

O USO DA CANNABIS NO TRATAMENTO DO PACIENTE COM ALZHEIMER

THE USE OF CANNABIS IN THE TRATAMENT OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

¹Lima, Livia Maria; ²Dutra, Julya Raphaelly; ³Zanluchi, Vitória de Oliveira; ⁴Zequini, Fabiana.¹

^{1e2}Departamento de Ciências da Saúde – Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos-Unifio/FEMM

RESUMO

A Doença de Alzheimer (DA) é uma condição neurodegenerativa progressiva que compromete significativamente a cognição e a qualidade de vida, especialmente em idosos. Considerando as limitações dos tratamentos convencionais, esta revisão bibliográfica investigou o uso terapêutico da *Cannabis sativa*, com ênfase no canabidiol (CBD), como alternativa no manejo da DA. Estudos apontam que o CBD possui propriedades neuroprotetoras, anti-inflamatórias e antioxidantes (Watt, 2017; Fiocruz, 2022), além de efeitos positivos sobre sintomas neuropsiquiátricos como agitação e distúrbios do sono (Carvalho et al., 2020). Apesar dos avanços, ainda há divergências quanto à segurança do uso prolongado, exigindo monitoramento clínico (Sbogg, 2019). No Brasil, a regulamentação permitiu o uso controlado de derivados de *Cannabis* para tratamento, sob prescrição médica (Anvisa, 2020). Conclui-se que a *Cannabis medicinal* surge como uma abordagem terapêutica promissora, desde que respaldada por evidências científicas e normativas regulatórias adequadas.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Cannabis; Enfermagem; Terapias Complementares; Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Alzheimer's Disease (AD) is a progressive neurodegenerative disorder that severely impacts cognition and quality of life, particularly among the elderly. Given the limited efficacy of conventional treatments, this literature review explored the therapeutic potential of *Cannabis sativa*, focusing on cannabidiol (CBD), as an alternative strategy for AD management. Research highlights CBD's neuroprotective, anti-inflammatory, and antioxidant effects (Watt, 2017; Fiocruz, 2022), along with improvements in neuropsychiatric symptoms such as agitation and sleep disturbances (Carvalho et al., 2020). However, concerns persist regarding long-term safety, necessitating clinical oversight (Sbogg, 2019). In Brazil, regulatory changes now permit controlled use of cannabis-derived medications under medical prescription (Anvisa, 2020). Thus, medical cannabis presents itself as a promising complementary therapy, provided it is guided by scientific evidence and regulatory frameworks.

Keywords: Alzheimer Disease; Cannabis; Nursing; Complementary Therapies; Geriatric Health.

INTRODUÇÃO

A projeção de crescimento da população idosa intensifica a preocupação com doenças neurodegenerativas. O envelhecimento populacional no Brasil é uma realidade crescente. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida média da população brasileira saltou de 70 anos, em 1999, para 73,1 anos em 2009. Em 2025, o país deverá atingir 226 milhões de habitantes, dos quais 32 milhões (14,8%) terão 60 anos ou mais. Em 2050, a expectativa média de vida será de 81 anos, com estimativa de 52 milhões de idosos, refletindo um cenário de aumento expressivo de doenças relacionadas ao envelhecimento (Sayeg, 2020; IBGE, 2010).

A demência, termo derivado do latim *demens*, refere-se ao declínio cognitivo progressivo, afetando memória, linguagem, orientação e comportamento social, com impacto direto nas atividades de vida diária (Bitencourt et al., 2018). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2015, cerca de 47 milhões de pessoas viviam com algum tipo de demência no mundo. Estima-se que esse número ultrapasse 75 milhões em 2030 e chegue a 132 milhões até 2050, tornando-se um dos maiores desafios da saúde pública global (Laginestra et al., 2021; Who, 2017; Who, 2023).

A Doença de Alzheimer (DA) é uma enfermidade neurodegenerativa progressiva e irreversível, descrita pela primeira vez em 1906 pelo neurologista Alois Alzheimer. Caracteriza-se pela perda de memória, prejuízo cognitivo e alterações comportamentais, sendo causada por degeneração neuronal significativa em regiões corticais e subcorticais do cérebro (Hayashi et al., 2020). Do ponto de vista neuropatológico, observa-se atrofia cerebral, formação de placas senis de proteína β -amiloide e emaranhados neurofibrilares de proteína tau hiperfosforilada, que comprometem funções superiores como linguagem, memória e raciocínio (Ferreira, 2016; Selkoe; Hardy, 2016).

