

A Experiência Subjetiva de pacientes com o Uso Medicinal da *Cannabis sativa* L.: Uma Revisão Integrativa

The Patients' Subjective Experience with the medical use of Cannabis sativa L.: an integrative review

Cristiane Mendonça de Oliveira¹, Djenane Ramalho de Oliveira², Ana Cimblaris Alkmim³, Catarina Stivali Teixeira⁴

RESUMO

A *Cannabis sativa* L., planta popularmente conhecida por cannabis ou maconha, apresenta uma história relacionada a diversos impactos socioculturais, consequência de seus diversos usos possíveis, dentre eles, o uso medicinal. Ainda que seja uma "erva proibida" em muitos lugares do mundo, a espécie tem despertado interesse da comunidade científica e da indústria farmacêutica, além de gerar expectativas em muitas pessoas. Diante desse cenário, o objetivo desse estudo foi revelar a experiência dos pacientes com o uso medicinal da Cannabis, por meio de uma revisão integrativa de artigos qualitativos primários. Os três temas mais recorrentes, em ordem decrescente, foram "Benefícios do uso", "Desafios enfrentados" e "Padrões de uso contemporâneos". Os subtemas mais citados no primeiro tema mencionado foram "Eficácia percebida" e "Menos efeitos indesejados e menores quantidades de medicamentos". Já no segundo tema mencionado, o subtema mais expressivo foi "Desaprovação médica e receio em conversar com profissionais de saúde". Por fim, em relação ao terceiro tema mencionado, o subtema "Métodos variados de uso" foi o mais recorrente. Espera-se que os resultados obtidos nessa revisão sirvam de instrumento para os profissionais de saúde no planejamento de estratégias para ensino, pesquisa e práticas com perspectivas ampliadas e informadas sobre o uso da Cannabis Medicinal no processo de cuidado.

Palavras-chave: Experiência vivida. Cannabis. Maconha medicinal. Pesquisa qualitativa. Revisão.

ABSTRACT

Cannabis sativa L., a plant popularly known as Cannabis or marijuana, has an extensive history related to social impacts, economic interests and cultural manifestations, for its various possible uses, among them medicinal use. The debate on the therapeutic use of cannabis-based products brings us a reflection on traditionally established ethical and moral values. Although it is a "forbidden herb" in many places in the world, the use of cannabis has aroused the interest of the scientific community and the pharmaceutical industry, as well as generates expectations in many people. Given this scenario, the objective of this study was to unveil the main themes and subthemes related to the use of medicinal cannabis, through an integrative review of primary qualitative articles. The two most recurrent themes in this study were "Benefits of the use of MC" and "Challenges faced". The most cited sub-themes were "Perceived efficacy"; "Fewer side effects and smaller amounts of medications"; "Medical disapproval and fear of talking to health professionals" and "Varied methods of medical cannabis use." The results obtained in this review may serve as an instrument for health professionals in the planning of strategies and practices with expanded perspectives on the care process.

Keywords: Lived experience. Cannabis. Medical marijuana. Qualitative research. Review.

¹ Mestre, FAFAR-UFMG. ORCID: 0009-0005-7002-204X. E-mail: mendcristiane2109@gmail.com

²Doutora, FAFAR-UFMG. ORCID: 0000-0002-5548-8184. E-mail: droliveira@ufmg.br

³Mestre, FAFAR-UFMG. ORCID: 0000-0002-8269-5488. E-mail: anacimblaris@gmail.com

⁴Mestre, FAFAR-UFMG. ORCID: 0000-0001-6026-193X. E-mail: catarinast@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A *Cannabis sativa* L., planta popularmente conhecida por cannabis, maconha ou cânhamo indiano é um arbusto que foi descrito botanicamente em 1753 por Carolus Linnaeus. Ela apresenta uma extensa história relacionada a impactos sociais, interesses econômicos e manifestações culturais, por seus diversos usos possíveis, dentre eles o uso medicinal.¹⁻⁴

Ainda assim, o debate sobre a utilização terapêutica de produtos à base dessa planta, passando a ser denominada nesse contexto como Cannabis Medicinal (CM), bate à porta da modernidade para nos trazer uma reflexão sobre valores éticos e morais tradicionalmente estabelecidos. A espécie é atualmente uma “erva proibida” em muitos lugares do mundo.^{1,5,6} A repressão ao uso da Cannabis foi iniciada na década de 1930, após a II Conferência Internacional do Ópio em Genebra, através da liga das nações, formada por representantes de mais de quarenta países participantes, apesar das informações sobre o uso medicinal dessa planta apresentadas nos compêndios médicos e farmacêuticos da época.²

Porém, a possibilidade de a CM contribuir para uma série de tratamentos de saúde tem gerado expectativas em muitas pessoas, despertando também maior interesse da comunidade científica e da indústria farmacêutica.⁷⁻¹⁰ Por conseguinte, o avanço das pesquisas sobre os benefícios da *C. sativa* no tratamento de diversas doenças desencadeou discussões em vários países sobre a alteração das leis para permitir o uso medicinal dessa planta.^{1,11-14} Em vários lugares do mundo como nos Estados Unidos, Austrália e Reino Unido, o apelo à legalização da Cannabis para fins medicinais conquistou apoio de indivíduos e comitês importantes, nos últimos dez anos.¹⁵

Apesar do seu potencial medicinal, a escassa quantidade de pesquisas sobre os efeitos adversos da CM em longo prazo ainda parece contribuir para que a comunidade médica evite prescrever produtos à base de Cannabis.^{1,10,16} Por outro lado, muitos pacientes têm interesse na capacidade de alívio que a CM pode.¹⁷ A vivência de uma enfermidade é permeada de sentimentos e expectativas e é experimentada pelo sujeito como uma forma diferente de estar no mundo.¹⁸ Isso porque a doença não está circunscrita apenas a um diagnóstico que delimita as alterações patológicas no corpo.¹⁹

Shoemaker e Ramalho de Oliveira (2008) cunharam a expressão “medication experience” traduzida como “experiência subjetiva com o uso de medicamentos”, sendo essa a experiência subjetiva que o indivíduo vivencia ao tomar um medicamento em sua

vida diária. A experiência de cada paciente com o uso de medicamentos influencia suas decisões e seus resultados clínicos.²⁰ Assim, o objetivo desse estudo é revelar a experiência subjetiva de pacientes com o uso da CM.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Para este estudo, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, que é um método específico utilizado para uma compreensão mais abrangente sobre um determinado fenômeno. A revisão integrativa tem potencial para descobertas de diversas técnicas aplicáveis na prática clínica baseada em evidências e elaboração de políticas, subsidiando a atuação de profissionais de saúde.²¹ Neste artigo, foram selecionadas pesquisas qualitativas com base em dados primários que enfocam as experiências de pacientes que vivenciaram o uso da CM.

