

O uso medicinal da Cannabis no controle da dor crônica não oncológica: uma revisão narrativa

Medicinal use of Cannabis in the control of chronic non-cancer pain: a narrative review

El uso medicinal del Cannabis en el control del dolor crónico no oncológico: una revisión narrativa

Rômulo Elísio Resende do Amaral¹ , Mayra Gabriela Machado de Souza¹ , Vágner Reis Batista¹ 

¹Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Resumo

Introdução: O uso terapêutico da *Cannabis* tem sido debatido mundialmente, com crescente produção de evidências e avanços regulatórios. No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), seu uso ainda é pouco explorado, apesar da relevância da dor crônica como queixa frequente.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi analisar o estado da arte do uso medicinal de extratos de *Cannabis*, com foco na sua aplicação na dor crônica e no papel estratégico do médico de família e comunidade em sua prescrição. **Métodos:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com buscas nas bases United States National Library of Medicine (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Embase e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram incluídos artigos científicos nos idiomas português, inglês e espanhol.

Resultados: Os estudos analisados mostram que os canabinoides atuam em receptores do sistema endocanabinoide modulando a percepção da dor. Os efeitos adversos mais comuns incluem sonolência, boca seca e alterações cognitivas leves. Há evidências promissoras quanto à redução do uso de opioides e psicofármacos em pacientes que fazem uso terapêutico da *Cannabis*, embora persistam lacunas sobre segurança e eficácia em longo prazo, especialmente no contexto da APS. **Conclusões:** A literatura consultada sugere que o uso da *Cannabis* possa representar uma alternativa terapêutica viável para o manejo da dor crônica, com potencial para reduzir o uso de psicofármacos. Contudo, são necessários diretrizes específicas, capacitação profissional e mais estudos clínicos no âmbito da APS.

Palavras-chave: Cannabis; Dor crônica; Medicina Familiar e Comunitária; Cuidados primários de saúde; Canabinoides.

Autor correspondente:

Rômulo Elísio Resende do Amaral

E-mail: dromulo348@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 07/03/2024.

Aprovado em: 09/09/2025.

Editora associada:

Monique Bourget

Como citar: Amaral RER, Souza MGM, Batista VR. O uso medicinal da Cannabis no controle da dor crônica não oncológica: uma revisão narrativa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2026;21(48):4162. [https://doi.org/10.5712/rbmfc21\(48\)4162](https://doi.org/10.5712/rbmfc21(48)4162)



Abstract

Introduction: The therapeutic use of *Cannabis* has been widely debated worldwide, with growing evidence and regulatory advances. In the context of primary health care (PHC), its use is still underexplored, despite the relevance of chronic pain as a common complaint. **Objectives:** The objective of this study was to analyze the state of the art regarding the medicinal use of *Cannabis* extracts, focusing on their application in chronic pain and the strategic role of the family and community physician in their prescription. **Methods:** This is a narrative literature review based on searches in the PubMed, LILACS, Embase, and SciELO databases. Scientific articles in Portuguese, English, and Spanish were included. **Results:** The studies analyzed show that cannabinoids act on receptors of the endocannabinoid system, modulating pain perception. The most common adverse effects include drowsiness, dry mouth, and mild cognitive changes. There is promising evidence regarding the reduction in the use of opioids and psychotropic drugs in patients who use *Cannabis* therapeutically, although gaps remain regarding its long-term safety and efficacy, especially in the PHC context. **Conclusions:** The literature reviewed suggests that *Cannabis* use may represent a viable therapeutic alternative for managing chronic pain, with the potential to reduce the use of psychotropic drugs. However, specific guidelines, professional training, and further clinical studies in the PHC setting are needed.

Keywords: *Cannabis*; Chronic pain; Family practice; Primary health care; Cannabinoids.

Resumen

Introducción: El uso terapéutico del *Cannabis* ha sido ampliamente debatido a nivel mundial, con creciente producción de evidencia y avances regulatorios. En el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS), su uso sigue siendo poco explorado, a pesar de la relevancia del dolor crónico como queja frecuente. **Objetivos:** El objetivo de este estudio fue analizar el estado del arte sobre el uso medicinal de extractos de *Cannabis*, con énfasis en su aplicación en el dolor crónico y el papel estratégico del médico de familia y comunidad en su prescripción. **Métodos:** Se trata de una revisión narrativa de la literatura, basada en búsquedas en las bases de datos PubMed, Lilacs, Embase y SciELO. Se incluyeron artículos científicos en portugués, inglés y español. **Resultados:** Los estudios analizados señalan que los cannabinoides actúan sobre receptores del sistema endocannabinoide, modulando la percepción del dolor. Los efectos adversos más comunes incluyen somnolencia, sequedad bucal y alteraciones cognitivas leves. Existe evidencia prometedora sobre la reducción del uso de opioides y psicofármacos en pacientes que utilizan *Cannabis* con fines terapéuticos, aunque persisten lagunas sobre su seguridad y eficacia a largo plazo, especialmente en el contexto de la APS. **Conclusiones:** La literatura revisada sugiere que el uso del *Cannabis* puede representar una alternativa terapéutica viable para el manejo del dolor crónico, con potencial para reducir el uso de psicofármacos. No obstante, se requieren directrices específicas, formación profesional y más estudios clínicos en el ámbito de la APS.

Palabras clave: Cannabis; Dolor crónico; Medicina Familiar y Comunitaria; Atención primaria de salud; Cannabinoides.

INTRODUÇÃO

A dor crônica representa um desafio clínico de alta prevalência e impacto funcional, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), onde a maior parte dos casos é manejada. Diante das limitações das terapias farmacológicas convencionais e da crescente busca por alternativas terapêuticas, o uso medicinal da *Cannabis* tem despertado o interesse de profissionais e pacientes, impulsionando a produção científica sobre seus potenciais efeitos, riscos e benefícios.