A DA é definida como a perda da capacidade intelectual da memória, de se expressar e comunicar adequadamente, até mesmo a forma de organizar os afazeres do dia-a-dia, de levar uma vida social, profissional e familiar, conforme a doença evolui. (De Souza et al.;2023).

O déficit cognitivo constitui uma das manifestações mais recorrentes da doença, impactando significativamente na qualidade de vida dos pacientes. Os sintomas neuropsiquiátricos evoluem rapidamente com manifestações de psicoses e alterações da personalidade, ocorrendo sintomas de perda de memória, ansiedade, depressão, alucinações, irritabilidade, agressividade e apatia. O que de certa forma, concomitantemente, duas os mais dessas manifestações, trás

dificuldades ao lidar com esses pacientes, tanto aos familiares, quanto aos cuidadores (Spezzia S, 2023).

Diante da natureza complexa e multifatorial da DA, os tratamentos convencionais disponíveis, como inibidores da colinesterase e antagonistas dos receptores NMDA, apenas retardam os sintomas e não promovem a cura (Dias et al., 2015). Nesse contexto, a busca por terapias alternativas, como o uso de compostos derivados da *Cannabis sativa*, tem ganhado espaço na comunidade científica. Os canabinoides, em especial o tetrahydrocannabinol (THC) e o canabidiol (CBD), têm demonstrado propriedades neuroprotetoras, anti-inflamatórias e ansiolíticas, com efeitos promissores na modulação da neurodegeneração e no controle de sintomas neuropsiquiátricos (Fiocruz, 2022; LIMA et al., 2023; Watt, 2017).

Estudos sugerem que o CBD pode contribuir para a redução de sintomas como agitação, ansiedade e distúrbios do sono, comuns entre pacientes com Alzheimer, além de apresentar menor risco de efeitos colaterais em comparação com o THC (Carvalho et al., 2020; LIM et al., 2021). No Brasil, apesar da regulamentação ainda restrita, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) autorizou a prescrição de medicamentos à base de cannabis, como o RSHO, mediante critério médico (Sincofarma, 2020).

Dessa forma, justifica-se este estudo pela necessidade de ampliar o entendimento sobre os mecanismos de ação da *Cannabis sativa* na Doença de Alzheimer, seus efeitos sobre as funções cognitivas e comportamentais, e seu potencial como alternativa terapêutica complementar. A investigação científica sobre essa temática pode contribuir para o desenvolvimento de novas abordagens clínicas, com impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

O artigo tem como objetivo uma análise qualitativa de instrumentos metodológicos que expressem os efeitos terapêuticos da *Cannabis sativa* no tratamento de pacientes com Doença de Alzheimer, investigando seus mecanismos de ação no sistema nervoso, os impactos nas funções cognitivas e comportamentais, além de comparar sua eficácia e segurança em relação aos tratamentos convencionais disponíveis, com base na literatura científica atual.

METODOLOGIA

Segundo Macedo, a pesquisa bibliográfica “trata-se do primeiro passo em qualquer tipo de pesquisa científica, com o fim de revisar a literatura existente e não redundar o tema de estudo ou experimentação” (1994, p. 13).

Assim, este estudo adotou o método de revisão bibliográfica analítica com abordagem exploratória e descritiva, a fim de reunir e analisar criticamente a produção científica acerca do uso da *Cannabis sativa* no tratamento de pacientes com Doença de Alzheimer.

A pesquisa teve como base artigos científicos, publicações técnico-científicas e livros disponíveis nas plataformas Google Acadêmico, BIREME, LILACS, SciELO, CAPES e em bases institucionais nacionais e internacionais. A utilização da revisão de literatura permite o aprofundamento do conhecimento sobre a temática e a identificação de evidências clínicas e científicas relevantes a respeito dos efeitos terapêuticos da cannabis no contexto da neurodegeneração.