Com o objetivo de melhorar a precisão das conclusões deste estudo, essa revisão integrativa foi construída com base nas etapas propostas pelos autores Whitemore e Knafl (2005): identificação clara da questão norteadora da pesquisa e definição do objetivo; busca na literatura e seleção criteriosa de estudos primários; classificação dos estudos encontrados; análise dos estudos incluídos; avaliação dos resultados e comparações com outros estudos; síntese e conclusão.²¹

Nessa perspectiva, foram definidas três perguntas norteadoras para clarificar o problema a ser elucidado bem como o objetivo da pesquisa: 1) “Quais os temas relacionados à experiência subjetiva com o uso medicinal da Cannabis?”; 2) “Quais são os fatores que impactam a experiência subjetiva com a utilização medicinal da Cannabis?”

Os dados dessa revisão integrativa foram coletados utilizando-se as bases de dados online MEDLINE PubMed® (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, <https://lilacs.bvsalud.org/>), Elsevier Embase™ (<https://www.embase.com>) e Elsevier Scopus (<https://www.scopus.com/>). As palavras-chaves utilizadas foram selecionadas com base nos descritores MeSH/DeCS e nas palavras mais recorrentes em artigos relacionados com essa temática (<https://decs.bvsalud.org/sobre-o-decs/>) sendo elas: “medication experience”, “patient view”, “life experience”, “patient perspectives”, “patient preference”, “personal satisfaction”, “qualitative research”, “focus groups”, “interpretative phenomenological analysis”, “phenomenological study”, “ethnography”, “cannabis”, “medical marijuana”. A busca foi limitada em títulos, resumos e palavras chaves dos artigos, somente artigos em inglês, espanhol e português, sem limitação de período de busca, abrangendo publicações até

2022. Os operadores booleanos OR e AND foram utilizados para combinar os termos da busca

Dois aplicativos gratuitos foram utilizados para a eliminação de artigos duplicados na busca, Rayyan e EndNote. Foram definidos os critérios de inclusão dos estudos e uma lista de perguntas para checar os artigos encontrados, verificando-se a elegibilidade de cada um deles. Em seguida, foi feita a análise dos títulos e resumos de todos os artigos para seleção daqueles que atendessem aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Os artigos excluídos foram aqueles que não contemplaram os critérios de inclusão ou que abordaram de forma pouco exploratória o tema escolhido, não respondendo às perguntas norteadoras da pesquisa.

1. Estudo primário	2. Pesquisa qualitativa	3. Uso medicinal da cannabis	4. Experiência subjetiva
O estudo foi realizado com dados primários?	É um artigo que utiliza metodologia qualitativa?	A investigação é relativa ao uso medicinal de cannabis?	O artigo investiga a experiência dos pacientes?

Figura 1. Critérios de inclusão e lista de perguntas

Após essa etapa, foi realizada a leitura integral dos artigos selecionados, inclusive daqueles que deixaram dúvidas no processo de inclusão/exclusão inicial, sempre levando em consideração os critérios de inclusão. Nesse sentido, os artigos incluídos foram aqueles que de fato abarcaram os critérios de inclusão, conforme a lista de perguntas para a verificação da elegibilidade dos estudos (Figura 1, acima).

Os artigos selecionados para a pesquisa foram nomeados com a letra “A” e com o número de leitura. Os seguintes dados foram extraídos dos artigos selecionados: Título do artigo, objetivos do estudo, metodologia e método empregados na pesquisa, número de participantes e faixa etária, condição clínica, finalidade do uso de CM, padrões de consumo, país de origem, autores e ano de publicação.

Além dessas informações, uma minuciosa interpretação dos estudos foi feita para extrair os temas e subtemas que apareceram com mais frequência nos artigos. Esses dados foram analisados de forma individualizada e também em conjunto com os demais dados, ampliando os resultados. Os temas e subtemas foram sumarizados, ordenados, categorizados e nomeados.^{21,22}

3. RESULTADOS

Na etapa de seleção dos estudos, foram encontrados 879 artigos potencialmente elegíveis. Desses, foram retirados 145 artigos duplicados, resultando em 734 artigos. Esses artigos foram submetidos à etapa de seleção, em que foi realizada a análise de títulos e resumos. Sendo assim, 40 artigos foram separados para leitura completa do texto. Desses, 7 foram excluídos da pesquisa, porque não englobavam a experiência do paciente. Por fim, na etapa de elegibilidade, foram incluídos mais quatro artigos encontrados na busca manual (Figura 2, abaixo).

