



CEBRID
Centro Brasileiro de Informações
sobre Drogas Psicotrópicas

Maconhabrás

by: Elinaldo Carlini

ISSN: 2764-0140

Coordenação: Flávio Alexandre Carvalho

Supervisão: André Gonzaga dos Santos | Ricardo Tabach

Edição: Brayan Jonas Mano-Sousa

Revisão: Brayan Jonas Mano Sousa e equipe

DOI: 10.5281/zenodo.23094208

Editorial

Contribuição do conhecimento tradicional da maconha (*Cannabis sativa*) na Saúde no Estado de Pernambuco

Nesta edição:

Editorial	1
Cannabis em Foco	2
Atualidades	3
Desvendando Hist	3
CannNews	4
Cannabis na Mídia	4

A existência do conhecimento tradicional até os dias atuais tem avançado pelos Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs), guardiões e guardiões da conservação da biodiversidade através dos saberes, fazeres e práticas, pela oralidade ou escrita.¹ Os PCTs estão acobertados em manter tradições conforme o Estatuto do Índio. Não podemos exigir dos povos indígenas, incluindo os PCTs, critérios metodológicos academicistas para o uso ancestral ou tradicional de suas plantas sagradas e medicinais. O conhecimento dos detentores, como pajés, curandeiros, raizeiros e benzedeiros, é reconhecido como legítimo pela sua ancestralidade. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituída pelo Decreto Federal nº 5.813/2006, garante o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, valorizando o conhecimento tradicional.²

Os Saberes Tradicionais são observados nos policultivos, pela presença de plantas endêmicas e domesticadas, como a maconha (*Cannabis sativa* L.). A maconha foi introduzida através da socialização do conhecimento tradicional dos povos africanos, junto aos povos originários nos Sertões pernambucanos. Esse material

genético (*C. sativa*) apresenta um extenso banco de germoplasma nos Sertões de Pernambuco, adaptado, aclimatado e com diversas variedades genéticas, protegidas por guardiões e guardiões que preservam o policultivo em seus quintais e terreiros.

Segundo relatos dos PCTs, as sementes são secas e piladas, seguida da decocção para tratamento de distúrbios respiratórios. A cultura da raizada de maconha, composta de raízes, folhas e cachaça, é a mais produzida de forma tradicional, não apresenta efeito psicoativo, com sugestão de uso nos sintomas de dores na coluna.³ Também há a versão chamada “pituconha”, que apresenta efeito psicoativo e diferente da raizada tradicional, leva as flores da planta.

1. <https://www.gov.br/mma/pt-br/assuntos/povos-e-comunidades-tradicionais>

2. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seccics/plantas-medicinais-e-fitoterapicos>

3. CALLAWAY, J.C. 2005. Various alkaloid profiles in decoctions of *Banisteriopsis caapi*. **Journal of Psychoactive Drugs**, v.37, p.151-5.

Este editorial foi escrito, a convite, por Lourinalda Luiza Dantas da Silva, professora da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UAST/UFRPE).

Por muito tempo, uma questão principal rondou o uso medicinal da cannabis: “há evidência científica suficiente para embasar seu uso?”. Um artigo¹ publicado em setembro, conduzido por pesquisadores da Universidade Federal de Sergipe, propõe uma mudança importante nesse debate. Segundo os autores, o principal obstáculo para transformar pesquisas em tratamentos já não está mais na falta de compreensão biológica, mas nas barreiras regulatórias, econômicas e sociais que dificultam os estudos.

A caracterização molecular dos componentes da cannabis começou nos anos 1960, com a identificação do THC, principal composto psicoativo da planta. Entre o final dos anos 1980 e o início dos anos 1990, foram identificados os receptores CB1 e CB2 e os ligantes endógenos que formam o sistema endocanabinoide, evidenciando sua complexidade biológica.

Entretanto, esse desenvolvimento ocorreu paralelamente à proibição global. Nos Estados Unidos, a classificação da planta como substância de alto controle federal em 1970 dificultou o acesso a materiais padronizados, aumentou a burocracia e encareceu os estudos clínicos. Mesmo onde o uso medicinal foi legalizado, persistem entraves para obter licenças, importar ou adquirir produtos certificados e encontrar fornecedores estáveis. Assim, muitos estudos recorrem a pesquisas observacionais, conhecidas como “evidências do mundo real”.

Embora mostrem a prática cotidiana, esses dados, não substituem os ensaios clínicos randomizados, essenciais para comparar grupos, controlar variáveis e avaliar com precisão eficácia e os efeitos adversos.