Foram utilizados como descritores em Ciências da Saúde (DeCS): *Doença de Alzheimer*, *Cannabis*, *Canabinoides*, *Fitoterapia*, *Neurodegeneração* e *Tratamentos Alternativos*. A estratégia de busca foi elaborada com operadores booleanos, utilizando as expressões: ("Alzheimer" OR "doença de Alzheimer") AND ("cannabis" OR "canabidiol" OR "canabinoides").

O recorte temporal compreendeu publicações entre os anos de 2011 a 2021, nos idiomas português e inglês, com acesso completo e gratuito. Como critérios de inclusão, foram selecionados materiais que abordassem especificamente os efeitos da cannabis no tratamento da Doença de Alzheimer, com foco em aspectos clínicos, fisiopatológicos ou comportamentais. Foram excluídas publicações duplicadas, textos que não correspondiam à temática central ou que não estavam disponíveis na íntegra.

A amostra final foi composta por produções científicas consideradas relevantes para a fundamentação teórica da pesquisa, permitindo uma análise crítica e contextualizada sobre os potenciais benefícios e riscos do uso terapêutico da *Cannabis sativa* em pacientes com Alzheimer.

HISTÓRICO E IMPACTO SOCIAL DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Existem mais de 60 tipos de demências. A mais comum, com maior ocorrência, é a Doença de Alzheimer ou Mal de Alzheimer, que é uma doença cerebral degenerativa, progressiva, irreversível e que afeta o paciente, a família e a sociedade. Atinge aproximadamente 80% dos casos de demências, sendo que acomete mais mulheres que homens. A Doença de Alzheimer é considerada uma doença do envelhecimento, pois em geral ocorre em pessoas com 60 anos ou mais (Canineu, etl al., 2020)

A Doença de Alzheimer (DA) foi inicialmente descrita em 1906 por Alois Alzheimer, ao analisar o caso clínico de Auguste Deter, uma paciente com perda progressiva de memória e deterioração mental. A autópsia de seu cérebro revelou atrofia cerebral e depósitos anormais, hoje conhecidos como placas senis (Cip Brasil, 2016). Desde então, a DA tornou-se uma das principais causas de demência no mundo.

Além de seu impacto biológico, a DA configura-se como uma doença de relevância social. A falta de conhecimento sobre sua progressão e sintomas acarreta estigmas que atingem o paciente e sua família, ampliando o sofrimento psicológico e sobrecarregando os cuidadores, além de gerar custos significativos aos sistemas de saúde (Andrade; fernandes, 2017).

Embora a família represente a base principal dos cuidados e da atenção ao idoso com demência, é preciso considerar que, muitas vezes, os cuidadores familiares, em 90% dos casos filhas e esposas dos pacientes, veem-se sobrecarregados e sem o suporte necessário para promover os cuidados, ações que poderiam ser auxiliadas por mobilizações governamentais e acompanhadas por serviços formais de atenção.

Dentre as preocupações acerca da prevalência da DA no nosso país estão os impactos físicos como, risco de queda e alterações do sono (ESKHOOR et al., 2013). Da mesma forma, há os impactos emocionais e sociais como sentimentos de tristeza, vergonha e medo, além do tratamento discriminatório (ESPINOSA et al., 2021). Dessa forma, representa um problema de saúde pública, pois notou-se o aumento de internações em pacientes portadores dessa patologia, o que acaba por gerar altos custos na área da saúde e custos substanciais tanto para os indivíduos quanto para a sociedade (FETER et al., 2021).

FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Do ponto de vista fisiopatológico, a DA é caracterizada por alterações neuropatológicas como a presença de placas senis formadas por agregados da proteína β -amiloide ($A\beta$) e emaranhados neurofibrilares compostos por proteína tau hiperfosforilada, os quais comprometem a função sináptica e levam à perda neuronal, sobretudo no córtex cerebral e no hipocampo (Brunner; Suddarth, 2015; de Falco et al., 2016).

A DA é uma patologia neurodegenerativa associada à idade, sendo a causa de demência mais comum atualmente e com alta taxa de mortalidade. Apresenta grave comprometimento do Sistema Nervoso Central causando perda neuronal por meio de depósitos de proteína Tau e

Beta Amilóide localizados em áreas específicas do cérebro. Dentre os sintomas ocorrem principalmente distúrbios no comportamento, memória e disfunções na cognição.