Em 1937 os Estados Unidos aprovaram a *Marihuana Tax Act*, iniciando um contexto de restrições ao uso medicinal e experimental da *Cannabis*. A partir de então, as autoridades passaram a classificar a planta como substância proibida. Essa medida dificultou o acesso ao consumo, como era esperado, e também comprometeu o desenvolvimento de estudos científicos sobre o tema.¹⁻³

O interesse científico pela substância foi renovado no início da década de 1990, com a descrição e clonagem de receptores específicos para canabinoides no sistema nervoso, seguidas pelo isolamento dos endocannabinoides. Iniciava-se, assim, um novo ciclo de pesquisa sobre derivados da *Cannabis* como recurso terapêutico, que resultou em crescimento expressivo na publicação de estudos e descobertas ao longo das últimas duas décadas.^{1,3-5}

Atualmente, as evidências de melhor qualidade sustentam o uso de canabinoides para poucas condições, como náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia, tipos específicos de dor, síndromes de espasticidade e algumas formas de epilepsia infantil.^{6,7} Na prática clínica, esse uso exige uma abordagem

individualizada, com acompanhamento contínuo ao longo de semanas. Nesse contexto, os médicos da atenção primária são os mais indicados para realizar os ajustes terapêuticos e a monitorização próxima dos pacientes.⁸⁻¹¹

A dor, compreendida como experiência sensorial e emocional, subjetiva e complexa, é uma das principais razões pelas quais os pacientes procuram atendimento médico. Especialmente a dor crônica — definida como aquela que persiste por mais de três meses, de forma contínua ou intermitente — apresenta alta prevalência na população brasileira, superando a média mundial. As taxas variam entre 29,3 e 73,3%, com maior ocorrência em mulheres e idosos, especialmente na região lombar.^{4,9,11-16}

O manejo farmacológico de condições patológicas pode proporcionar melhoras significativas, como a redução da intensidade da dor e o aumento da funcionalidade. No entanto, para grande parte dos pacientes com dor crônica, a maioria das intervenções farmacológicas não promove melhorias substanciais na qualidade de vida.^{9,11-13,15,17}

Dados recentes apontam aumento no número de prescrições de *Cannabis* medicinal em diversos países, mesmo no contexto da APS, em que seu uso tem sido associado à redução no consumo de psicofármacos e opioides.^{9,11} Estudos atestam que até 20% da população atendida na APS já teve contato com a substância, e que, desse total, 7% utilizam a planta com fins medicinais.¹⁸ Esses dados reforçam a necessidade ética de que médicos prescritores na atenção primária conheçam os riscos e benefícios do uso da *Cannabis*^{8,9,11} e possuam competência clínica para orientar corretamente os pacientes, com base em evidências de qualidade sobre essa terapia. Essa recomendação está alinhada ao Plano de Ação Global de Segurança do Paciente 2021–2030 da Organização Mundial da Saúde (OMS), que visa aprimorar a segurança do paciente por meio do fortalecimento do monitoramento de terapias farmacológicas. O plano destaca a importância de envolver pacientes e familiares como parceiros no cuidado seguro, promovendo o trabalho colaborativo e interprofissional e reforçando estratégias de educação permanente.¹⁹

Apesar do potencial terapêutico observado, ainda existem controvérsias relacionadas à segurança do uso contínuo da *Cannabis*, aos efeitos adversos e às limitações metodológicas dos estudos disponíveis. Essas lacunas reforçam a necessidade de investigar de forma crítica o uso da *Cannabis* para o manejo da dor crônica, sobretudo na prática clínica da medicina de família.

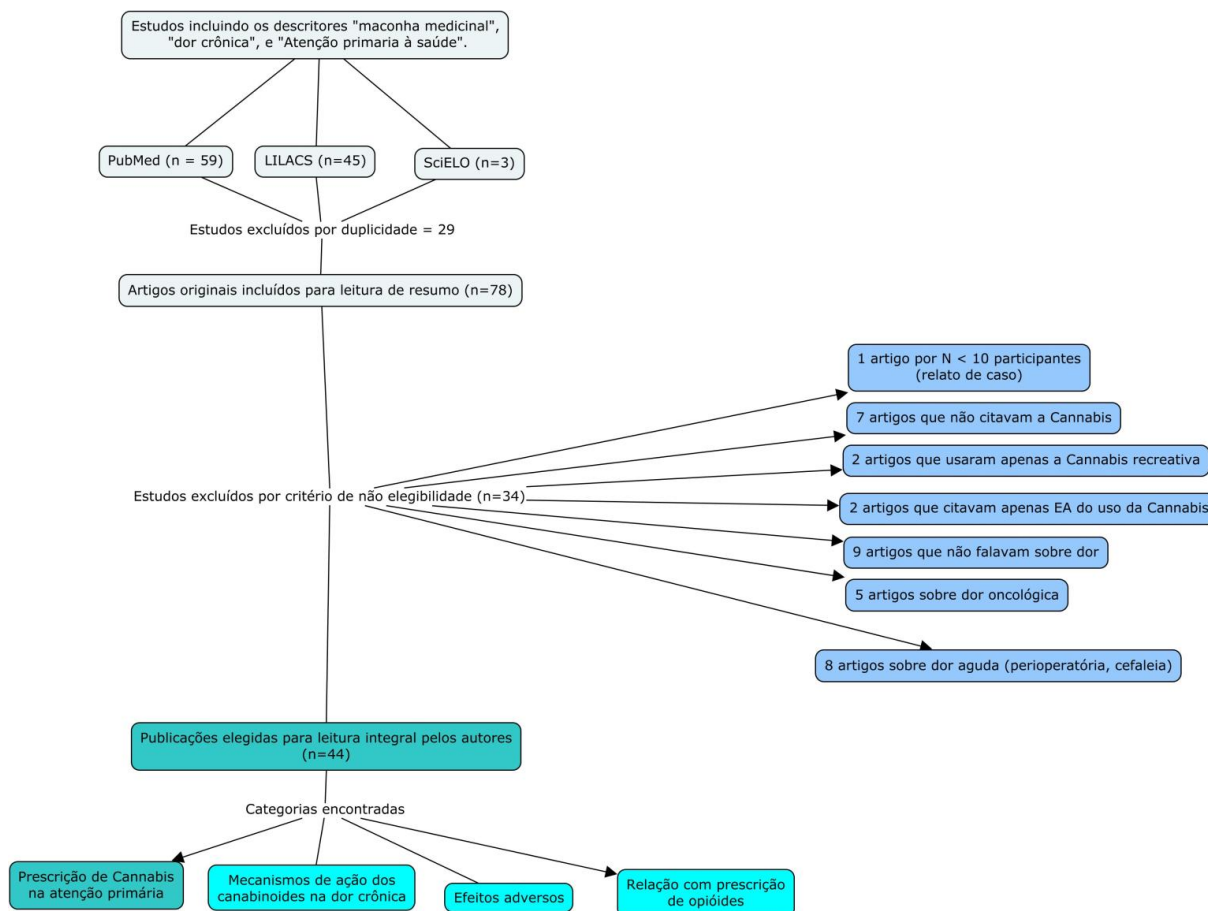
Diante desse cenário, o presente artigo tem como objetivo revisar a literatura científica sobre as implicações do uso da *Cannabis* medicinal no contexto da dor crônica não oncológica, com ênfase em sua aplicabilidade na APS.

