

CANABIDIOL NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS COM AUTISMO

David Lopes Ribeiro Nascimento¹, Laysla Neves Coelho Pereira¹, Rayna Honório Ferreira.¹, Israel Rocha Dias²

1. Acadêmicos do curso de Pedagogia
2. Doutor e Mestre em Educação pelo PPGE/CE/UFES – Professor Multivix – Cariacica.

RESUMO

O presente trabalho intitulado “Canabidiol no processo de desenvolvimento de pessoas com autismo” tem como objetivo geral trazer informações acerca do tema supracitado, analisando o aspecto histórico do uso da *cannabis* para fins medicinais, mas especificadamente: falar em que e como age no organismo da pessoa com autismo quando é feito o tratamento com o óleo que é extraído da planta e como ela chegou ao Brasil. Para alcançar os objetivos propostos, utilizamos como metodologia de pesquisa a pesquisa bibliográfica, onde realizamos uma revisão de literatura acerca do tema, diante disso, a literatura encontrada nos revelou que, com a utilização desse remédio, apesar de não ser de fácil acesso, quando utilizado no tratamento, de maneira responsável, proporciona uma melhora significativa na pessoa com autismo, levando em conta que apesar dos efeitos variarem de pessoa para pessoa, ocorre uma diminuição, por exemplo, na ansiedade, pois contém ansiolítico, diminuindo assim, a agressividade, a insônia e irritabilidade da pessoa com autismo.

Palavras-chave: *Cannabis sativa*. Canabidiol. Canabinóides. Autismo.

INTRODUÇÃO

A pesquisa intitulada “Canabidiol no processo de desenvolvimento de pessoas com autismo” teve como objetivo geral, revisar a literatura sobre o uso medicinal da *Cannabis sativa* com a finalidade de esclarecer os benefícios do seu uso, no intuito de reduzir a barreira da falta de informação que existe sobre a planta. Como objetivos específicos, queremos:

- a) trazer diversas informações sobre o autismo e sua definição.
- b) identificar o espectro autista na criança e trabalhar seu desenvolvimento.
- c) conhecer a *cannabis sativa* e o uso dela como apoio na diminuição das diversas dificuldades que as pessoas com autismo possuem.

Para realização desse trabalho, utilizamos como metodologia, a pesquisa bibliográfica, onde realizamos uma revisão de literatura que visa alcançar os objetivos específicos e o geral deste artigo. Para isso, foi utilizado pesquisa em

livros, o *Google Acadêmico* e o *SciELO*, encontrando assim, diversos artigos para realizar a revisão de literatura.

A revisão de literatura ou revisão bibliográfica teria então dois propósitos: a construção de uma contextualização para o problema e a análise das possibilidades presentes na literatura consultada para a concepção do referencial teórico da pesquisa. (ALVES-MAZZOTTI, 2002)

Portanto, nesse tipo de produção, o material coletado pelo levantamento bibliográfico é organizado por procedência, ou seja, fontes científicas (artigos, teses, dissertações) e fontes de divulgação de ideias (revistas, sites, vídeos etc.)

Em suma, apesar de estudos pré-clínicos e também clínicos apontarem que é possível obter efeitos terapêuticos com as substâncias presentes na *Cannabis*, como o canabidiol, a maconha é vista como uma droga ilegal no Brasil, porém, foi retirado da lista de substâncias proscritas e o Conselho Federal de Medicina autorizou seu uso com receita médica para pacientes que não se adaptam ou não respondem aos tratamentos ditos mais comuns, surgem então alguns questionamentos:

- O que é a *Cannabis sativa*?
- Pode ser usada como remédio, ela então auxilia algum problema ou doença, se sim, como?
- Em que situações podem ser feito o uso do Canabidiol?
- O Transtorno do Espectro Autista apresenta quantas dificuldades de desenvolvimento?
- Como o canabidiol pode ajudar nas dificuldades da pessoa com autismo?

Portando, justificamos a escolha do tema com o intuito não só de informar sobre dois assuntos importantes, que é o do espectro autista, mas também sobre como uma planta que é extremamente estigmatizada por seu uso no preparo de drogas ilícitas pode e muito colaborar com as dificuldades da pessoa com autismo, sendo levantado então, vários artigos sobre o presente tema, ressaltando avanços significativos nas pessoas que usam esses compostos químicos orgânicos da *cannabis* que ativam efeitos no cérebro humano, sendo

eles, canabinóides, tratando inúmeras pessoas com sintomas associados ao Transtorno do Espectro do Autismo.