Há ainda uma falta de padronização dos produtos. A concentração de THC e CBD varia entre lotes e muitas vezes diverge do rótulo,

comprometendo a reprodução dos experimentos e gerando efeitos imprevisíveis. Soma-se a isso o estigma social e a hesitação clínica: muitos médicos relatam insegurança para prescrever devido à carência de formação e protocolos claros. Pacientes que utilizam cannabis medicinal podem sofrer julgamentos durante consultas e deixar de informar seu uso aos profissionais de saúde. Essa omissão pode aumentar o risco de interações medicamentosas não identificadas. Médicos e farmacêuticos frequentemente relatam insegurança para prescrever canabinoides, devido à falta de treinamento, à incerteza sobre doses e à ausência de protocolos claros.

Com isso, há um ciclo ininterrupto: a falta de formação gera insegurança; a insegurança reduz a prescrição e o registro dos casos; a escassez de dados reforça a ideia de que a cannabis seria uma terapia “sem comprovação”. Para avançar em terapias baseadas em evidência, é necessário exigir o mesmo rigor científico aplicado a qualquer outra classe terapêutica, reconhecendo que, historicamente, a produção desse conhecimento vem sendo atrasada por políticas proibicionistas, falta de financiamento público, ausência de padronização e estigma profissional. Mais do que perguntar se “a ciência existe”, talvez seja necessário perguntar: o que ainda está impedindo que ela seja plenamente realizada?

Referência

1. Souza, J. A.; et al. 2026. The Endocannabinoid System is No Longer the Limiting Factor: Why Policy and Stigma Continue to Delay Cannabinoid-Based Medicine. **Clinical therapeutics**, v. 26, p. 00317-6.

UFV inaugura o primeiro banco genético de *Cannabis* em universidade pública do Brasil

Por Ricardo Tabach

A Universidade Federal de Viçosa (UFV), em Minas Gerais, inaugurou no mês passado o primeiro Banco Ativo de Germoplasma (BAG) de *Cannabis* do Brasil. A iniciativa é considerada pioneira no país por ser um banco institucional e regulamentado para a cultura da *Cannabis sativa* L., conforme confirmou a Sociedade Brasileira de Estudos da Cannabis (SBEC).

Localizado no Vale da Agronomia, o espaço ocupa um hectare e reúne três áreas de cultivo externo com iluminação suplementar, uma casa de vegetação de 450 m² e um laboratório. O local funcionará como uma “biblioteca viva”, voltada à conservação de sementes e plantas de diferentes partes do mundo, com meta de reunir até 500 variedades.

A criação do banco resultou de articulação científica e jurídica. Em outubro de 2023, a UFV solicitou autorização à Anvisa para cultivar variedades da planta. Sem resposta, a universidade recorreu à Justiça e, em novembro de 2024, obteve liminar autorizando a importação, o transporte, o cultivo e o armazenamento de sementes e mudas de Cannabis.

Para isso, a UFV apresentou um plano de biossegurança. A área foi cercada por alambrados e monitorada por 16 câmeras para impedir o acesso não autorizado e prevenir furto. O projeto recebeu apoio financeiro da Cannabreed Technology Brasil.

As sementes foram adquiridas de bancos de germoplasma certificados, associações e pacientes com direito de cultivo garantido pela Justiça, seguindo protocolos fitossanitários e normas de acesso a recursos genéticos.

Com as plantas, será possível realizar cruzamentos e desenvolver variedades adaptadas ao solo e ao clima brasileiro. Segundo a UFV, o foco inclui medicamentos, fibras, materiais de construção e recuperação de terras degradadas. Além disso, permitirá pesquisas em graduação e pós-graduação.

A construção da repressão à *Cannabis* no Brasil

Por Luiza Siqueira Pires

A repressão ao uso de *Cannabis sativa* L. no Brasil, planta presente desde o período colonial e utilizada para fins medicinais e industriais, começou a se delinear nas primeiras décadas do século XX. Um episódio central foi a II Conferência Internacional do Ópio, realizada em Genebra, em 1924, pela Liga das Nações. Embora a conferência tivesse como pauta o ópio e a coca, o representante brasileiro, Dr. Pernambuco Filho, empenhou-se, juntamente com o delegado egípcio, para incluir a maconha nas discussões. Na ocasião, afirmou que ela seria “mais perigosa que o ópio”, contribuindo para sua condenação internacional. A posição contrastava com observações clínicas atribuídas ao próprio médico, que não identificavam na *C. sativa* sinais de dependência física característicos de outras substâncias, nem registravam casos de morte relacionados ao seu uso.

Na década de 1930, a repressão ganhou força e assumiu caráter mais sistemático. A perseguição policial aos usuários tornou-se constante e alcançou diferentes estados, entre eles Rio de Janeiro, Pernambuco, Maranhão, Piauí, Alagoas e Bahia. Segundo Mamede (1945), citado por Carlini, *foram intensificadas as ações, em uma “luta sem tréguas” contra os fumadores de maconha*. No Rio de Janeiro, em 1933, foram registradas prisões relacionadas ao comércio clandestino da planta. A repressão também se estendeu a outros estados, acompanhada de ações policiais cada vez mais intensas.