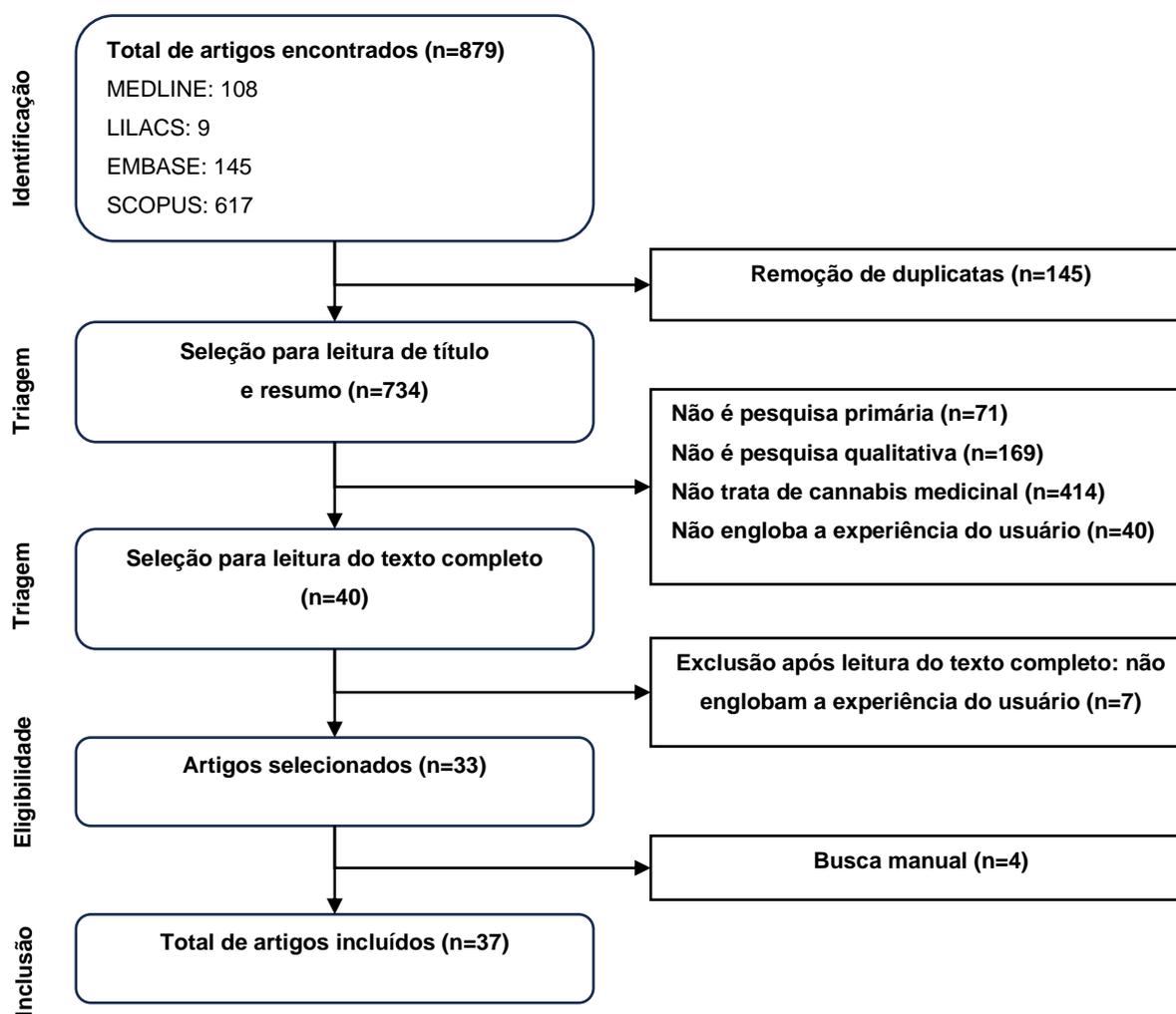


Figura 2. Fluxograma contendo as etapas de identificação, seleção e elegibilidade dos artigos conforme os critérios de inclusão e exclusão.

Os estudos foram realizados em diferentes lugares do mundo. Dos 37 artigos incluídos na revisão, vinte e sete eram do continente Norte Americano, sendo vinte dos

EUA (A1 - A9, A19 - A24, A28 - A32) e sete do Canadá (A10 - A13, A27, A36, A37). Quatro estudos eram da Oceania, sendo que três foram realizados na Austrália (A25, A33, A34) e um em Nova Zelândia (A15). Já na Europa, foram encontrados cinco estudos, sendo que dois foram realizados na Inglaterra (A18, A35), um na Dinamarca (A14), um na Holanda (A26) e um na Noruega (A17). Um estudo foi realizado no Oriente Médio em Israel (A16). Em cada estudo, o número de participantes (n) variou entre quatro e 196. O valor do n somados em todos os estudos foi igual a 1690 participantes.

Tabela 1. Quadro sistemático dos artigos revisados.

Artigo	Metodologia/método	Participantes (n) e idade	Condição clínica / finalidade do uso	Padrões de consumo	Local
A1 ²³	Entrevistas semiestruturadas / análise de conteúdo.	n = 15 14 a 20 anos.	Câncer: diminuir náusea, anorexia e dor.	Tinturas ou óleos a base de Cannabis, canabinoide sintético (dronabinol);	EUA
A2 ¹³	Entrevistas semiestruturadas / teoria fundamentada.	n = 46 25 a 55 anos.	Dor crônica não oncológica.	Não referido.	EUA
A3 ²⁴	Entrevistas semiestruturadas.	n = 21 Não referido.	Dor crônica, insônia, transtornos mentais, paralisia cerebral.	Não referido.	EUA
A4 ²⁵	Entrevistas semiestruturadas. Abordagem qualitativa descritiva com análise temática/ análise de conteúdo.	n = 150 19 a 85 anos.	Dor crônica e insônia.	Não referido.	EUA
A5 ²⁶	Entrevistas semiestruturadas.	n = 25 24 a 67 anos.	Cancer, glaucoma, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), Hepatite C, caquexia, dor, náusea, epilepsia, esclerose múltipla, doença de Crohn, doença de Alzheimer.	Não Referido.	EUA
A6 ¹²	Entrevistas semiestruturadas / análise de conteúdo.	n = 30 33 a 65 anos.	Doenças reumáticas, doença de Crohn, lesão da medula espinhal e câncer.	Cigarro de Cannabis.	EUA
A7 ²⁷	Entrevistas semiestruturadas.	n = 40 18 e 26 anos.	Ansiedade, insônia, dor, náusea, enxaquecas.	Não referido.	EUA
A8 ²⁸	Entrevistas semiestruturadas / análise de conteúdo.	n = 22 20 a 64 anos.	Dor, depressão e ansiedade.	Cigarro feito de Cannabis, vaporização, óleos, resinas, comestíveis, manteiga infundida com Cannabis, inflorescência e Cannabis cozidas em leite.	EUA
A9 ¹⁷	Entrevistas semiestruturadas.	n = 18 19 a 66 anos.	Enxaqueca, depressão, dor crônica e asma.	Não referido.	EUA

A10 ²⁹	Entrevistas semiestruturadas.	n = 22 22 a 79 anos.	Dor, insônia, falta de apetite, problemas musculares, náusea, ansiedade e depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).	Flor de maconha seca, óleo ou resina não refinada, vaporização.	Canadá
A11 ³⁰	Entrevistas semiestruturadas realizadas por telefone.	n = 33 a maioria dos participantes tinham entre 30 e 65 anos.	Náuseas induzidas por quimioterapia e vômitos, dor relacionada ao câncer, anorexia, insônia e depressão.	Diferentes produtos (por exemplo, comestíveis).	Canadá
A12 ⁵	Entrevistas semiestruturadas.	n = 23 25 a 66 anos.	Esclerose múltipla, epilepsia, SIDA, doenças reumáticas e transtornos mentais.	Cigarro feito de Cannabis, comestíveis, vaporização, tinturas, sprays, Cannabis misturada com tabaco, cataplasma, Cannabis misturada com álcool e aplicada topicamente.	Canadá
A13 ³¹	Entrevistas semiestruturadas.	n = 14 38 a 49 anos.	Esclerose múltipla.	Cigarro, cachimbo ou narguilé.	Canadá
A14 ³²	Entrevistas semiestruturadas / abordagem fenomenológica.	n = 20 Não referido.	Câncer.	Produtos ilícitos e prescritos a base de Cannabis. Não referido o tipo de produto.	Dinamarca
A15 ³³	Entrevistas semiestruturadas.	n = 8 > 20 anos.	Dor crônica / lesão da medula espinhal.	A maioria dos produtos utilizados são ilegais, não regulamentados, com irregularidade de fornecimento e dosagem inconsistente dos princípios ativos.	Nova Zelândia
A16 ³⁴	Entrevistas semiestruturadas/ abordagem fenomenológica.	n = 19 28 e 79 anos.	Dor crônica.	Não referido.	Israel
A17 ⁴	Entrevistas semiestruturadas.	n = 100 20 a 88 anos.	Dor, doenças reumáticas, esclerose múltipla, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), ansiedade, estresse e insônia.	Não referido.	Noruega
A18 ¹⁵	Entrevistas semiestruturadas.	n = 33 26 a 65 anos.	Dor, náuseas, insônia.	Cigarro de Cannabis, cigarro de Cannabis e tabaco, comestíveis, chás e resinas.	Inglaterra
A19 ³⁵	Grupos focais.	n = 82 54 a 86 anos.	Dor crônica.	Não referido.	EUA
A20 ³⁶	Grupos focais virtuais.	n = 27 46,33 anos em média.	Ansiedade, insônia e depressão.	Não referido.	EUA
A21 ³⁷	Grupos focais.	n = 21 18 a 66 anos.	Não referido.	Produtos feitos com a planta inteira, comestíveis, produtos com canabidiol (CBD).	EUA