MÉTODOS

Foram realizadas buscas bibliográficas nas seguintes bases de dados eletrônicas: (i) Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), (ii) United States National Library of Medicine (PubMed) e (iii) Scientific Electronic Library Online (SciELO). Utilizaram-se os seguintes descritores/palavras-chave: “Atenção Primária à Saúde”, “*Cannabis* medicinal” e “Dor crônica”, combinados com os operadores booleanos “OR” e/ou “AND”. O recorte temporal adotado foi de 20 anos, considerando-se o crescente interesse da comunidade científica pelo tema e a classificação anterior da substância como proibida, conforme mencionado na introdução. Foram incluídos artigos publicados em português, inglês ou espanhol, que utilizassem ao menos uma dessas palavras-chave ou suas combinações. Foram excluídos os estudos que apenas tangenciavam o tema, abordavam outros tipos de dor ou apresentavam amostras

com menos de dez participantes. No total, foram identificados 59 artigos na PubMed, 45 na Lilacs e 3 na SciELO, somando 107 publicações.

Após a busca inicial, realizou-se a etapa de seleção dos artigos por conteúdo, conforme resumido no diagrama da Figura 1 a seguir representado, posteriormente atualizado com a base de dados Embase:



EAs: efeitos adversos.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

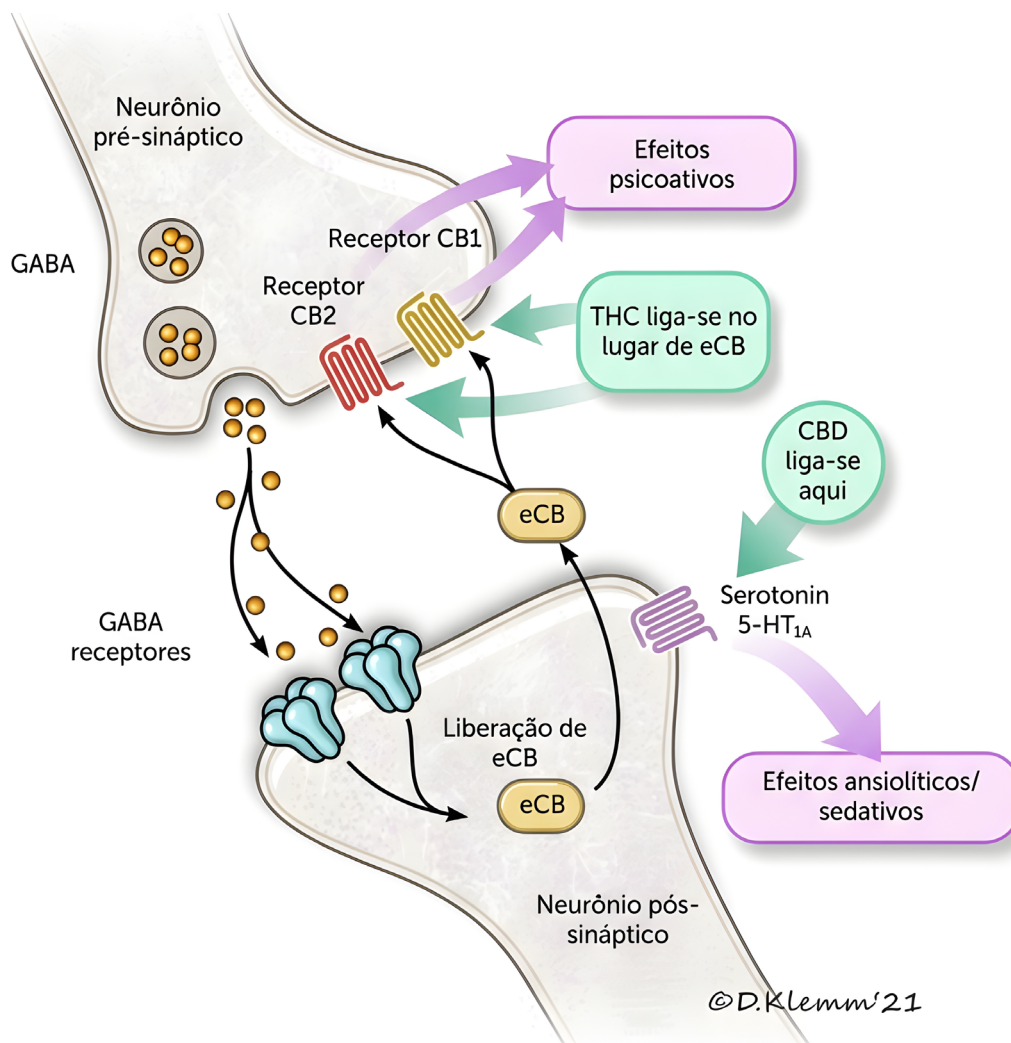
Mecanismos de ação dos canabinoides na dor crônica

