundadas sobre os benefícios médicos da cannabis foram acompanhadas pela diminuição da percepção de risco do uso de cannabis entre jovens nos EUA. O uso de maconha por adultos nos estados dos EUA em que a maconha não-medicinal foi legalizada pode incentivar os adolescentes a usar a droga no momento em que seus cérebros são especialmente vulneráveis a seus efeitos adversos.*

*(Medical cannabis programmes in some states in the United States have been used by advocates of cannabis legalization to promote the legalization of non-medical cannabis use in those states. The decrease in the perceived risks of cannabis use and active social marketing of cannabis by the cannabis industry presents major challenges in preventing cannabis use among young people. Unsubstantiated claims about the medical benefits of cannabis have been accompanied by reductions in the perceived risks of using cannabis among young people in the United States. Cannabis use by adults in the states of the United States in which non-medical cannabis has been legalized may encourage adolescents to use the drug at a time when their brains are especially vulnerable to its adverse effects).*

B) 5.2.1. Adicionar o dronabinol e seus estereoisômeros (delta-9-tetra-hidrocanabinol) na Lista I da Convenção de 1961.

5.2.2. Se 5.2.1 for adotado: Excluir dronabinol e seus estereoisômeros (delta-9-tetra-hidrocanabinol) da Lista II da Convenção de 1971.

&

C) 5.3.1. Se 5.2.1 for adotado: Adicionar o tetra-hidrocanabinol na Lista I de 1961 Convenção.

5.3.2. Se 5.3.1 for adotado: Excluir o tetra-hidrocanabinol da Lista I do Convenção de 1971.

O delta-9-tetra-hidrocanabinol e o seu estereoisômero ativo, o dronabinol, em especial os seus derivados com elevado grau de pureza, podem produzir efeitos nocivos, causar dependência e utilização abusiva pelo menos na mesma medida que a *cannabis*, a qual figura na Lista I da Convenção Internacional de 1961. Substâncias que podem causar uso abusivo e produzir efeitos nocivos semelhantes aos de uma substância já incluída nas Listas da Convenção sobre os Estupefacientes de 1961 deve, em princípio, ser incluída também nas mesmas Listas.

No que tange ao tetra-hidrocanabinol, que figura na lista I da Convenção Internacional de 1971, não causa uso abusivo nem provoca efeitos nocivos semelhantes aos associados ao delta-9-tetra-hidrocanabinol. Entretanto, devido à semelhança química dos isômeros com o delta-9-tetra-hidrocanabinol, é muito difícil diferenciá-los desta substância, quando se recorre aos métodos utilizados de análise química. Assim, a inclusão dos isômeros na mesma Lista do delta-9-tetra-hidrocanabinol, ou seja, na Lista I da Convenção Intgernational de 1961, facilitaria o controle internacional de todas essas substâncias.

Assim sendo, de acordo com o apresentado acima, adicionar o dronabinol e seus estereoisômeros, bem como o tetra-hidrocanabinol na Lista I da Convenção de 1961 seria medida importante para controle mais apropriado dessas substâncias. Entretanto, as mesmas substâncias deveriam também ser incluídas na Lista IV de tal Convenção, tal qual acontece hoje com a *cannabis*. Caso contrário, o controle sobre essas substâncias não ocorrerá de maneira apropriada.

Portanto, a aprovação das recomendações 2 e 3 da OMS, da maneira como estão, seria extremamente preocupante, bem como um grande passo na direção da legalização do uso recreativo da *cannabis* em nível internacional. Até o momento, os dados dos locais onde a droga foi legalizada não são encorajadores e suscitam sérias preocupações de saúde pública<sup>56-58</sup>.

D) 5.4. Excluir extratos e tinturas de *cannabis* da Lista I da Convenção de 1961.

Extratos e tinturas de *cannabis* apresentam diferentes propriedades psicoativas, em decorrência da variação de concentração do delta-9-tetra-hidrocabinol. Desse modo, a situação de diversas preparações com distintas concentrações de delta-9-tetra-hidrocanabinol serem sujeitas ao controle sob um mesmo rótulo (Extratos e Tinturas), figurando na mesma Lista, trarão dificuldades para as autoridades responsáveis pela aplicação das medidas em seus respectivos países. Ademais, não há motivo evidente relacionado com a saúde pública que justifique sua aplicação.