A22 ³⁸	Grupos focais / teoria fundamentada.	n = 35 21 a 77 anos.	Dor crônica, cólicas menstruais, TDAH, dores de cabeça e insônia.	Comestíveis, flores, produtos tópicos e vaporização.	EUA
A23 ³⁹	Grupos focais.	n = 136 46 a 93 anos.	Dor, náuseas, insônia, inapetência, fadiga e ansiedade.	Não referido.	EUA
A24 ⁴⁰	Grupos focais / abordagem fenomenológica.	n = 19 36 a 86 anos.	Câncer.	Não referido.	EUA
A25 ⁴¹	Grupos focais virtuais.	n = 26 22 a 47 anos.	Dismenorreia primária.	Cápsulas contendo partes da planta, óleo, vaporização.	Austrália
A26 ⁴²	Grupo focal/ análise de conteúdo.	n = 7 42 a 66 anos.	TEPT.	Cannabis com proporções variadas de tetrahidrocanabinol (THC) e CBD, usando várias vias de administração: sublingual na forma de óleo antes de dormir, inalação ao longo do dia.	Holanda
A27 ⁴³	Grupos focais.	n = 42 35 a 54 anos.	Suporte para o tratamento de SIDA para estimular o apetite, relaxar e reduzir ansiedade, dor, náuseas e vômitos.	Cigarro feito com partes da planta, comestíveis, tinturas, vaporização e produtos sintéticos (dronabinol e nabilone).	Canadá
A28 ⁴⁴	Estudo de métodos mistos: grupos focais e entrevistas semiestruturadas.	n=56 18 a 70 anos.	Transtorno bipolar, endometriose, doença de Crohn, dor, náuseas e ansiedade.	Cigarros de Cannabis comestíveis, vaporização, uso de tinturas administradas por via sublingual e produtos tópicos.	EUA
A29 ⁴⁵	Estudo de métodos mistos: entrevistas semiestruturadas e estudo observacional.	n = 196 19 a 77 anos.	Depressão, dor crônica, doenças reumáticas, náusea, enxaqueca, ansiedade, insônia e TEPT.	Comestíveis, óleos, cigarros de Cannabis e tabaco. Inflorescências, tópicos, tinturas, comestíveis, pílulas e vaporização.	EUA
A30 ⁴⁶	Estudo de métodos mistos: grupos focais e estudo observacional.	n = 116 21 a 75 anos.	Lesão cerebral traumática moderada a grave, estresse, ansiedade, dor, espasmos musculares, inapetência e náusea.	Cigarro feito de cannabis, comestíveis, vaporização, preparações tópicas e tinturas.	EUA
A31 ⁴⁷	Estudo de métodos mistos: grupos focais e entrevistas semiestruturadas.	n = 31 Não referido.	TEPT.	Não referido.	EUA
A32 ⁴⁸	Estudo de métodos mistos: grupos focais e estudo observacional.	n = 182 17 a 63 anos.	Ansiedade, insônia, depressão, dor crônica, TDAH, doenças reumáticas, enxaquecas, sinusite, câncer, glaucoma, neuropatia, esclerose múltipla, inapetência.	Cigarro feito de Cannabis, cigarro de Cannabis e Tabaco, vaporização, comestíveis e tintura oral.	EUA
A33 ⁴⁹	Estudo de métodos	n = 16	Câncer.	Não referido.	Austrália

	mistos: grupos focais e entrevistas semiestruturadas.	36 a 82 anos.			
A34 ⁵⁰	Estudo de métodos mistos: grupos focais e entrevistas semiestruturadas.	n = 14 18 a 56 anos.	Câncer.	Não referido.	Austrália
A35 ⁵¹	Estudo de métodos mistos: entrevistas semiestruturadas e grupo focal.	n = 18 33 a 85 anos.	Dor aguda pós-operatória, náusea e vômito.	Administração sublingual ou oral.	Inglaterra
A36 ⁵²	Estudo de métodos mistos: trabalho de campo etnográfico e entrevistas semiestruturadas.	n = 23 21 a 65 anos.	Redução de danos no uso de drogas, dor, insônia.	Óleo e produtos comestíveis, e flores.	Canadá
A37 ⁵³	Estudo de caso.	n = 4 25 a 73 anos.	TEPT, dor crônica, náusea.	Vaporização, óleo extraído e adicionado à manteiga, tintura e cigarro. Variedades com diferentes concentrações de CBD e THC.	Canadá

Fonte: Elaboração própria.

Dez artigos foram publicados entre os anos de 2003 e 2017 e a maioria, 27 artigos (72%), foi publicado entre os anos de 2018 e 2022. Sobre o método de coleta de dados, a maioria dos estudos, 36 artigos (97%), utilizou entrevista semiestruturada ou grupo focal (conforme Tabela 1). Em dois dos artigos (A20, A25), os grupos focais foram realizados virtualmente. Em doze estudos, os autores especificaram o método de pesquisa: análise de conteúdo (A1, A4, A6, A8, A26); abordagem fenomenológica (A14, A16, A24); teoria fundamentada (A2, A22); estudo de caso (A37) e trabalho de campo etnográfico (A36). Os resultados dos artigos selecionados foram revisados e relacionados a 6 temas e 21 subtemas, conforme a Tabela 2.

A maioria dos estudos incluiu participantes com queixas que os levaram a usarem CM relacionadas a diferentes diagnósticos, dentre eles, câncer, síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), doenças reumáticas, ansiedade e insônia, depressão, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), doença de Alzheimer, epilepsia, lesão cerebral, lesão da medula espinhal, esclerose múltipla, hepatite C, asma, dismenorreia primária, náusea e anorexia.