Também são observadas alterações bioquímicas, como a redução da atividade da enzima colinacetiltransferase, fundamental para a produção de acetilcolina, neurotransmissor crucial para o processamento da memória. Essas mudanças afetam diversos sistemas de neurotransmissão e contribuem para a progressiva atrofia cerebral (Selkoe; Hardy, 2016).

A doença de Alzheimer é caracterizada patologicamente pelo acúmulo de placas neuríticas anormais e emaranhados neurofibrilares no cérebro. Essas alterações patológicas são acompanhadas por perda de neurônios, particularmente neurônios colinérgicos no prosencéfalo basal e no neocórtex.

Duas hipóteses fisiopatológicas proeminentes foram propostas com base nesses achados patológicos (Breijyeh Z, Karaman R, 2020)

1. **A Hipótese Colinérgica** propõe que os níveis reduzidos de acetilcolina (ACh) no cérebro, resultantes da perda neuronal no Núcleo Basal de Meynert, desempenham um papel significativo no desenvolvimento da DA. Essa hipótese decorre da perda precoce de neurônios colinérgicos na DA, o que destaca a importância da ACh nos processos cognitivos. Acredita-se que o beta-amiloide afete negativamente a função colinérgica, causando perda sináptica colinérgica e comprometimento da liberação de ACh. Os anticolinérgicos também afetam negativamente a memória em pacientes idosos, clinicamente. (Hampel; H, et al., 2018)
2. **A Hipótese Amiloide** é atualmente o mecanismo fisiopatológico mais amplamente aceito para a DA, especialmente em casos de DA hereditária. A hipótese amiloide sugere que o peptídeo beta amiloide ($A\beta$) é derivado da proteína precursora do amiloide (APP) por meio das ações das enzimas β e γ -secretase. Normalmente, a APP é clivada pela alfa ou beta-secretase, e os pequenos fragmentos formados por elas não são tóxicos para os neurônios — no entanto, a clivagem sequencial pela beta e, em seguida, pela gama-secretase resulta em peptídeos de 42 aminoácidos ($A\beta_{42}$). A elevação dos níveis de $A\beta_{42}$ leva à agregação do amiloide, o que causa toxicidade neuronal. O $A\beta_{42}$ favorece a formação de proteína amiloide fibrilar agregada em detrimento da degradação normal da APP. (Paroni; G et al., 2019)

ESTAGIOS CLÍNICOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

A DA apresenta uma progressão em três estágios: leve, moderado e severo. No estágio leve, observa-se esquecimento de eventos recentes, dificuldade de concentração e mudanças de humor. No estágio moderado, ocorre acentuada perda de memória, prejuízo nas atividades instrumentais da vida diária e dependência crescente (Terra; Gomes, 2015). Já no estágio severo, há perda completa da autonomia, sendo necessária assistência integral para alimentação, higiene e mobilidade.

No estágio inicial do Alzheimer, a pessoa pode viver de forma independente. Ela ainda pode dirigir, trabalhar e participar de atividades sociais. Apesar disso, a pessoa pode sentir como se estivesse tendo lapsos de memória, como esquecer palavras familiares ou a localização de objetos do cotidiano.

Durante o estágio intermediário do Alzheimer, os sintomas de demência são mais pronunciados. A pessoa pode confundir palavras, ficar frustrada ou irritada e agir de maneiras inesperadas, como recusar-se a tomar banho. Danos às células nervosas do cérebro também podem dificultar a expressão de pensamentos e a realização de tarefas rotineiras sem assistência.

No estágio final da doença, os sintomas da demência são graves. Os indivíduos perdem a capacidade de responder ao ambiente, de manter uma conversa e, eventualmente, de controlar os movimentos. Eles ainda podem dizer palavras ou frases, mas comunicar a dor torna-se difícil. À medida que a memória e as habilidades cognitivas pioram, podem ocorrer mudanças significativas de personalidade e os indivíduos precisam de cuidados intensivos.