O tema é atual, trazendo no domínio público o embate de valores tornando necessário um aprofundamento teórico maior em conjunto de pesquisas que permitam entender como a maconha foi e vem sendo construído, ocasionando o impacto sobre a política de enfrentamento às drogas e políticas de saúde, interferindo em um todo sobre os benefícios que a planta traz.

Ficou perceptível a curiosidade pelo assunto durante as pesquisas científicas, o que fortaleceram os avanços, onde permitiram com que os responsáveis da escrita dessa monografia se aprofundassem nos estudos relacionados.

DESENVOLVIMENTO

AUTISMO: UMA BREVE INTRODUÇÃO

Em conformidade com Marinho e Merkle (2009) a definição do Autismo começou na primeira descrição que Leo Kanner trouxe, em 1943, no artigo intitulado Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo. Marinho e Merkle (2009, p. 6.086) alegam,

Kanner (1943) ressalta que o sintoma fundamental, “o isolamento autístico”, estava presente na criança desde o início da vida sugerindo que se tratava então de um distúrbio inato. Nela, descreveu os casos de onze crianças que tinham em comum um isolamento extremo desde o início da vida e um anseio obsessivo pela preservação da rotina, denominando-as de “autistas”.

Assim, Hans Asperger (1944) ampliou as descrições e características que foram realizadas por Kanner (1943), acrescentando casos de comprometimento orgânico. Bosa (2002, p. 25) explica que Hans destacou,

A questão da dificuldade das crianças que observava em fixar o olhar durante situações sociais, mas também fez ressalvas quanto a presença de olhar periférico breve; chamou a atenção para as peculiaridades dos gestos – carentes de significados e caracterizados por estereotípias – e da fala, a qual podia apresentar-se sem problemas de gramática e com vocabulário variado, porém monótona.

Para tanto, Bosa (2002, p. 25) mostra que Asperger “não ressaltou tanto o extremo retraimento social, tal qual Kanner fizera, porém a maneira ingênua e imprópria de aproximar-se das pessoas. Observou ainda, as dificuldades dos

pais em averiguar comprometimentos nos três primeiros anos da vida da criança”.

Diante disso, mesmo a transtorno retratada por Asperger (1944) fosse diferente a de Kanner (1943), havia semelhança em alguns aspectos como, dificuldades no “relacionamento interpessoal e na comunicação”, por exemplo.

Por fim, Kanner e Asperger se apropriaram do termo autismo. No início, Kanner chamou de distúrbio autístico do contato afetivo, e Asperger usou o termo, psicopatia autístico. Porém, depois Kanner trocou o termo distúrbio autístico para autismo infantil precoce para caracterizar a natureza do comprometimento.

Quanto ao termo usado por Kanner e Asperger, Bosa (2002, p. 26) esclarece:

Tanto Kanner quanto Asperger empregaram o termo para chamar a atenção sobre a qualidade do comportamento social que perpassa a simples questão do isolamento físico, timidez ou rejeição do contato humano, mas caracteriza-se, sobretudo, pela dificuldade em manter contato afetivo com outros de modo espontâneo e recíproco.

Nesse sentido, é possível identificar crianças com autismo nos primeiros anos de vida. Nessa fase, os sinais mais importantes são: pobre contato visual, ausência do balbúcio, pouco ou nenhum desenvolvimento de gestos sociais, não pedir colo e não responder pelo nome. Os pais costumam estranhar quando as crianças apresentam pouco interesse por compartilhar objetos e quando ignoram as chamadas para alguma atividade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

É comum, ainda, que as crianças tenham problemas para dormir e se alimentar, pois acordam muitas vezes e costumam ser seletivas para determinados alimentos. Podem ter medos excessivos de determinados lugares, barulhos, estímulos e excessiva preferência por alguns objetos, cores, texturas ou jogos.

Além disso, podem demorar a engatinhar (ou nunca vir a engatinhar), andar, falar e, em alguns casos, apresentam regressão de fala entre 1 ano e 2

anos e meio de vida – este sinal é muito valioso e específico para pensar na possibilidade de autismo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Portanto, é importante destacar que as manifestações do transtorno também variam muito, dependendo da gravidade da condição do autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica, daí o uso do termo espectro. O transtorno do espectro autista engloba transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Diante do que foi exposto, déficits verbais e não verbais na comunicação social têm manifestações variadas dependendo da idade, do nível intelectual e da capacidade linguística do indivíduo, bem como de outros fatores como história de tratamento e apoio atual. Muitos indivíduos apresentam déficits de linguagem, os quais variam desde ausência total da fala, passando por atrasos na linguagem, compreensão reduzida da fala e fala em eco até linguagem explicitamente lateral ou afetada. Mesmo quando habilidades linguísticas formais estão intactas, o uso da linguagem para comunicação social recíproca está prejudicada no transtorno do espectro autista (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