Tabela 2. Síntese dos temas e subtemas encontrados

TEMAS E SUBTEMAS	ARTIGOS	n
Tema 1: Benefícios do uso		
Subtema 1.1: Eficácia percebida	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A22, A23, A24, A25, A26, A27, A29, A30, A31, A32, A33, A36, A37	32
Subtema 1.2: Menos efeitos indesejados e menores quantidades de medicamentos utilizados	A1, A2, A3, A5, A6, A8, A11, A13, A15, A17, A18, A19, A22, A23, A24, A25, A26, A28, A29, A32, A37	21
	Recorrência	33
Tema 2: Outras motivações para o uso		
Subtema 2.1: Crença de que a CM tenha propriedades anticancerígenas	A1, A14	2
Subtema 2.2: Preferência por uma terapia natural	A1, A7, A9, A11, A17, A18	6
	Recorrência	7
Tema 3: Desafios enfrentados		
Subtema 3.1: Barreiras ao acesso de produtos legalizados	A1, A2, A5, A13, A14, A17, A19, A20, A22, A23, A24, A27	12
Subtema 3.2: Preocupações relacionadas à ilegalidade	A18, A27	2
Subtema 3.3: Custo do tratamento	A4, A5, A8, A19, A20, A25, A27, A29, A33, A36	10
Subtema 3.4: Desaprovação médica e receio em conversar com profissionais de saúde	A1, A2, A5, A7, A9, A11, A12, A13, A17, A18, A19, A20, A23, A24, A25, A33	16
Subtema 3.5: Fronteira simbólica entre o uso recreativo e o uso medicinal	A3, A7, A9, A10, A13, A17, A18, A22, A36	9
Subtema 3.6: Falta de informações precisas para os pacientes	A2, A5, A11, A15, A17, A20, A23, A24, A25, A26, A33, A34	12
Subtema 3.7: Lidando com o estigma	A4, A5, A7, A9, A12, A13, A15, A21, A23, A24	10
	Recorrência	28
Tema 4: Buscando informações		
Subtema 4.1: Compartilhando informações com outros usuários:	A1, A10, A15	3
Subtema 4.2: Informações adquiridas em dispensários de CM	A5, A7, A10, A19, A20, A28	6
Subtema 4.3: Informações através da mídia	A1, A5, A10, A14, A15, A24, A33, A34	8
Subtema 4.4: Informações obtidas com profissionais de saúde	A20	1
Subtema 4.5: Informações obtidas através de fontes de pesquisas	A17	1
	Recorrência	13
Tema 5: Padrões de uso contemporâneos		
Subtema 5.1: Métodos variados de uso	A5, A7, A8, A10, A13, A14, A15, A18, A19, A25, A26, A27, A28, A29, A32, A37	16
Subtema 5.2: Uso social anterior	A1, A7, A8, A9, A10, A17, A18, A19, A22, A25, A27, A32	12
	Recorrência	20
Tema 6: Incertezas e preocupações relacionadas ao uso dos produtos		
Subtema 6.1: Percepção sobre a qualidade dos produtos	A10, A11, A15, A24, A26, A27, A32	7
Subtema 6.2: Efeitos indesejados e preocupações relacionadas ao vício	A1, A2, A4, A8, A11, A13, A16, A24, A25, A26, A29, A30, A31, A35	14
Subtema 6.3: Preocupações em relação a Interação com outros medicamentos	A2, A11, A15, A17	4
	Recorrência	18

Fonte: Elaboração própria.

A dor foi a condição clínica mais referida nos artigos incluídos nesta revisão para justificar o uso da CM (A1 a A5, A7 a A11, A15 a A19, A22, A23, A27 a A30, A32, A35 a A37). A insônia e a ansiedade, a depressão, o câncer e a náusea também foram citadas

com frequência. Os participantes dos estudos relataram usar produtos à base de Cannabis com proporções variadas de tetrahydrocannabinol (THC) e Canabidiol (CBD), fitocannabinoides ativos presentes nessa planta.^{1,54} As vias de administração utilizadas também foram diversas como inalação, via oral, via sublingual e aplicação tópica. Os produtos mais citados foram: cigarros feitos de Cannabis, óleos, tinturas e produtos comestíveis. Em dois dos estudos selecionados (A1, A3) os participantes relataram o uso de cannabinoides sintéticos: dronabinol e nabilon.

Em relação aos resultados dos artigos selecionados, os três temas mais recorrentes, em ordem decrescente, foram “Benefícios do uso”, “Desafios enfrentados” e “Padrões de uso contemporâneos”. Os subtemas mais citados no primeiro tema mencionado foram “Eficácia percebida” e “Menos efeitos indesejados e menores quantidades de medicamentos”. Já no segundo tema mencionado, o subtema mais expressivo foi “Desaprovação médica e receio em conversar com profissionais de saúde”. Por fim, em relação ao terceiro tema mencionado, o subtema “Métodos variados de uso” foi o mais recorrente.

4. DISCUSSÃO

Em relação ao tema “Benefícios do uso” a principal benesse relatada pelos participantes foi a “Eficácia percebida” (A1 a A19, A22 a A27, A29 a A33, A36, A37), como na fala de uma paciente relatada no artigo A5: *“Ajuda com a náusea [e] ajuda com cólicas pré-menstruais e tudo mais. Ajuda com o estresse, ajuda com a depressão, ajuda com a ansiedade, tudo”*. De forma geral, os usuários de CM experienciaram a diminuição dos sintomas físicos e psicológicos, principalmente através do relaxamento muscular e melhora da qualidade do sono, proporcionando alívio e sensação de prazer e bem-estar. Nesse contexto, pesquisas indicam que o número de pessoas que utilizam CM tem aumentado significativamente nos últimos anos.^{23,55,56} Além disso, uma parcela significativa de usuários de CM acredita que ela pode ser um substituto promissor para medicamentos convencionais, reduzindo a polifarmácia.^{12,26,30,33}

De acordo com o subtema “Menos efeitos indesejados e menores quantidades de medicamentos” para a maioria dos participantes dos estudos qualitativos analisados (A1 a A3, A5, A6, A8, A11, A13, A15, A17 a A19, A22 a A26, A28, A29, A32, A37), o uso de Cannabis produz menos efeitos negativos do que o uso de medicamentos convencionais, principalmente aqueles considerados pelos próprios pacientes como incapacitantes.^{12,31,33}

Um exemplo é o depoimento presente no artigo A1: *“Eu sinto que é muito mais seguro do que qualquer coisa que eles tentam prescrever, porque eu não quero ficar viciado... você sabe, [eles prescrevem] analgésicos ou outros medicamentos, quando não é necessário.”* Frente a essa perspectiva, parece existir também entre os pacientes um desejo de recuperar o senso de si mesmo, o controle sobre a vida cotidiana e a participação na vida comunitária.^{12,15,31,33,34}

Segundo os discursos dos pacientes, um dos desafios enfrentados é a “percepção do estigma” envolvendo o uso de CM. É o que se nota no depoimento de um paciente no artigo A21: *“O estigma social é tão predominante que você não fala sobre isso na igreja, não fala sobre isso na escola e não deixa ninguém saber.”* Nesse contexto, os usuários de CM sentiram-se, em alguns momentos, marginalizados, classificados como desviantes de normas e valores sociais.^{5,17,37,57} Esses julgamentos impactam negativamente no tratamento das pessoas, já que reduzem a utilização dos serviços de saúde pelos pacientes.¹⁷ Na tentativa de esconder a identidade estigmatizada, o usuário de CM pode adotar estratégias para gerenciar o estigma.^{5,17} Dentre essas estratégias estão o isolamento social e a escolha de padrões de uso mais convenientes para omitir a utilização de CM.¹⁷ Além disso, participantes dos estudos incluídos nesta revisão afirmaram que dispenderam uma quantidade significativa de tempo, educando outras pessoas sobre a variedade de medicamentos à base de Cannabis, enfrentando desafios para desmistificar a forma negativa como a CM é vista em seu meio sociocultural.³⁷