Para compreender a ação dos canabinoides na dor crônica, é necessário contextualizar que a nociceção representa apenas um dos componentes da experiência dolorosa. O estímulo doloroso transmitido às vias centrais é modulado de forma complexa pela medula espinhal, por centros supramedulares e pelo próprio cérebro. Assim, a experiência da dor é construída não apenas com os estímulos físicos, mas também os contextos, memórias e fatores genéticos, o que torna a resposta aos estímulos uma vivência individual.^{13,20}

Por esse motivo, muitas das abordagens terapêuticas recomendadas para o tratamento da dor neuropática periférica atuam na redução do disparo causado por descargas neurais ectópicas. Inicialmente, os nociceptores podem ser sensibilizados por processos inflamatórios decorrentes de lesões nervosas e, como consequência, as fibras nervosas periféricas passam a desenvolver padrões de descarga neuronal ectópica.

Estudos têm investigado se o início precoce do tratamento com canabinoides, logo após o insulto inicial, pode limitar o desenvolvimento de hipersensibilidade crônica. A proposta é que essa intervenção precoce atue bloqueando a propagação de impulsos ectópicos periféricos para o sistema nervoso central (SNC), reduzindo, assim, o risco de cronificação da dor.²¹

Na fisiologia humana, dois principais endocanabinoides — anandamida e 2-araquidonoilglicerol — se ligam aos receptores do Sistema Endocanabinoide (SEC), como trazido na Figura 2. Nessas vias neurais, o ácido gama-aminobutírico (GABA) e o glutamato atuam como neurotransmissores inibitório e excitatório, respectivamente.^{6,8,12,13} Observa-se que o tetraidrocanabinol (THC) estimula os receptores CB1 e CB2 no sistema nervoso central, assim como os endocanabinoides. Já o canabidiol (CBD) estimula os receptores 5-HT_{1A} de serotonina e promove a modulação negativa dos receptores CB1.^{8,12,13,22}



CB: canabinoide, CBD: canabidiol, eCB: endocanabinoides, GABA: ácido gama-aminobutírico, THC: tetraidrocanabinol.

Fonte: Sazegar.⁶

Figura 2. Mecanismo de ação dos canabinoides no receptor CB1. Neurofisiologia da ação do receptor CB2 não bem caracterizada.

O SEC atua no controle da dor por meio de neurotransmissores que bloqueiam a nocicepção associada à dor crônica. Além disso, exerce efeito anti-inflamatório por meio da imunomodulação mediada pelos receptores CB2.^{13,23}

Atualmente, reconhecem-se outras vias centrais e periféricas envolvidas na inibição da dor, para além dos receptores do SEC, também estimuladas pelos canabinoides. Entre elas, destacam-se os receptores CGRP, os receptores opioides e serotoninérgicos (5-HT), os receptores nucleares e os canais de potencial receptor transitório (TRP), entre outros.²⁴

Com base nisso, Vučković et al.,²⁴ em 2018, afirmam que “os mecanismos do efeito analgésico dos canabinoides incluem a inibição da liberação de neurotransmissores e neuropeptídeos das terminações nervosas pré-sinápticas, modulação da excitabilidade do neurônio pós-sináptico, ativação das vias descendentes inibitórias da dor e redução da inflamação neurogênica [...]”.

Os receptores CB1 estão presentes em áreas do cérebro responsáveis pela regulação do apetite, memória, medo e respostas motoras. Também são encontrados em regiões periféricas, como o trato gastrointestinal, adipócitos, fígado e músculo esquelético.^{8,23} Já os receptores CB2 são expressos principalmente em macrófagos e outras células derivadas do sistema imunológico.^{8,13}

Além da interação dos canabinoides com o Sistema Endocanabinoide (SEC) humano, estudos também investigam seu potencial para reduzir o estresse emocional, a fadiga e outros componentes associados à dor crônica, bem como para modificar a percepção da dor.⁸ Essas investigações estão alinhadas à expansão da definição de dor, que passa a incluir os aspectos subjetivos. Essa ampliação justifica-se ao considerar a qualidade de vida e a experiência pessoal da dor como alvos terapêuticos.^{11,13,17,20,25}

Efeitos adversos da terapia

Os efeitos adversos (EAs) relacionados ao uso de *Cannabis* podem ser agudos, estando principalmente associados às suas propriedades psicoativas. Entre eles, destacam-se a síndrome de hiperêmese da *Cannabis*, tontura, ansiedade, sedação, desorientação e confusão.^{4,7,8,23} Também foram relatados prejuízos de curto prazo à memória, ao julgamento e à coordenação motora.^{4,6,9}

Em longo prazo, os EAs podem incluir a precipitação de transtornos psiquiátricos, embora em menor intensidade do que no uso recreativo. A substância tem sido associada ao desencadeamento de episódios de ansiedade, depressão e psicose, além de ao agravamento da esquizofrenia em pessoas com vulnerabilidade genética.^{6,8}

No entanto, é difícil estabelecer uma relação causal direta entre o uso de *Cannabis* e o desenvolvimento dessas doenças, em razão da presença de diversos fatores de confusão. Por exemplo, indivíduos que já apresentam sintomas como ansiedade ou estresse podem estar mais propensos a utilizar a substância.^{6,8}