As crianças com transtorno do espectro autista apresentam déficits para desenvolver, manter e compreender as relações, conforme os padrões relativos à idade, gênero e cultura. Pode haver interesse social ausente, reduzido ou atípico, manifestações por rejeição de outros e passividade ou abordagens inadequadas que parecem agressivas ou disruptivas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Em suma, desde quando observado os primeiros sinais na criança, é importante que a família esteja unida nessa situação e procure se informar à respeito do Transtorno do Espectro do Autismo, juntamente com toda equipe profissional da área, que analisará quais são as dificuldades da criança de uma forma particular, e traçará objetivos para que a criança avance, sempre ressaltando a importância da família nesse momento.

HISTÓRIA DA *CANNABIS SATIVA*

Há dois mil e quinhentos anos antes de Cristo as primeiras evidências do uso da *Cannabis sativa* começaram a aparecer na Ásia, onde possivelmente era cultivada e utilizada como um recurso terapêutico por curandeiros ancestrais (PAMPLONA, 2014).

Assim, *Canabinaceae* é o nome da família em que a *Cannabis sativa* e a *indica* fazem parte sendo elas, duas espécies da planta, onde a cannabis é a mais conhecida e com estudos avançados para a utilização de tratamentos para diversas patologias (VOZ, 2008).

De acordo com Barreto (2002), a *Cannabis sativa* era utilizada não só como remédio, como também, as suas fibras eram utilizadas para fabricação de papéis e cordas, onde seu óleo era extraído para ser utilizado principalmente na fabricação de roupas e lubrificação.

Diversas culturas pelo mundo usavam a *Cannabis sativa* como medicamento. Dois mil e quinhentos anos antes de Cristo, na Índia, a *C. sativa* tinha também como utilidade acalmar. (NETO, 2005).

Segundo Mota (2009), é um fato recorrente em toda a história da humanidade a questão do uso de substâncias psicoativas, estando relacionados principalmente a fins alimentares, medicinais, ritualísticos e recreativos.

Para Lopes (2014, p. 38), por volta de 3.000 a.C., “os egípcios relataram em seu pergaminho as várias finalidades medicinais para as quais o seu povo utilizava a planta, como no auxílio do parto, como antisséptico, e vários outros”. Na mais antiga tradição farmacêutica, para os chineses, segundo ainda o autor supracitado, a planta era utilizada como auxiliadora no tratamento das dores reumáticas, da malária, das cólicas ou incômodos menstruais, e poderia servir como anestésico em procedimentos cirúrgicos se misturassem ao vinho.

Consagrada como a planta sagrada da região Hindu, na Índia, era utilizada como: “contra dores, espasmos e convulsões do tétano e da epilepsia ou para o aumento da coragem, do regozijo e da libido” (MALCHER, 2014, p.38-39).

Foi só a partir do século XIX, quando o médico irlandês William Brooke O'Shaughnessy chegou à Índia, que a Europa teve acesso às “propriedades de alívio multissintomático sendo capazes de reduzir dores severas, febre, inflamação, náuseas, vômitos, tremores, espasmos e convulsões. (MALCHER 2014, p. 38-39).

A *Cannabis sativa* foi colocada como um dos principais princípios farmacêuticos, produzindo xaropes, assim que O'Shaughnessy voltou à Europa realizando estudos sobre o mesmo. Segundo o autor supracitado, para tratar, *delirium tremens*, (abstinência de álcool), dores severas (enxaqueca, dor de dente, nevralgia, câncer, entre outros), artrite, reumatismos, gota, epilepsia, cólicas menstruais, TPM, depressão, náuseas, febre, resfriados e muitos outros males.

A CANNABIS SATIVA NO BRASIL

A entrada da *Cannabis sativa* no Brasil se deu pelos escravos africanos na época da descoberta, por volta do ano de 1500, e seu uso era apenas para fins recreativos, uma vez que se desconhecia seu potencial terapêutico. A planta era conhecida pelos escravos como cânhamo da Índia. O surgimento do nome “maconha” se deu por meio do anagrama “cânhamo” onde há todas as letras para a formação da palavra maconha (CARLINI, 2006).