Nesse sentido, a comunicação aberta entre os profissionais de saúde e seus pacientes é necessária para se conhecer melhor as percepções e expectativas relacionadas ao uso de CM.^{12,25,26} Entretanto, a identificação do subtema “Desaprovação médica e receio em conversar com profissionais de saúde” demonstra que atitudes desfavoráveis e estigmatizantes dos profissionais de saúde em relação ao uso de CM podem impactar negativamente, formando uma barreira entre o paciente e seu cuidador.³⁵ *“Eu acho que eles [profissionais de saúde] deveriam estar muito mais abertos a discutir isso com seus pacientes”*, relata-se no artigo A23. Sendo assim, uma parcela significativa de usuários de CM tem optado por conversar sobre o assunto somente com familiares e amigos, omitindo o uso de CM à equipe de saúde.^{13,23} Por outro lado, conflitos entre a legislação proibitiva e a indicação do uso terapêutico da Cannabis têm preocupado os profissionais de saúde.⁵⁸ Os médicos parecem não se sentirem suficientemente seguros para recomendar o uso da CM, já que consideram limitadas as evidências empíricas para apoiar a prescrição embora um número crescente de estudos venha destacando os

benefícios médicos da Cannabis para diversas condições clínicas.^{13,23,5} A literatura tem apontado resultados significativos no tratamento de condições clínicas com CM como náuseas e vômitos e anorexia, analgesia na dor crônica e na dor neuropática, além de se mostrar útil no tratamento de doenças neurológicas como a esclerose múltipla, epilepsia e doença de Parkinson, bem como para diminuir a insônia e a ansiedade.^{59–61}

Somado a isso, as variedades de *Cannabis sativa* L. podem ser empregadas para produzir diferentes produtos medicinais em forma de tinturas, óleos, pastas comestíveis e resinas e os diversos padrões de consumo aumentam os desafios em relação ao uso clínico.⁵⁶ Nesse sentido, as inúmeras possibilidades de se obter produtos à base dessa planta se traduzem em um grande desafio para os profissionais de saúde, no sentido de estudar e entender melhor as características de cada forma disponível de CM.^{1,56} Na ausência de aconselhamento profissional, os pacientes têm confiado em suas próprias experiências para determinar os padrões de uso desses produtos.³³ Essas questões estão relacionadas ao tema “Padrões de uso contemporâneos” e ao subtema “Métodos variados de uso”, como é relatado no artigo A29: *“Tomo uma cápsula de manhã e, em seguida, amorteço com tinturas orais às vezes e vaping ao longo do dia. E ocasionalmente eu uso flor à noite para me ajudar a relaxar.”*

Ainda em relação à qualidade e segurança dos medicamentos, empresas têm explorado o mercado de CM, recomendando seus produtos sem mencionar riscos potenciais para a saúde das pessoas, produzindo marketing com informações unilaterais em relação ao uso da Cannabis.⁵⁵ Esses fatores aumentam o risco de as pessoas experienciarem efeitos indesejados ao usarem CM.^{33,56} Em relação ao subtema “Efeitos indesejados e preocupações relacionadas ao vício” os participantes dos estudos, em alguns artigos analisados (A1, A2, A4, A8, A11, A13, A16, A24 a A26, A29 a A31, A35) associaram efeitos negativos ao uso de CM, incluindo falta de concentração, tosse, ganho de peso, aumento da ansiedade, redução da pressão arterial e vício.

Somado a isso, alguns efeitos interpretados como terapêuticos por usuários de CM podem ser classificados como recreativos para outras pessoas, tornando frágil a categorização de uso médico ou recreativo.²⁹ Alguns estudos incluídos nesta revisão apresentaram temas correlacionados à “Fronteira simbólica entre o uso recreativo e o uso medicinal” (A3, A13, A7, A9, A10, A13, A17, A18, A22, A36). Isso porque os limites estabelecidos pelas políticas públicas entre o uso terapêutico e o uso social da Cannabis parecem bem confusos para os usuários, já que essas duas práticas muitas vezes se sobrepõem.³⁸

Os participantes, na maioria dos estudos, deram a impressão de que não estavam muito preocupados com a natureza ilícita do consumo de CM e não tiveram nenhuma interação com o sistema de justiça.³¹ Um depoimento do artigo A27 relata: *“Eu nunca fui parado por isso, e além disso tudo o que [a autorização] pode fazer é me impedir de ser acusado de posse. É isso... tudo o que eu tenho que fazer é entrar na sala do tribunal com o bilhete [do meu médico] dizendo que estou sob seus cuidados. Caso encerrado.”* Somente dois artigos deste estudo (A18, A27) exploraram temas que abordaram “Preocupações relacionadas à ilegalidade”. Talvez, a pouca expressividade dessa temática seja atribuída ao fato de que a maioria dos estudos selecionados nesta revisão foram realizados nos EUA, onde em quase todos os estados o uso medicinal da Cannabis é legalizado. Até 2021, 36 estados e 4 territórios norte-americanos publicaram leis permitindo a certificação, venda e compra de Cannabis variando em rigor de regulamentação e controle da venda.^{35,36} Nos EUA, o número de pacientes usando CM está aumentando rapidamente.⁴

Nesse contexto, à medida que o debate sobre a legalização da Cannabis continua a crescer no mundo, também vêm aumentando os questionamentos nos cuidados clínicos relacionados a várias doenças tratadas com a mesma.²⁴ Esforços estão sendo despendidos em vários países com a finalidade de regular e garantir a qualidade de produtos à base de Cannabis, implementando leis para controlar o uso da CM.^{4,12,25,33} Por outro lado, mesmo aqueles que expressaram relativa indiferença sobre a ilegalidade da Cannabis estavam insatisfeitos em relação ao estigma, à falta de suporte de seguro para custear as despesas do tratamento e à burocracia para conseguir CM de forma lícita.^{15,36} Seria pertinente, então, a realização de mais pesquisas que forneçam informações sobre a experiência daqueles que usam CM em um contexto de ilegalidade.¹⁵

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado deste estudo mostrou, através das experiências descritas pelos participantes, que o uso medicinal da Cannabis apresenta múltiplas dimensões. Nesse contexto, foi possível observar a predominância da percepção positiva dos pacientes sobre a efetividade de produtos de Cannabis, somando-se à percepção reduzida de seus efeitos negativos. Por outro lado, as experiências descritas apontam que um dos fatores que dificultam o uso da CM é a existência de vários tipos de produtos como, tinturas, comestíveis e óleos, aumentando os desafios relacionados à prescrição e acompanhamento clínico dos pacientes.

Alguns participantes dos estudos relataram frustração e insatisfação com a falta de disposição do médico em conversar sobre a Cannabis como uma alternativa terapêutica. Através dos discursos dos pacientes, foi possível identificar que existe um ponto de tensão entre médicos e pacientes. Nesse sentido, as atitudes dos médicos e de outros profissionais de saúde em relação à CM poderiam ser mais investigadas, analisando se prejudicam a comunicação entre esses profissionais e os pacientes. Ainda, assuntos pertinentes ao uso medicinal da Cannabis deveriam ser considerados como tópicos a serem discutidos nos cursos de medicina, farmácia, enfermagem, dentre outros.

Além disso, a linha divisória entre o uso medicinal e o uso recreativo da Cannabis pode ser tênue em alguns casos, variando de acordo com a legislação de cada país ou estado. Sendo assim, esses limites entre o uso medicinal e o uso recreativo são complexos e sujeitos a interpretações legais e regulatórias, fazendo-se necessários mais estudos sobre isso. Pesquisas futuras devem explorar mais a experiência dos pacientes que utilizam a CM em contextos regulatórios e socioculturais distintos, em diversos países, para aumentar a compreensão sobre a utilização desse recurso terapêutico e favorecer seu emprego adequado.