Esse processo culminou no Decreto-Lei nº 891, em 1938, que proibiu, em todo o território nacional, o plantio, a cultura, a colheita e a exploração da maconha. A proibição nacional, portanto, consolidou um processo repressivo que, ao longo de pouco mais de uma década, transformou uma planta presente nas práticas médicas e farmacêuticas em objeto de perseguição policial e proibição estatal.

Referências

1. Carlini, E. A. 2006. A história da maconha no Brasil. **J. Bras. Psiquiatria**, 55, 314-317.

Anote na Agenda!

Por Caio Humberto Perego

Fique por dentro dos principais eventos nacionais e internacionais sobre uso terapêutico, regulamentação e cultivo. A agenda de eventos sobre cannabis no Brasil e na América Latina está movimentada. Confira e programe-se!

1. 1º Congreso Internacional y 4º Congreso Argentino de Cannabis y Salud

Data: 7 a 9 de outubro de 2026.

Local: Rosário, Santa Fé, Argentina.

Inscrições: <https://www.congresodecannabis.com/>

Ciência, uso medicinal da cannabis, saúde e regulamentação.

2. Expo Cannabis Argentina 2026

Data: 16 a 18 de outubro de 2026.

Local: Centro Costa Salguero, Buenos Aires, Argentina.

Inscrições: <https://expocannabis.com.ar/>

Uma das maiores feiras de cannabis da América Latina.

3. 1º Congresso Acadêmico Brasileiro de Cannabis Medicinal da FCF/USP (1º CABCANN-FCF/USP) “Do cultivo à inovação em saúde”

Data: 05 e 06 de novembro de 2026

Inscrições: <https://cabcann.fcf.usp.br/>

O evento discutirá os impactos práticos do novo marco regulatório da Anvisa.

4. Feira Estadual da Reforma Agrária “Neusa Paviato”

Data: 06 a 08 de novembro de 2026.

Local: Estação Cultura, antiga estação ferroviária no centro de Campinas.

Inscrições: <https://mst.org.br/2026/08/04/alimento-saudavel-e-resistencia-marcam-calendario-das-feiras-estaduais-da-reforma-agraria/>

O movimento fortalece suas iniciativas de saúde popular e agroecologia ao planejar um consórcio voltado à cadeia produtiva da cannabis terapêutica.

5. ExpoCannabis Brasil 2026 – 4ª Edição

Data: 20 a 22 de novembro de 2026.

Local: São Paulo Expo, São Paulo (SP).

Inscrições: <https://expocannabisbrasil.com>

A maior feira de cannabis da América Latina, com expectativa de receber mais de 45 mil visitantes de 14 países.

Uso terapêutico da maconha no Brasil: entre o direito à saúde, a repressão estatal e o reforço midiático de estigmas

Por Júlio Gabriel Sanches de Camargo

Victoria Veronezza Bertonha Penascho

A herança da “guerra às drogas” no Brasil submete a saúde coletiva à segurança pública, perpetuando repressão e exclusão estatal.

Em vez de assegurar os direitos constitucionais à vida e à saúde, o Estado impõe barreiras econômicas e jurídicas a pacientes que necessitam do uso terapêutico da maconha, estigmatizada pela mídia sensacionalista.¹

Como resposta, associações de pacientes e familiares e cultivadores praticam uma forma de desobediência civil pacífica ao produzir fitoterápicos e buscar amparo judicial para garantir o tratamento.

Ainda assim, enfrentam fiscalizações invasivas e constrangimentos. Essa lógica punitiva se reflete em operações como a Cannabusiness,¹ que emprega a polícia para fiscalizar pacientes sob pretexto de apurar desvios, ameaçando a continuidade dos tratamentos.

Tal postura é reforçada por reportagens, como a do Fantástico,³ cujo viés policialesco e simplista pode contribuir para a desinformação e preconceito.

O desafio brasileiro vai além de regulamentar o uso medicinal: exige superar a cultura de suspeição.¹ Pacientes e entidades devem ser vistos como sujeitos de direito, amparados por evidências científicas e garantias fundamentais.²

Referência

1. TORQUATO, Erik. 2026. Operação Cannabusiness: a quem interessa perseguir cultivadores com *Habeas corpus*? **Cannabis Monitor Brasil**.
2. POLÍCIA de SP apura fraude no uso de autorizações para plantio de maconha. **UOL**, Cotidiano, São Paulo, 24 ago. 2026.
3. GLOBO. 2026. Polícia investiga se *Habeas corpus* para cultivo de cannabis medicinal foi usado para venda de drogas em SP. **Fantástico**.