Ainda de acordo com a autora, há registros de seu uso medicinal no Brasil, no ano de 1888, no tratamento de asma e bronquite em crianças. O uso dessa planta veio a ser proibido no Brasil na década de 30 através da aprovação da Lei Nº 891/38 por reflexos de ações que vinham sendo tomadas na Europa e Estados Unidos, fazendo com que em 1940, fosse considerada, em todo o mundo, substância proscrita, ou seja, proibida, dificultando não só a utilização, como também e principalmente, o desenvolvimento de pesquisas.

Para Carlini (2006), a demonização da maconha no Brasil se deu início na década de 1920. A perseguição policial ficou mais ativa a partir da década de 30. “A proibição total do plantio, cultura, colheita e exploração por particulares da maconha, em todo território nacional, ocorreu em 25/11/1938 pelo Decreto-Lei nº 891 do Governo Federal” (FONSECA, 1980 apud CARLINI, 2006).

Segundo Cardoso (1994), o maior fator impulsionador não só da criminalização, mas principalmente da manutenção da *Cannabis sativa*, foi o preconceito à cultura preta e mestiça que há no Brasil, maior usuária e, conseqüentemente com a proibição, acaba sendo a mais punida e marginalizada.

E que na década de 1930, os Estados Unidos aumentaram os investimentos em campanhas de repressão ao uso da maconha, sendo assim, isso foi repercutido no Brasil de forma que apareceu vários estudos médicos reforçando a ideia de que a maconha é “vício de negro”, como também apontando efeitos do tipo: agressividade, violência, delírios furiosos, loucura, taras degenerativas, degradação física, transmitindo uma imagem aterrorizante da maconha. (GONTIÈS E ARAÚJO, 2003, p.58)

Logo após desmascaram esse fato, foram expostas as reais descobertas das funções dos mais de 400 componentes químicos, segundo Ribeiro (2017), entre eles, o Canabidiol que pode ser identificado pela sigla CBD, que representa aproximadamente 40% dos Canabinóides. Foi comprovado então, por diversos estudos científicos que foram realizados mesmo contra a maré criminalizante, a cannabis mostrou não possuir efeitos alucinógenos e toxinas, o que impulsionou a possibilidade de sua aceitação de certa forma por uma parte da sociedade.

Além do canabidiol não ser intoxicante, ele também não é capaz de causar dependência, além de apresentar diversos benefícios como efeitos anticonvulsiantes, anti-inflamatório, antipsicóticos, antioxidantes, neuroprotetores, e imuno-moduladores (REPENSE, 2017 a).

Os princípios ativos que são mais abundantes na planta, canabidiol (CBD), composto ansiolítico e tetrahydrocannabinol (THC). Além desses princípios ativos, a planta contém muitos outros Canabinóides (estruturas químicas semelhantes ao canabidiol e tetrahydrocannabinol) e óleos essenciais conhecidos quimicamente por terpenos que tem potenciais terapêuticos. (CARVALHO; BRITO & GANDRA; 2017; GONTIJO, CASTRO, CASTRO PETITO, & PETITO, 2016)

O primeiro estudo a demonstrar o potencial antiepilético do canabidiol foi feito por Elisaldo Carlini em 1973. Desde 2003, há um crescente interesse da comunidade científica pela cannabis, por causa de novas descobertas sobre seus efeitos e da eficácia do seu uso na medicina (ZUARDI, 2008).

No Brasil, o canabidiol ganhou notoriedade no caso da menina Anny, em 2014, sendo a primeira a conseguir a autorização. Seus pais, através da justiça, conseguiram o direito de importa-lo, mesmo sendo proibido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Em janeiro de 2015, a ANVISA mudou a classificação do canabidiol de substância proibida para substância controlada, aprovada por unanimidade, liberando o uso medicinal dessa substância, sendo a primeira vez que o órgão reconhece o efeito terapêutico de uma substância derivada da maconha. No entanto, como os medicamentos à base de canabidiol não são fabricados no Brasil, ainda é preciso da autorização da ANVISA para importa-lo (MAGALHÃES, 2015).

Magalhães (2015) explica que para pedir essa autorização é necessária a prescrição médica da especialidade em neurologia e suas áreas de atuação (neurocirurgia e psiquiatria), e o registro tanto de quem prescreve quanto dos pacientes junto ao Conselho Federal de Medicina (CFM) para que possa ser monitorado os efeitos colaterais. E que para recorrer ao tratamento com o remédio à base de canabidiol, é imprescindível que se esgote todos os tratamentos convencionais da medicina brasileira.

A legislação portanto, permite que o beneficiário que tiver a prescrição médica, laudo e declaração de responsabilidade assinada pelo médico e por ele, fará de maneira legal a aquisição de seus produtos derivados (ANVISA, 2015).