Espera-se que os resultados obtidos nessa revisão sirvam de instrumento para os profissionais de saúde no planejamento de estratégias para ensino, pesquisa e práticas com perspectivas ampliadas e mais informadas sobre o uso da CM no processo de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Bonini SA, Premoli M, Tambaro S, Kumar A, Maccarinelli G, Memo M, et al. Cannabis sativa: A comprehensive ethnopharmacological review of a medicinal plant with a long history. *J Ethnopharmacol* [Internet]. 2018;227(May):300–15. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jep.2018.09.004>
2. Carlini EA. A história da maconha no Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(4):314–7.
3. Missouri Botanical Garden. Cannabis Sativa. *Tropicos.org*. 2021.
4. Pedersen W, Sandberg S. The medicalisation of revolt: A sociological analysis of medical cannabis users. *Sociol Heal Illn*. 2013;35(1):17–32.
5. Bottorff JL, Bissell L JL, Balneaves LG, Oliffe JL, Capler NR, Buxton J. Perceptions of cannabis as a stigmatized medicine: A qualitative descriptive study. *Harm Reduct J*. 2013;10(1):1–10.
6. Sara A, Marta L, Diego J, Rosa-Helena B. Clinical Evidence of Magistral Preparations Based on Medicinal Cannabis. *Pharmaceuticals (Basel)* [Internet]. 2021;14(2). Disponível

em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33494156/>

7. Alex F, Aguiar S, De Janeiro R. CANNABIS: Uso Medicinal Para o Tratamento da Dor e Ação Neuroprotetora. 2017;
8. De Godoy-Matos AF, Guedes EP, De Souza LL, Valério CM. The endocannabinoid system: A new paradigm in the metabolic syndrome treatment. *Arq bras endocrinol metab.* 2006;50(2):390–9.
9. Izzo AA, Borrelli F, Capasso R, Di Marzo V, Mechoulam R. Non-psychoactive plant cannabinoids: new therapeutic opportunities from an ancient herb. *Trends Pharmacol Sci.* 2009;30(10):515–27.
10. Pinheiro BS, Moraes FC, Fattori NC de M. Importância da incorporação da Cannabis sativa L. no SUS. *Rev Científica Eletrônica Ciências Apl da FAIT.* 2021;1(Maio):1–12.
11. Ananth P, Revette A, Reed-Weston A, Das P, Wolfe J. Parent and patient perceptions of medical marijuana in the childhood cancer context. *Pediatr Blood Cancer.* 2021;68(4):1–9.
12. Bruce D, Brady JP, Foster E, Shattell M. Preferences for medical marijuana over prescription medications among persons living with chronic conditions: Alternative, complementary, and tapering uses. *J Altern Complement Med [Internet].* 2018;24(2):146–53. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28945457/>
13. 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 [Internet].* 2019;63(September 2018):23–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.09.002>
14. Santos SO, Miranda MBS. Uso Medicinal Da Cannabis Sativa E Sua Representação Social. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2019;43(3):697–718.
15. Coomber R, Oliver M, Morris C. Using Cannabis Therapeutically in UK : A Qualitative Analysis. *J Drug Issues.* 2003;325–56.
16. Oliveira MB de. O Medicamento Proibido: como um derivado da maconha foi regulamentado no Brasil. Universidade Estadual de Campinas; 2016.
17. Satterlund TD, Lee JP, Moore RS. Stigma among California's Medical Marijuana Patients. *J Psychoactive Drugs.* 2015;47(1):10–7.
18. Shoemaker SJ, Ramalho de Oliveira D, Alves M, Ekstrand M. The medication experience: Preliminary evidence of its value for patient education and counseling on chronic medications. *Patient Educ Couns.* 2011;83(3):443–50.
19. Hillman LA, Peden-McAlpine C, Ramalho-de-Oliveira D, Schommer JC. The Medication Experience: A Concept Analysis. *Pharmacy.* 2020;9(1):7.
20. Shoemaker SJ, Oliveira DR. Understanding the meaning of medications for patients: The medication experience. *Pharm World Sci.* 2008;30(1):86–91.

21. Whittemore R, Knafelz K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs [Internet]*. 2005 Dec;52(5):546–53. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
22. Whittemore R. Background: The knowledge explosion in health care coupled with recent evidence. *Nurs Res*. 2005;54(1):56–62.
23. Ananth P, Revette A, Reed-Weston A, Das P, Wolfe J. Parent and patient perceptions of medical marijuana in the childhood cancer context. *Wiley Period LLC*. 2021;68(4):1–9.
24. Gill HK, Young SD. Exploring cannabis use reasons and experiences among mobile cannabis delivery patients. *J Subst Use [Internet]*. 2019;24(1):15–20. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14659891.2018.1489012>
25. Bigand T, Anderson CL, Roberts ML, Shaw MR, Wilson M. Benefits and adverse effects of cannabis use among adults with persistent pain. *Nurs Outlook [Internet]*. 2019;67(3):223–31. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2018.12.014>
26. Mercurio A, Aston ER, Claborn KR, Wayne K, Rosen RK. Marijuana as a Substitute for Prescription Medications: A Qualitative Study. *S Use Misuse*. 2019;54(11):1894–902. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1618336>
27. Lanckenau SE, Kioumarsis A, Reed M, McNeeley M, Iverson E, Wong CF. Becoming a medical marijuana user. *Int J Drug Policy [Internet]*. 2018;52:62–70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.11.018>
28. Hoffman KA, Ponce Terashima J, McCarty D, Muench J. Toward a Patient Registry for Cannabis Use: An Exploratory Study of Patient Use in an Outpatient Health-Care Clinic in Oregon. *World Med Heal Policy*. 2017;9(3):307–17.
29. Athey N, Boyd N, Cohen E. Becoming a Medical Marijuana User: Reflections on Becker’s Trilogy—Learning Techniques, Experiencing Effects, and Perceiving Those Effects as Enjoyable. *Contemp Drug Probl*. 2017;44(3):212–31.
30. McTaggart-Cowan H, Bentley C, Raymakers A, Metcalfe R, Hawley P, Peacock S. Understanding cancer survivors’ reasons to medicate with cannabis: A qualitative study based on the theory of planned behavior. *Cancer Med [Internet]*. 2021;10(1):396–404. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33068314/>
31. Page SA, Verhoef MJ. Medicinal marijuana use: experiences of people with multiple sclerosis. *Can Fam Physician [Internet]*. 2006 Jan;52(1):64–5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16926966>
32. Buchwald D, Brønnum D, Melgaard D, Leutscher PDC. Living with a Hope of Survival Is Challenged by a Lack of Clinical Evidence: An Interview Study among Cancer Patients Using Cannabis-Based Medicine. *J Palliat Med*. 2020;23(8):1090–3.
33. Bourke JA, Catherwood VJ, Nunnerley JL, Martin RA, Levack WMM, Thompson BL, et al. Using cannabis for pain management after spinal cord injury: a qualitative study. *Spinal Cord Ser cases [Internet]*. 2019;5(1):82. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31632740/>