Fase	Características Principais	Sintomas Comuns
1. Fase Leve (Inicial)	Início discreto da perda de memória e dificuldade para realizar tarefas cotidianas.	• Esquecimento de fatos recentes • Dificuldade para encontrar palavras • Mudanças de humor leves

			• Perda do interesse em atividades habituais
2.	Fase (Intermediária)	Moderada	Os sintomas tornam-se mais evidentes e o paciente começa a necessitar de ajuda para atividades diárias. • Confusão mental mais frequente • Dificuldade para reconhecer pessoas próximas • Desorientação no tempo e espaço • Alterações de comportamento (agitação, irritabilidade) • Problemas para realizar tarefas simples
3.	Fase Grave (Avançada)		Comprometimento severo das funções cognitivas e motoras. O paciente depende totalmente de cuidadores. • Perda quase total da memória • Dificuldade para falar e compreender • Incontinência urinária e fecal • Dificuldade para andar e engolir • Apatia e imobilidade progressiva

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a), 2025.

TRATAMENTOS CONVENCIONAIS DISPONÍVEIS

Historicamente, os fármacos disponíveis para o tratamento da Doença de Alzheimer (DA), como os inibidores da acetilcolinesterase, donepezila, galantamina e rivastigmina, e o antagonista do receptor NMDA, memantina, restringiam-se ao alívio sintomático, com benefícios modestos sobre a cognição e o comportamento dos pacientes (Querfurth; Laferla, 2010). Entretanto, o

cenário terapêutico tem se transformado com o advento das terapias modificadoras da doença (disease-modifying therapies–DMTs), que visam interferir nos mecanismos fisiopatológicos subjacentes à neurodegeneração.

Grandes esforços têm sido realizados para a compreensão e tratamento da doença de Alzheimer; entretanto, a terapia atual está longe de ser satisfatória. De fato, embora o tratamento realizado através da administração de inibidores da enzima acetilcolinesterase (AChE) tenha consistentemente demonstrado eficácia sintomática e redução na progressão da patologia, esses medicamentos produziram algum tipo de melhora em aproximadamente 30-40% dos pacientes portadores da doença de Alzheimer leve a moderada.

Entre essas novas abordagens, destaca-se a classe dos anticorpos monoclonais dirigidos contra o beta-amiloide, como o aducanumabe e o lecanemabe. Embora tais agentes tenham gerado debates quanto à eficácia clínica e ao perfil de segurança, representam um novo paradigma terapêutico ao priorizarem a modulação dos processos patológicos centrais da DA (Cummings, 2021).

Os tratamentos farmacológicos atuais da DA baseiam-se principalmente em quatro fármacos: donepezila, rivastigmina, galantamina (inibidores da acetilcolinesterase) e memantina (antagonista do receptor NMDA), os quais apenas retardam o declínio funcional, sem reverter a neurodegeneração (Dias et al., 2015). Medidas não farmacológicas, como dieta balanceada e exercícios físicos, também são recomendadas (Remor, 2020).

Entretanto, os resultados limitados dessas abordagens têm incentivado a busca por terapias alternativas, como a utilização de compostos da *Cannabis sativa*, especialmente o canabidiol (CBD), substância com propriedades anti-inflamatórias, antioxidantes e ansiolíticas (Fiocruz, 2022; Watt, 2017).

Segundo (Pessoa, Lira e Siqueira 2021), atualmente no mercado farmacêutico os medicamentos indicados a base de Cannabis sativa estão relacionados ao tratamento da dor, atuam diretamente no sistema nervoso, levando ao relaxamento dos músculos e alívio da rigidez e dor muscular. Ressalta-se que nos últimos anos, com o avanço industrial tecnológico, a indústria farmacêutica tem dado cada vez mais atenção ao desenvolvimento de produtos contendo derivados da cannabis.

A CANNABIS COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA NA DA

O uso medicinal da cannabis tem raízes antigas, remontando à China antiga, onde era utilizada para dores reumáticas, malária e distúrbios menstruais (Grosso, 2020). Atualmente, diversas pesquisas têm explorado os efeitos neuroprotetores de seus principais canabinóides, o tetrahidrocanabinol (THC) e o canabidiol (CBD), no sistema nervoso central.

Estudos indicam que o CBD, por ser um fitocanabinoide não psicoativo, pode reduzir sintomas comportamentais como agitação, insônia e ansiedade em pacientes com Alzheimer (Carvalho et al., 2020; Lim et al., 2021). Além disso, há indícios de que o CBD atue na modulação da inflamação neuroglial e no estresse oxidativo, contribuindo para a neuroproteção (Lima et al., 2023).