O *National Institute for Care and Excellence* (NICE), a *American Psychological Association* (APA), a *American Medical Association* (AMA) e a *American Society of Addiction Medicine* (ASAM) não recomendam o uso da *Cannabis* medicinal para o tratamento da dor crônica, considerando os efeitos adversos da *Cannabis* um importante obstáculo à sua indicação terapêutica.^{26,27}

Diante disso, algumas instituições, como a Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos, recomendam a triagem de risco em pacientes candidatos à terapia canábica, levando em conta fatores como o risco de abuso de outras drogas, a presença de doenças clínicas ou psiquiátricas prévias, a possibilidade de não adesão ao tratamento e o risco jurídico.^{27,28} No entanto, a Academia Americana de Médicos de Família não apoia essa recomendação, alegando ausência de evidências de benefício, exceto para casos de transtorno por uso de opioides.²²

Principais evidências

De modo geral, os achados dos 44 estudos analisados apresentam limitações quanto ao nível de recomendação, em razão da fragilidade metodológica dos estudos, o que se relaciona ao histórico de proibição anteriormente mencionado.^{4,8}

Ainda assim, com base nas evidências disponíveis, o tratamento com *Cannabis* pode ser considerado como terapia coadjuvante em casos selecionados, mas não como primeira escolha para qualquer condição de dor crônica.^{26,28,29}

Entre os 44 estudos, 15 apresentaram recomendações negativas em sua conclusão, 20 mostraram recomendações positivas e nove não declararam posição favorável nem contrária ao uso da *Cannabis*.

Durante a leitura dos artigos, foram identificadas as seguintes categorias: prescrição de *Cannabis* na APS, mecanismos de ação dos canabinoides na dor crônica, efeitos adversos da terapia e relação entre o uso de *Cannabis* e a prescrição de psicofármacos analgésicos, especialmente opioides.

O Quadro 1 sintetiza os principais estudos que apresentam evidências sobre a alteração da percepção da dor e/ou sobre os efeitos adversos mais frequentemente identificados. Foram excluídos os estudos que abordam apenas o contexto histórico do medicamento, a fisiopatologia da dor, seu contexto ampliado ou a relevância da temática para a APS.

Relação da Cannabis com a prescrição de psicofármacos analgésicos (principalmente opioides)

Um benefício apontado por 14 artigos é a possível redução no uso de outras substâncias químicas para controle da dor quando se prescreve *Cannabis*, especialmente pela diminuição nas prescrições de opioides.^{8,25,38} Acredita-se que a *Cannabis* possa representar uma alternativa aos opioides,^{8,27} considerando-se as diferenças no potencial de *overdose* entre ambas,³⁹ bem como o menor índice de vício e dependência associado aos canabinoides — fator que varia de acordo com a idade do paciente. Estima-se que o potencial de dependência dos canabinoides seja comparável ao da cafeína e inferior ao do álcool.²⁸

De modo geral, os estudos que revelam algum benefício do uso de *Cannabis* medicinal para dor crônica neuropática não oncológica demonstram que os canabinoides aumentam as chances de redução igual ou superior a 30% nos escores de dor em comparação com placebo. Esse efeito ocorre de forma dose-dependente em relação ao THC e varia conforme a via de administração, sendo a inalatória (vaporizada) a mais potente.^{8,26}

No entanto, é importante considerar a existência de diversos efeitos adversos, tanto imediatos quanto em longo prazo, além da escassez de estudos robustos que sustentem com segurança a eficácia dessa terapia.

Prescrição de Cannabis na atenção primária

Diante das incertezas quanto ao real benefício da *Cannabis* no tratamento da dor crônica, oito estudos apontam que sua prescrição deve ser realizada apenas por médicos especialistas em dor com experiência no uso terapêutico da substância.^{12,29} No entanto, pesquisa recente realizada no Canadá revelou que 62,7% dos pacientes que utilizam *Cannabis* medicinal a obtêm por meio de médicos da APS, e que 71,2% dos profissionais da atenção secundária que prescrevem *Cannabis* não se envolvem nos demais cuidados médicos dos pacientes.³⁸

Quadro 1. Tabela de evidências.

Id do estudo	Substância utilizada	Tempo de seguimento	Principais achados	Efeitos adversos
Casarett DJ et al. ³⁰	THC>50% vaporizada	<1 dia	Aumentar a proporção de THC aumentou de 19,3% para 51,3% a resposta à dor.	Aumento da ansiedade e euforia que pode gerar efeito placebo na dor.
Fanelli G et al. ³¹	Extrato de óleo com 22% de THC	1 ano	64,7% relataram melhora associada à terapia.	Sem efeitos colaterais graves (porém 14,7% abandonaram terapia devido a EAs).
McDonagh MS et al. ³²	Produtos sintéticos com >98% de THC	1 a 12 meses	Melhora moderada na intensidade da dor em escala de 0 a 10.	Risco aumentado de sedação, tonturas e risco moderado de náuseas.
Reynolds IR et al. ³³	Cannabis comestível e fumada (em idosos, >65 anos)	3 anos	83% relataram que a <i>Cannabis</i> auxiliou na diminuição da dor.	16% tiveram EAs (perda de equilíbrio, visão turva, boca seca, ansiedade e pensamentos acelerados).
Notcutt WG et al. ⁷	<i>Spray</i> oral com 2,7 mg de THC e 2,5 mg de CBD	30 meses	Melhora da dor, diminuição da necessidade de cuidados médicos, aumento da qualidade de vida, além da melhora do sono.	Não relata EA importantes.
STE-MARIE PA et al. ³⁴	Nabilona e Dronabinol	5 anos	No estudo não foram correlacionados efeitos na escala de dor.	Não houve diferença estatística nas tentativas de suicídio e ideação suicida entre o placebo e o grupo controle em pacientes com fibromialgia.
Aviram J et al. ³	Variável	Variável	N de 1.334 pacientes, com redução de 30-50% da dor e 2 pts na escala visual analógica.	Relacionados aos sistemas nervoso, central e gastrointestinal.
Becker WC et al. ³⁵	<i>Spray</i> oral com 2,7 mg de THC e 2,5 mg de CBD e <i>Cannabis</i> fumada	Até 15 semanas	Há efeito modesto de eficácia dos canabinoides medicinais na dor neuropática crônica.	EAs leves foram comuns.
Peterson AM et al. ¹⁷	Produtos com porcentagem variável de THC	8 semanas	Melhora significativa nos escores de dor e na qualidade de vida.	Não relatado.
Haroutounian S et al. ¹⁵	Via fumada ou oral de mistura THC/CBD	6 meses	Melhora do escore de sintoma da dor, do escore de gravidade, da maioria dos escores de incapacidade social e emocional, bem como diminuição do consumo de opioides.	Foram relatados dois casos (<1%) de EA graves (transaminases elevadas e um idoso com rebaixamento do nível de consciência) e 9 EA leves, com interrupção do tratamento.
Nugent SM et al. ³⁶	Preparações à base da planta ou extratos de plantas inteiras, como nabiximols	Revisão feita em tempo variável	Há evidências de baixa força que a <i>Cannabis</i> alivia a dor neuropática, mas evidências insuficientes em outras populações de dor.	Evidências limitadas sugerem que a <i>Cannabis</i> esteja associada a risco aumentado de EA à saúde mental, além de risco aumentado de acidentes com veículos automotores, e comprometimento cognitivo de curto prazo. Efeitos pulmonares não foram observados em populações mais jovens.
Gulbransen G et al. ³⁷	CBD na dose diária variando de 40 a 300 mg/dia	3 semanas	Pode haver benefícios analgésicos e ansiolíticos do CBD em pacientes com dor crônica não oncológica.	Não houve EA importantes.