34. Lavie-Ajayi M, Shvartzman P. Restored Self: A Phenomenological Study of Pain Relief by Cannabis. *Pain Med* [Internet]. 2019;20(11):2086–93. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30215782/>
35. Staton M, Kaskie B, Bobitt J. The changing cannabis culture among older Americans: high hopes for chronic pain relief. *Drugs Educ Prev Policy* [Internet]. 2022;29(4):382–92. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09687637.2022.2028728>
36. Reed MK, Kelly EL, Wagner B, Hajjar E, Garber G, Worster B. A Failure to Guide: Patient Experiences within a State-Run Cannabis Program in Pennsylvania, United States. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2022;57(4):516–21. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34958295/>
37. Reid M. Troubling Claims of Normalization: Continuing Stigmas within Michigan’s Medical Cannabis Community. *Deviant Behav* [Internet]. 2021;00(00):1–20. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01639625.2021.1953947>
38. Harwick RM, Carlini BH, Garrett SB. A Taxonomy of Consumers’ Perspectives on the Function of Cannabis in Their Lives: A Qualitative Study in WA State, USA. *J Psychoactive Drugs* [Internet]. 2020;52(5):393–400. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32501752/>
39. Bobitt J, Qualls SH, Schuchman M, Wickersham R, Lum HD, Arora K, et al. Qualitative Analysis of Cannabis Use Among Older Adults in Colorado. *Drugs and Aging* [Internet]. 2019;(0123456789). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40266-019-00665-w>
40. Victorson D, McMahon M, Horowitz B, Glickson S, Parker B, Mendoza-Temple L. Exploring cancer survivors’ attitudes, perceptions, and concerns about using medical cannabis for symptom and side effect management: A qualitative focus group study. *Complement Ther Med* [Internet]. 2019;47:102204. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.102204>
41. Sinclair J, Armour S, Akowuah JA, Proudfoot A, Armour M. “Should I Inhale?”- Perceptions, Barriers, and Drivers for Medicinal Cannabis Use amongst Australian Women with Primary Dysmenorrhoea: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(3):1–16. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35162564/>
42. Krediet E, Janssen DG, Heerdink ER, Egberts TC, Vermetten E. Experiences with medical cannabis in the treatment of veterans with PTSD: Results from a focus group discussion. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2020;36:244–54. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.04.009>
43. Belle-Isle L, Hathaway A. Barriers to access to medical cannabis for Canadians living with HIV/AIDS. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV* [Internet]. 2007;19(4):500–6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17453590/>
44. Berey BL, Aston ER, Gebru NM, Merrill JE. Differences in cannabis use characteristics, routines, and reasons for use among individuals with and without a medical cannabis card. *Exp Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2023 Feb;31(1):14–22. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35025588/>

45. Luque JS, Okere AN, Reyes-Ortiz CA, Williams PM. Mixed methods study of the potential therapeutic benefits from medical cannabis for patients in Florida. *Complement Ther Med* [Internet]. 2021;57:102669. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102669>
46. Hawley LA, Ketchum JM, Morey C, Collins K, Charlifue S. Cannabis Use in Individuals With Spinal Cord Injury or Moderate to Severe Traumatic Brain Injury in Colorado. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2018;99(8):1584–90. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29524396/>
47. Elliott L, Golub A, Bennett A, Guarino H. PTSD and Cannabis-Related Coping Among Recent Veterans in New York City. *Contemp Drug Probl* [Internet]. 2015 Mar 2;42(1):60–76. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28638168/>
48. Grella CE, Rodriguez L, Kim T. Patterns of Medical Marijuana Use Among Individuals Sampled from Medical Marijuana Dispensaries in Los Angeles. *J Psychoactive Drugs*. 2014;46(4):263–72.
49. Wilson A, Davis C. Attitudes of Cancer Patients to Medicinal Cannabis Use: A Qualitative Study. *Aust Soc Work* [Internet]. 2022;75(2):192–204. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0312407X.2021.1904264>
50. Philip J, Panozzo S, Collins A, Weil J, Whyte J, Barton M, et al. Fact versus fiction: bridging contrasting medicinal cannabis information needs. *Intern Med J* [Internet]. 2021 Jun 21;51(6):975–9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34155769/>
51. Erridge S, Miller M, Gall T, Costanzo A, Pacchetti B, Sodergren MH. A Comprehensive Patient and Public Involvement Program Evaluating Perception of Cannabis-Derived Medicinal Products in the Treatment of Acute Postoperative Pain, Nausea, and Vomiting Using a Qualitative Thematic Framework. *Cannabis Cannabinoid Res*. 2020;5(1):73–80.
52. Valleriani J, Haines-Saah R, Capler R, Bluthenthal R, Socias ME, Milloy MJ, et al. The emergence of innovative cannabis distribution projects in the downtown eastside of Vancouver, Canada. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2020;79:102737. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102737>
53. Friedberg J. Four patient perspectives on medical cannabis. *Cannabis Med Asp*. 2017;(January 2016):95–7.
54. Russo EB. Taming THC: Potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. *Br J Pharmacol*. 2011;163(7):1344–64.
55. Bellnier TJ, Brown GW, Ortega T, Janda M, Miskowitz K. Description of collaborative, fee-for-service, office-based, pharmacist-directed medical cannabis therapy management service for patients with chronic pain. *J Am Pharm Assoc* (2003) [Internet]. 2021;1–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.japh.2021.11.023>
56. Moons P, Luyckx K, Kovacs AH, Holbein CE, Thomet C, Budts W, et al. Prevalence and Effects of Cigarette Smoking, Cannabis Consumption, and Co-use in Adults From 15 Countries With Congenital Heart Disease. *Can J Cardiol* [Internet]. 2019 Dec;35(12):1842–50. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31813510/>

- 57.Vasconcelos SC, Silva AO, Moreira MASP, Correia A de SB, Guerra ALAG, Santos AR dos, et al. Bioethical analysis to the therapeutic use of Cannabis: Integrative review. *Nurs Ethics*. 2019;26(1):96–104.
- 58.Melnikov S, Aboav A, Shalom E, Phriedman S, Khalaila K. The effect of attitudes, subjective norms and stigma on health-care providers' intention to recommend medicinal cannabis to patients. *Int J Nurs Pract*. 2021;27(1):1–10.
- 59.Grosso AF. Cannabis : de planta condenada pelo preconceito a uma das grandes opções terapêuticas do século. *J Hum Growth Dev*. 2020;30(1):94–7.
- 60.Pessoa DOC, Lira IV, Siqueira L da P. Cannabis Sativa: uma revisão integrativa dos aspectos legais, toxicológicos e farmacoterapêuticos. *Res Soc Dev*. 2021;10(15):e18101522408.
- 61.Crippa JAS, Zuardi AW, Hallak JEC. Uso terapêutico dos canabinoides em psiquiatria. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(SUPPL. 1):56–66.