O canabidiol demonstrou resultados significativos na redução ou remoção no impacto da inflamação, acúmulo de oxigênio e declínio das células cerebrais. As células cerebrais dos pacientes com Alzheimer, geralmente mostram um caminho de rápido declínio e destruição. Contudo, a capacidade do canabidiol minimizar as alterações causadas pela doença, com práticas laboratoriais que quando aplicadas podem reverter e/ou impedir a progressão dos sintomas. (Apud, Barbosa et al., 2020)

No Brasil, a regulamentação do uso medicinal da cannabis avançou com a Resolução da ANVISA n.º 327/2019, que autorizou a prescrição de medicamentos à base de cannabis, como o RSHO, rico em CBD. Apesar disso, os altos custos e a falta de ampla cobertura pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ainda são entraves significativos para a adesão (Sincofarma, 2020).

A doença de Alzheimer está associada a características dos canabinóides como o stress oxidativo, neuroinflamação, excitotoxicidade e, as propriedades antiinflamatórias, por isso têm sido pesquisados com a intenção de analisar se estes compostos obtêm ações neuroprotetoras, permitindo assim uma diminuição dos sintomas, e também do progredimento da doença. É possível verificar nos pacientes que sofrem desta doença que os receptores canabinóides presentes na microglia oferecem um aumento da sua expressão, enquanto nos gânglios da base a expressão dos receptores CB1 é diminuída. Sendo assim, alguns canabinóides podem ter a competência de proteger as células neuronais dos efeitos alterados pelos mecanismos envolventes na doença (Pinto et al., 2021, p. 74).

CONSIDERAÇÕES SOBRE SEGURANÇA E EFICÁCIA DO CBD

Nos últimos anos, um número crescente de estudos metodologicamente qualificados têm explorado o potencial terapêutico do canabidiol na Doença de Alzheimer. Mais de 100 pesquisas já investigaram diretamente os efeitos do sistema endocanabinoide e dos derivados canabinoides no contexto da DA, com ênfase em mecanismos moleculares e possíveis abordagens terapêuticas.

Embora promissoras, as evidências sobre a eficácia da cannabis ainda demandam cautela. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) emitiu nota técnica em 2019 recomendando prudência quanto ao uso do CBD em pacientes com Alzheimer, sobretudo pela escassez de ensaios clínicos de longo prazo com populações vulneráveis (Sbogg, 2019).

Adicionalmente, efeitos colaterais como sonolência, náuseas e tonturas são relatados, ainda que em menor frequência comparado ao THC (Watt, 2017). Assim, o uso terapêutico da cannabis requer monitoramento médico constante, individualização da dosagem e integração com abordagens multidisciplinares de cuidado.

A cannabis sativa é uma planta que contém mais de 400 compostos ativos e tem mostrado potencial no tratamento de diversas doenças, incluindo o Alzheimer. Embora os medicamentos atualmente disponíveis ajudem a reduzir os sintomas da doença, eles não conseguem parar sua progressão, que tende a se tornar mais severa ao longo do tempo. Além disso, os tratamentos convencionais muitas vezes causam efeitos colaterais significativos, que podem não justificar os riscos envolvidos.

A principal vantagem do uso da cannabis está na sua capacidade de atuar diretamente nas áreas afetadas pela doença, apresentando efeitos colaterais mínimos, conforme demonstrado em alguns estudos de revisão. Ela tem mostrado reduzir a inflamação no sistema nervoso central e combater o estresse oxidativo. Os estudos em animais indicam resultados promissores na prevenção da neurodegeneração, mas é fundamental a realização de mais testes, principalmente em humanos.

Diante do crescente impacto global da doença e das limitações dos tratamentos convencionais, o CBD oferece uma nova perspectiva, contribuindo para o avanço de estratégias mais eficazes no combate a essa desafiadora condição neurodegenerativa.

RESULTADOS

A presente revisão bibliográfica resultou em uma amostra composta por cinco artigos científicos, selecionados com base nos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

A Tabela 1 sintetiza as informações mais relevantes dos estudos, incluindo título, ano, autores, objetivos e principais achados.