E) 5.5. Adicionar uma nota de rodapé sobre preparações de canabidiol à Lista I da Convenção de 1961, com a seguinte redação: "Preparações contendo predominantemente canabidiol e não mais de 0,2% do delta-9-tetra-hidrocanabinol não estão sob controle internacional".

A presente recomendação diminui o nível atual utilizado para o controle das preparações de canabidiol. Ademais, é importante frisar que o estabelecimento de qualquer concentração de delta-9-tetra-hidrocanabinol para preparações contendo predominantemente canabidiol não encontra respaldo científico. Ressalta-se ainda que a recomendação da ONU não exclui a possibilidade de entendimentos distintos quanto ao modo de calcular o limite proposto de delta-9-tetra-hidrocanabinol.

Além disso, em decorrência do grande movimento internacional em favor da flexibilização do pretense uso terapêutico da *cannabis* e substâncias relacionadas (na imensa maioria das vezes totalmente desprovido de embasamento científico), em alguns Estados americanos e países europeus, houve uma proliferação de produtos alimentícios, de saúde e cosméticos, que afirmam conter canabidiol para usos terapêuticos ou médicos. Tal situação coloca os consumidores em risco, porque esses produtos, na imensa maioria das vezes, não provaram ser seguros ou eficazes. A comercialização enganosa de tratamentos com a *cannabis* e substâncias relacionadas, não comprovados cientificamente, também suscita preocupações significativas à saúde pública, pois pacientes e outros consumidores podem ser influenciados a não usar terapias comprovadas cientificamente para tratar doenças graves e até fatais<sup>59</sup>. Além disso, de acordo com a "Food and Drug Administration" (FDA) dos Estados Unidos, existem muitas perguntas não respondidas e lacunas de dados sobre a toxicidade do canabidiol, e alguns dos dados disponíveis levantam sérias preocupações sobre possíveis danos<sup>60-61</sup>. Assim, o canabidiol pode apresentar riscos reais à segurança de seus consumidores, se não for usado sob supervisão e monitoramento médico<sup>62</sup>. Desse modo, a presente recomendação da OMS pode reforçar a ideia na sociedade de que as apresentações com canabidiol não apresentam riscos em seu uso.

F) 5.6. Adicionar à Lista III da Convenção de 1961 preparações obtidas por síntese química ou produzidas como preparação de *cannabis*, que são compostas, enquanto preparações farmacêuticas, por um ou mais ingredientes, de maneira que não seja possível recuperar o delta-9-tetra-hidrocanabinol por meios facilmente disponíveis ou em quantidades que constituam risco para a saúde pública.

A nomenclatura "preparações farmacêuticas", que consta do texto da recomendação, não se baseia em qualquer termo definido na Convenção Internacional de 1961, não devendo, assim, ser acatada pela CND.

#### 4. CONCLUSÃO

Inicialmente, para que determinada substância seja utilizada de maneira terapêutica, existe a necessidade de que seja submetida a pesquisas científicas que demonstrem sua segurança e efetividade para o uso clínico. Diante do apresentado em tela, não existe qualquer comprovação científica para o uso terapêutico da *cannabis* bruta. Quanto aos produtos derivados da *cannabis*, apenas o seu composto canabidiol encontra respaldo para o uso em convulsões na infância, de maneira adjuvante a outros medicamentos, e apenas quando outras abordagens

terapêuticas mostraram-se inefetivas. Não existe indicação do uso do canabidiol como primeira escolha nessas condições clínicas, e seu uso não é indicado de maneira isolada, como monoterapia. Não há comprovação científica para o uso do canabidiol para o tratamento de pacientes que apresentem outras doenças.