Esses dados sublinham a necessidade de ampliar a capacitação dos profissionais da APS sobre o tema. Entre as competências desejadas, destaca-se a habilidade de monitorar as consequências do uso de *Cannabis* medicinal para a saúde, considerando suas propriedades farmacológicas e potenciais interações medicamentosas.^{6,8,34}

Além disso, é sabido que a maioria dos pacientes com dor crônica é atendida na APS. Entretanto, muitos profissionais da área recebem treinamento insuficiente para o manejo da dor e sentem-se despreparados para lidar com as complexidades envolvidas no cuidado desses pacientes.³⁵ É importante destacar que, com o avanço da formação dos profissionais da APS e a ampliação dos cuidados interdisciplinares, os médicos de família e comunidade (MFCs) ocupam posição estratégica para oferecer suporte biopsicossocial e institucional às pessoas com dor crônica, alinhados aos princípios da APS.³⁵ Nesse contexto, a Medicina de Família e Comunidade, por seus princípios e inserção na APS, tem papel estratégico na democratização do acesso à *Cannabis* medicinal e na superação de preconceitos históricos relacionados à planta.⁴⁰

Perspectivas, recomendações e limitações do estudo

Recomenda-se individualizar a avaliação do paciente antes de considerar a prescrição de *Cannabis* medicinal. Especialmente, deve-se levar em conta o histórico pessoal ou familiar de transtornos psicóticos, uma vez que há risco aumentado de precipitação de quadros psicóticos com o uso da substância.^{6,8,34}

A prescrição também deve ser evitada em gestantes e lactantes, dada a ausência de estudos que descartem possíveis riscos à gestação ou à saúde do bebê.²²

Os médicos devem permanecer atentos às associações psicossociais negativas, especialmente diante do crescimento no uso recreativo da substância. É necessário considerar a possibilidade de que alguns pacientes apresentem diagnósticos de forma desonesta, com o intuito de justificar o uso de *Cannabis* medicinal.³⁵

Alguns autores sugerem que os canabinoides devem ser considerados apenas como opção de terceira linha no tratamento da dor neuropática, e apenas quando os benefícios potenciais superarem os riscos.^{8,22}

Outra limitação aos estudos quanto aos efeitos dos medicamentos à base de *Cannabis* esbarra nas estratégias globais antifumo e antidrogas. Essa questão é particularmente relevante considerando-se o processo de desenvolvimento de medicamentos, que tipicamente avança por fases: Fase I (tolerabilidade e segurança em voluntários sadios/estáveis); Fase II (farmacocinética e eficácia inicial em população alvo); e Fase III (estudos randomizados e multicêntricos em larga escala para confirmar eficácia e segurança antes da aprovação). No entanto, até que essas questões sejam resolvidas, estudos de Fase III em larga escala com medicamentos à base de *Cannabis* são inviáveis. Isso tem levado, em alguns casos, a um salto dos testes de Fase II diretamente para os testes de Fase IV, que já avaliam novas indicações, farmacovigilância e estudos em vida real.⁴ Observou-se também a falta de seguimento dos pacientes quanto às implicações da terapia ao longo dos anos de uso, o que pode ser objeto de estudos futuros, ao lado de pesquisas sobre o uso integral da planta na dor crônica (efeito *entourage*) — no qual a interação sinérgica entre os diversos compostos da *Cannabis* (canabinoides, terpenos, flavonoides etc.) potencializa os efeitos terapêuticos e modula os secundários.

É importante reconhecer as limitações deste estudo, especialmente a não inclusão de bases de dados como Web of Science, Scopus e Science Direct na busca bibliográfica, o que pode ter restringido o escopo da literatura revisada.

Por fim, ressalta-se que, até o momento, não há diretrizes clínicas bem estabelecidas que abordem o uso das medicações à base de *Cannabis* e discutam, de forma aprofundada, os riscos e benefícios de seu uso no tratamento da dor crônica não oncológica.^{9,37}

CONCLUSÃO

As evidências que sustentam a prescrição de *Cannabis* medicinal ainda apresentam baixo nível de qualidade, carecendo de novos estudos com maior tempo de seguimento dos pacientes, especialmente em populações vulneráveis, que seguem sub-representadas.