Título	Ano	Autores	Objetivos	Principais achados
O uso terapêutico da Cannabis na Doença de Alzheimer	2017	Watt, G.	Investigar propriedades do CBD no tratamento de doenças neurodegenerativas	O CBD apresentou propriedades neuroprotetoras, anti-inflamatórias e antioxidantes <i>in vitro</i> .
Avaliação do uso do canabidiol em pacientes com Alzheimer: revisão sistemática	2020	Carvalho et al.	Analisar o impacto do canabidiol na cognição e sintomas comportamentais	O CBD demonstrou eficácia no controle de sintomas como agressividade, distúrbios do sono e ansiedade.
Perspectivas da Cannabis medicinal no tratamento de doenças neurológicas	2021	Lim et al.	Avaliar a eficácia dos canabinoides em distúrbios neurológicos	Mais de 60 canabinoides ativos foram identificados; o CBD possui perfil de segurança mais favorável que o THC.
Panorama atual da regulamentação do uso de Cannabis medicinal no Brasil	2020	Sincofarma	Apresentar a evolução das políticas públicas brasileiras sobre o uso medicinal da cannabis	A ANVISA autorizou o uso do óleo de cânhamo rico em CBD no tratamento da DA, com prescrição médica.
Aspectos sociais e clínicos da Doença de Alzheimer no Brasil	2016	Ferreira, G.	Analisar os impactos sociais e fisiopatológicos da DA	A degeneração neuronal e a falta de conhecimento agravam o ônus psicossocial e econômico sobre pacientes e famílias.

Fonte: Elaborado pelo(a) autor(a), 2025.

DISCUSSÃO

A análise dos estudos selecionados revela evidências crescentes acerca do potencial terapêutico do canabidiol (CBD) no tratamento da Doença de Alzheimer (DA). As pesquisas destacam, de forma consistente, as propriedades neuroprotetoras, anti-inflamatórias e

antioxidantes do CBD, com efeitos positivos sobre sintomas comportamentais como agitação, insônia, agressividade e ansiedade (Watt, 2017; Carvalho et al., 2020).

O consenso científico aponta para a superioridade do CBD em relação ao THC no contexto da DA, sobretudo pela ausência de efeitos psicoativos e pelo menor risco de reações adversas graves (Lim et al., 2021). Contudo, ainda se observa na literatura a necessidade de ensaios clínicos randomizados, com amostras maiores e maior tempo de seguimento, para consolidar a eficácia e a segurança do uso prolongado do CBD.

Do ponto de vista regulatório, destaca-se o avanço da ANVISA com a Resolução n.º 327/2019, que possibilitou o uso medicinal da cannabis sob prescrição. Ainda assim, barreiras econômicas e políticas continuam a limitar o acesso, sobretudo devido ao alto custo dos medicamentos e à ausência de cobertura pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Sincofarma, 2020).

Além disso, o estigma social relacionado ao uso da cannabis — mesmo em contextos médicos — ainda influencia negativamente a adesão por parte de familiares, pacientes e profissionais de saúde (Ferreira, 2016; Fiocruz, 2022). Isso reforça a importância da educação em saúde e da divulgação científica qualificada para combater o preconceito e ampliar o acesso à terapêutica.

A presente revisão também evidencia a escassez de estudos nacionais sobre o tema. Grande parte das pesquisas são oriundas de centros internacionais, o que limita a aplicabilidade direta em contextos brasileiros. Assim, recomenda-se o investimento em pesquisas multicêntricas nacionais, com foco nos aspectos clínicos, econômicos, sociais e éticos do uso da cannabis em doenças neurodegenerativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão realizada aponta que a *Cannabis sativa*, especialmente seu derivado canabidiol (CBD), representa uma alternativa terapêutica promissora no manejo sintomático da Doença de Alzheimer. Embora não ofereça cura, seus efeitos neuroprotetores, anti-inflamatórios e comportamentais contribuem para o retardamento da progressão da doença e para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Contudo, ressalta-se que o uso do CBD deve ocorrer de forma criteriosa, com acompanhamento clínico, individualização terapêutica e fundamentação científica. A incorporação dessa abordagem no Brasil requer a ampliação da base de evidências nacionais, formação de profissionais e formulação de políticas públicas que garantam acesso equitativo e seguro.