Vale ainda ressaltar que, em alguns Estados americanos, alguns países da Europa e outros poucos países de outros continentes, houve uma proliferação de produtos alimentícios, de saúde e cosméticos que afirmam conter canabidiol e que são comercializados para usos terapêuticos ou médicos. Isso coloca os consumidores em risco, porque muitos desses produtos não provaram ainda ser seguros ou eficazes. A comercialização enganosa de tratamentos à base de *cannabis* e substâncias relacionadas, não comprovados cientificamente, também suscita preocupações significativas à saúde pública, pois pacientes e outros consumidores podem ser influenciados a não usar terapias cientificamente aprovadas, seguras e clinicamente efetivas para tratar doenças graves e até fatais<sup>59</sup>. Além disso, de acordo com o FDA americano, existem muitas perguntas não respondidas e lacunas de dados sobre a toxicidade do canabidiol<sup>60-61</sup>, e alguns dos dados disponíveis levantam sérias preocupações sobre possíveis danos dessa substância<sup>62</sup>.

Ademais, é importante ressaltar que não existe qualquer comprovação científica, que respalde o uso de outros compostos da *cannabis*, como o delta-9-tetra-hidrocanabinol, para uso terapêutico. Também não há evidência científica que respalde o uso terapêutico de óleos de *cannabis*.

Quanto aos efeitos deletérios relacionados ao uso recreativo da *cannabis*, vale frisar que dirigir sob efeito de maconha aproximadamente dobra o risco de acidente de carro, e que cerca de um em cada 10 usuários regulares de *cannabis* desenvolve dependência. O uso regular de maconha na adolescência aproximadamente dobra os riscos de abandono escolar precoce, de comprometimento cognitivo e psicoses na idade adulta. O uso de *cannabis* também é fator de risco para episódios de mania e ocorrência de suicídio. O uso regular de *cannabis* na adolescência também está fortemente associado ao uso de outras drogas ilícitas. O uso de *cannabis* pode produzir dependência, existindo associação consistente entre o uso regular da droga e maus resultados psicossociais e de saúde mental na vida adulta.

Assim sendo, não há justificativa para a retirada da Lista IV da Convenção Internacional de 1961 da *cannabis*, conforme recomenda a OMS, pois tal droga causa dependência e produz graves efeitos nocivos aos seus usuários, suas famílias e toda a sociedade. Quanto ao uso terapêutico, as evidências científicas também não dão sustentação para a retirada da *cannabis* da Lista IV, conforme apresentado no presente documento.

Além disso, vale ressaltar que a aprovação das recomendações da OMS pela CND favorecerá o aumento da produção, comércio, armazenamento, posse e uso da *cannabis* em todo o mundo, com a diminuição da fiscalização sobre tais atividades. Tal situação contribuirá também para a diminuição da percepção de risco da população sobre os graves malefícios que a *cannabis* causa a seus usuários, suas famílias e todo o conjunto social, afetando principalmente as camadas mais vulneráveis das sociedades. Esse cenário aumentará, sem dúvida alguma, os graves problemas relacionados às drogas, que já vêm assolando a comunidade internacional, nos últimos tempos.

Vale ainda ressaltar que órgão da própria ONU, a Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE), coloca claramente sua preocupação quanto ao pretense uso medicinal da *cannabis* e substâncias relacionadas, em sua recente publicação "Report of the International Narcotics Control Board for 2018". Diante disso, fica claro que não há consenso entre os órgãos que compõem a ONU sobre o uso terapêutico da *cannabis* e seus impactos nos diversos países ao redor do mundo.

Diante do exposto acima, o Brasil é contra a aprovação das recomendações da OMS pela CND, propondo, então, a criação de um grupo de trabalho composto pelos países membros da CND para melhor apreciação da temática.

Quirino Cordeiro Júnior  
Secretário Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas



Documento assinado eletronicamente por **Quirino Cordeiro Junior, Secretário(a) Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas**, em 26/02/2020, às 15:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 10, inciso II, da Portaria nº 390/2015 do Ministério do Desenvolvimento Social.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.cidadania.gov.br/sei-autenticacao>, informando o código verificador **6794924** e o código CRC **12DF8F12**.