Apesar disso, a *Cannabis* tem demonstrado utilidade na redução da dor crônica não oncológica autorreferida por muitos pacientes, o que justifica seu uso como terapia adjuvante em casos selecionados.

Os efeitos adversos relacionados à *Cannabis* devem ser considerados com atenção e devidamente informados aos pacientes, no momento da prescrição, pelos profissionais de saúde.

É essencial ampliar a capacitação dos profissionais da APS sobre o uso terapêutico da *Cannabis*, especialmente diante da elevada prevalência da dor crônica e da crescente busca por essa terapêutica nos serviços de saúde primários.

Para aumentar a segurança das prescrições — não apenas de medicamentos à base de *Cannabis*, mas de todas as classes terapêuticas utilizadas na APS —, recomenda-se, em alinhamento com o Plano de Ação Global de Segurança do Paciente 2021–2030 da OMS, o fortalecimento da formação dos MFCs. Essa formação deve contemplar aspectos como o monitoramento da resposta terapêutica, a prevenção do uso indevido de medicamentos, a vigilância de possíveis interações medicamentosas e a promoção do uso seguro e racional de fármacos.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

RERA: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Validação, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. MGMS: Investigação, Metodologia, Supervisão, Visualização, Escrita – Revisão e Edição. VRB: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Validação, Escrita – Primeira Redação.

REFERÊNCIAS

1. Zuardi AW. History of cannabis as a medicine: a review. *Braz J Psychiatry*. 2006;28(2):153-7. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462006000200015>
2. Vlad RA, Hancu G, Ciurba A, Antonoaea P, Rédei EM, Todoran N, et al. Cannabidiol - therapeutic and legal aspects. *Pharmazie*. 2020;75(10):463-9. <https://doi.org/10.1691/ph.2020.0076>
3. Aviram J, Samuelly-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):E755-96. PMID: 28934780
4. Köstenberger M, Nahler G, Jones TM, Neuwersch S, Likar R. The role of cannabis, cannabidiol and other cannabinoids in chronic pain: the perspective of physicians. *J Neuroimmune Pharmacol*. 2022;17(1-2):318-33. <https://doi.org/10.1007/s11481-021-10010-x>
5. 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. PMID: 32433013. <https://doi.org/10.2174/1871530320666200520095900>

6. Sazegar P. Cannabis essentials: tools for clinical practice. *Am Fam Physician*. 2021;104(6):598-608. PMID: 34913644
7. Notcutt WG. A questionnaire survey of patients and carers of patients prescribed sativex as an unlicensed medicine. *Prim Health Care Res Dev*. 2013;14(2):192-9. <https://doi.org/10.1017/S1463423612000333>
8. Slawek D, Meenrajan SR, Alois MR, Barker PC, Estores IM, Cook R. Medical cannabis for the primary care physician. *J Prim Care Community Health*. 2019;10:2150132719884838. PMID: 31646929 PMCID: PMC6820188. <https://doi.org/10.1177/2150132719884838>
9. Cooke AC, Knight KR, Miaskowski C. Patients' and clinicians' perspectives of co-use of cannabis and opioids for chronic non-cancer pain management in primary care. *Int J Drug Policy*. 2019;63:23-8. PMID: 30472467. PMCID: PMC6353665. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.09.002>
10. Barron L, Gordon D. Cannabis in primary care. *Br J Gen Pract*. 2019;69(689):594-5. PMID: 31780470. PMCID: PMC6867223. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X706673>
11. Bruce D, Grove TJ, Foster E, Shattell M. Gender differences in medical cannabis use: symptoms treated, physician support for use, and prescription medication discontinuation. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021;30(6):857-63. PMID: 33090932. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8437>
12. Fisher E, et al. Cannabinoids, cannabis, and cannabis-based medicine for pain management: a protocol for an overview of systematic reviews and a systematic review of randomised controlled trials. *Pain Rep*. 2019;4(3):e741. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000741>
13. Hendricks O, Andersen TE, Christiansen AA, Primdahl J, Hauge EM, Ellingsen T, et al. Efficacy and safety of cannabidiol followed by an open label add-on of tetrahydrocannabinol for the treatment of chronic pain in patients with rheumatoid arthritis or ankylosing spondylitis: protocol for a multicentre, randomised, placebo-controlled study. *BMJ Open*. 2019;9(6):e028197. PMID: 31167870. PMCID: PMC6561449. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028197>
14. Cunningham CO, Starrels JL, Zhang C, Bachhuber MA, Sohler NL, Levin FR, et al. Medical marijuana and opioids (MEMO) study: protocol of a longitudinal cohort study to examine if medical cannabis reduces opioid use among adults with chronic pain. *BMJ Open*. 2020;10(12):e043400. PMID: 33376181; PMCID: PMC7778768. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043400>
15. Haroutounian S, Ratz Y, Ginosar Y, Furmanov K, Saifi F, Meidan R, et al. The effect of medicinal cannabis on pain and quality-of-life outcomes in chronic pain: a prospective open-label study. *Clin J Pain*. 2016;32(12):1036-43. PMID: 26889611. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000364>
16. Vasconcelos FH, Araújo GC. Prevalência de dor crônica no Brasil: estudo descritivo. *Braz J Pain*. 2018;1:176-9. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180034>
17. Peterson AM, Le C, Dautrich T. Measuring the change in health-related quality of life in patients using marijuana for pain relief. *Med Cannabis Cannabinoids*. 2021;4(2):114-20. PMID: 35224431. PMCID: PMC8832252. <https://doi.org/10.1159/000517857>
18. Browne K, Leyva Y, Malte CA, Lapham GT, Tiet QQ. Prevalence of medical and nonmedical cannabis use among veterans in primary care. *Psychol Addict Behav*. 2022;36(2):121-30. PMID: 34435834. <https://doi.org/10.1037/adb0000725>
19. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited on Sep 25, 2021]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
20. Duncan B, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C, Mengue SS. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2022. v. 2.
21. Zhu YF, Linher-Melville K, Niazmand MJ, Sharma M, Shahid A, Zhu KL, et al. An evaluation of the anti-hyperalgesic effects of cannabidiolic acid-methyl ester in a preclinical model of peripheral neuropathic pain. *Br J Pharmacol*. 2020;177(12):2712-25. PMID: 31981216. PMCID: PMC7236066. <https://doi.org/10.1111/bph.14997>
22. Godoy-Matos AF, Guedes EP, de Souza LL, Valério CM. O sistema endocanabinóide: novo paradigma no tratamento da síndrome metabólica. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2006;50(2):390-9. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302006000200025>
23. Abrams DI, Jay CA, Shade SB, Vizoso H, Reda H, Press S, et al. Cannabis in painful HIV-associated sensory neuropathy: a randomized placebo-controlled trial. *Neurology*. 2007;68(7):515-21. PMID: 17296917. <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000253187.66183.9c>
24. Vučković S, Srebro D, Vujović KS, Vučetić C, Prostran M. Cannabinoids and pain: new insights from old molecules. *Front Pharmacol*. 2018;9:1259. PMID: 30542280. PMCID: PMC6277878. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.01259>
25. Aviram J, Pud D, Gershoni T, Schiff-Keren B, Ogintz M, Vulfsons S, et al. Medical cannabis treatment for chronic pain: outcomes and prediction of response. *Eur J Pain*. 2021;25(2):359-74. PMID: 33065768. <https://doi.org/10.1002/ejp.1675>
26. Schlag AK, Lynskey M, Fayaz A, Athanasiou-Fragkouli A, Brandner B, Haja B, et al. Characteristics of people seeking prescribed cannabinoids for the treatment of chronic pain: evidence from project twenty 21. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2022;3:891498. PMID: 35775024. PMCID: PMC9237624. <https://doi.org/10.3389/fpain.2022.891498>
27. Maher DP, Carr DB, Hill K, McGeeney B, Weed V, Jackson WC, et al. Cannabis for the treatment of chronic pain in the era of an opioid epidemic: a symposium-based review of sociomedical science. *Pain Med*. 2019;20(11):2311-23. PMID: 29016917. PMCID: PMC7963205. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx143>
28. Graczyk M, Lewandowska AA, Melnychok P, Zgliński A, Łukowicz M. Cannabinoids – perspectives for individual treatment in selected patients: analysis of the case series. *Biomedicines*. 2022;10(8):1862. PMID: 36009411. PMCID: PMC9405173. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10081862>
29. 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(3):CD012182. PMID: 29513392. PMCID: PMC6494210. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012182.pub2>