Por fim, a superação de barreiras culturais e regulatórias é essencial para que os avanços terapêuticos possam alcançar, de forma concreta, a população que convive com essa enfermidade incapacitante e progressiva.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 327, de 9 de dezembro de 2019*. Dispõe sobre os procedimentos para a concessão de Autorização Sanitária para fabricação e importação, prescrição, dispensação e monitoramento de produtos de cannabis para fins medicinais. Brasília: Anvisa, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-327-de-9-de-dezembro-de-2019-232669073>. Acesso em: 18 ago. 2025.
- Brunner; Suddarth. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- Carvalho, A. M. et al. Avaliação do uso do canabidiol em pacientes com Alzheimer: revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Atual In Derme*, v. 94, n. 30, p. 1-8, 2020.
- Centro De Informação Sobre Psicoativos (CIP Brasil). *Cannabis e Alzheimer: revisão científica sobre os efeitos neuroprotetores da Cannabis*. São Paulo: CIP, 2016.
- De Falco, F. A. F. et al. Proteína beta-amiloide na doença de Alzheimer: implicações fisiopatológicas e terapêuticas. *Revista Neurociências*, v. 24, n. 1, p. 1-10, 2016.
- Fiocruz. *Cannabis medicinal: evidências e aplicações clínicas*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/cannabis-medicinal-evidencias-e-aplicacoes-clinicas>. Acesso em: 18 ago. 2025.
- Ferreira, G. Aspectos sociais e clínicos da Doença de Alzheimer no Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, n. 4, p. 643-657, 2016.
- Gil, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- Grosso, C. E. *Cannabis medicinal: farmacologia, terapêutica e legislação*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2020.
- Hayashi, M. C. P. I. et al. Demência e Doença de Alzheimer: implicações para o cuidado em saúde pública. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 23, n. 1, p. 69-85, 2020.
- Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). *Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv54598.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2025.
- Laginestra, A. et al. Alzheimer: dados epidemiológicos e perspectivas de tratamento. *Revista Saúde em Debate*, v. 45, n. 130, p. 32-45, 2021.
- Lim, K. et al. Perspectivas da Cannabis medicinal no tratamento de doenças neurológicas. *Journal of Neurology and Neurophysiology*, v. 12, n. 3, p. 1-7, 2021.
- Lima, P. R. et al. Efeitos neuroprotetores do canabidiol em doenças neurodegenerativas: uma revisão integrativa. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, v. 21, n. 1, p. 50-58, 2023.

Macedo, M. M. *Como elaborar projetos de pesquisa*. Petrópolis: Vozes, 1994.

Organização Mundial Da Saúde (OMS). *Relatório mundial sobre envelhecimento e saúde*. Genebra: WHO, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>. Acesso em: 18 ago. 2025.

Remor, T. O. Abordagens farmacológicas e não farmacológicas na Doença de Alzheimer. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 2, p. 104-111, 2020.

Sayeg, C. A. Envelhecimento populacional e doenças neurodegenerativas: um desafio para o Brasil. *Revista de Saúde Pública de São Paulo*, v. 54, p. 1-8, 2020.

Selkoe, D. J.; Hardy, J. A beta-hypothesis: progress and problems on the road to therapeutics. *Science*, v. 297, p. 353-356, 2016.

SBGG – Sociedade Brasileira De Geriatria E Gerontologia. *Nota científica sobre o uso do canabidiol em pacientes com Alzheimer*. São Paulo: SBGG, 2019. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Nota-Cient%C3%ADfica-CBD-Alzheimer-SBGG.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2025.

Sincofarma. *CBD autorizado no Brasil: entenda a decisão da Anvisa*. São Paulo: Sindicato do Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.sincofarma.org.br/noticia/anvisa-libera-primeiro-produto-a-base-de-cannabis-no-brasil>. Acesso em: 18 ago. 2025.

Terra, N. L. M.; GOMES, C. R. Doença de Alzheimer: fases e cuidados de enfermagem. *Revista Enfermagem Atual*, v. 74, p. 42-49, 2015.

Watt, G. Cannabis e neuroproteção: potencial terapêutico do canabidiol. *Journal of Neuroscience Research*, v. 95, n. 8, p. 1718-1725, 2017

Spezzia S. Aplicabilidade terapêutica da cannabis medicinal para tratamento da doença de Alzheimer. *Rev Ciênc Med*. 2023;32:e 5582

De Sousa, Priscila Ferreira et al. O potencial terapêutico do Cannabidiol na doença de Alzheimer. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 23, n. 3, 2023, p. e12639- e12639