30. Casarett DJ, Beliveau JN, Arbus MS. Benefit of tetrahydrocannabinol versus cannabidiol for common palliative care symptoms. *J Palliat Med*. 2019;22(10):1180-4. PMID: 31386592. PMCID: PMC6776252. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0658>
31. Fanelli G, De Carolis G, Leonardi C, Longobardi A, Sarli E, Allegri M, et al. Cannabis and intractable chronic pain: an explorative retrospective analysis of italian cohort of 614 patients. *J Pain Res*. 2017;10:1217-24. PMID: 28579820. PMCID: PMC5449133. <https://doi.org/10.2147/JPR.S132814>
32. McDonagh MS, Morasco BJ, Wagner J, Ahmed AY, Fu R, Kansagara D, Chou R. Cannabis-based products for chronic pain: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2022;175(8):1143-53. <https://doi.org/10.7326/M21-4520>. PMID: 35667066.
33. Reynolds IR, Fixen DR, Parnes BL, Lum HD, Shanbhag P, Church S, et al. Characteristics and patterns of marijuana use in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(11):2167-71. PMID: 30291748. PMCID: PMC6476562. <https://doi.org/10.1111/jgs.15507>
34. Ste-Marie PA, Fitzcharles MA, Gamsa A, Ware MA, Shir Y. Association of herbal cannabis use with negative psychosocial parameters in patients with fibromyalgia. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(8):1202-8. PMID: 22730275. <https://doi.org/10.1002/acr.21732>.
35. Becker WC, Bair MJ, Picchioni M, Starrels JL, Frank JW. Pain management for primary care providers: a narrative review of high-impact studies, 2014–2016. *Pain Med*. 2018;19(1):40-9. PMID: 29106649. PMCID: PMC6279259. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx146>
36. Nugent SM, Morasco BJ, O'Neil ME, Freeman M, Low A, Kondo K, et al. The effects of cannabis among adults with chronic pain and an overview of general harms: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2017;167(5):319-31. PMID: 28806817. <https://doi.org/10.7326/M17-0155>
37. Gulbransen G, Xu W, Arroll B. Cannabidiol prescription in clinical practice: an audit on the first 400 patients in New Zealand. *BJGP Open*. 2020;4(1):bjgpopen20X101010. PMID: 32019776. PMCID: PMC7330185. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101010>
38. Holman A, Kruger DJ, Lucas P, Ong K, Bergmans RS, Boehnke KF. Healthcare provider and medical cannabis patient communication regarding referral and medication substitution: the Canadian context. *J Cannabis Res*. 2022;4(1):32. PMID: 35698183. PMCID: PMC9195481. <https://doi.org/10.1186/s42238-022-00141-0>
39. Levy C, Galenbeck E, Magid K. Cannabis for symptom management in older adults. *Med Clin North Am*. 2020;104(3):471-89. PMID: 32312410. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.01.004>
40. Silva RC, Albuquerque GLC. O papel da Medicina de Família e Comunidade no uso medicinal de Cannabis. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2023;18(45):3632. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3632](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3632)