Pelo alto custo vinculado a importação da *Cannabis sativa*, muitas famílias não conseguem realizar o tratamento. As associações canábicas tem o intuito de facilitar e legalizar essa prática, apoiando então, o plantio para fins não só medicinais como também científicos, Carvalho et. al. (2017).

A Associação Brasileira de Apoio Cannabis Esperança (ABRACE) é uma corporação sem fins lucrativos, localizada no Brasil, no estado da Paraíba, que tem como objetivo não só apoiar as famílias que necessitam do tratamento com

a *Cannabis sativa*, mas também, permite a realização de pesquisas com os pacientes que utilizam o extrato como uma alternativa de tratamento.

CANABIDIOL NO TRATAMENTO DE PESSOAS COM AUTISMO

Um grande avanço nessa área está sendo alcançado e utilizado no estado de Pernambuco onde foi criada a Associação Cannábica de Pernambuco (CANNAPE), que assim como a ABRACE, enxerga na *Cannabis sativa* uma chance de tratamento para as pessoas que necessitam, incluindo também, uma grande quantidade de crianças que estão dentro do Espectro do Autismo que fazem o uso do óleo extraído da planta que contém o canabidiol.

Segundo Fernandes (2019), tem sido cada vez mais frequente o uso do Canabidiol no tratamento de pessoas com autismo quando apresentada por elas sintomas associados a ansiedade, irritabilidade, insônia e agressividade, desde que foram comprovados os benefícios do uso da cannabis medicinal no alívio desses sintomas. Desde então, ao redor do mundo se espalham relatos positivos quanto aos benefícios da planta em relação ao comportamento, funcionalidade e qualidade de vida em pacientes com o Transtorno do Espectro do Autismo.

Fernandes (2019) mostra um estudo da conceituada revista científica *Nature* que foi divulgado falando sobre a “Experiência da vida real no tratamento do autismo com cannabis medicinal: análise da segurança e eficácia”, relatando dados coletados e analisados que foram dados em 188 pacientes com o Transtorno do Espectro do Autismo que realizaram o tratamento com a Cannabis sativa entre os anos de 2015 e 2017, aonde alguns pacientes apresentavam comorbidades associadas, sendo epilepsia e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade como as mais prevalentes.

Na maioria dos pacientes, o tratamento foi baseado no uso de óleo de cannabis contendo 30% de canabidiol e 1,5% de tetrahydrocannabinol (proporção de 20 canabidiol para 1 tetrahydrocannabinol).

Fernandes (2019) diz que, depois de seis meses de tratamento, 30,1% dos pacientes relataram melhora significativa dos sintomas; 53,7% relataram resposta moderada; 6,4% relataram melhora discreta; e 8,6% não relataram melhora alguma. Ademais, melhora ou desaparecimento de sintomas como

inquietação, ataques de raiva, agitação, problemas do sono, ansiedade, constipação e problemas na digestão foram relatado em 75% dos pacientes ou mais.

A mesma eficácia não foi observada na melhora ou desaparecimento de distúrbios da fala, déficits cognitivos, incontinência, mobilidade limitada, apetite aumentado e falta de apetite. (FERNANDES, 2019)

O autor Fernandes (2019) ressalta também que, efeitos colaterais foram observados por 25,2% dos pacientes, sendo inquietação (6,6%) o mais comum. Salientando então que este foi um estudo realizado sem grupo controle e, portanto, nenhuma causalidade entre a terapia com canabinóides e melhora no bem-estar pode ser estabelecida. Ele também afirma que, o estudo foi baseado em relatos de observação fornecidos pelos pais/cuidadores, além da avaliação ser composta de variáveis subjetivas, como qualidade de vida, humor e efeitos gerais – fatores que podem ser influenciados pela opinião dos pais/cuidadores.

Fernandes (2019) aponta em seus estudos relacionados à *Cannabis sativa* que a Organização Mundial da Saúde (OMS), destacou que o canabidiol é seguro e que o tratamento com a Cannabis medicinal, além de ser seguro, pode melhorar os sintomas comportamentais, funcionalidade e qualidade de vida para as pessoas com autismo. O autor também ressalta que, na medida em que vem aumentando o interesse pela planta e surgindo novas evidências pelo mundo, as prescrições vão aumentando, o que já ocorre por alguns profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das pesquisas realizadas foi possível compreender o que é a *Cannabis sativa*, sendo ela, uma planta que contém a substância CBD, sigla do Canabidiol que é um dos Canabinóides presentes, sendo popularmente conhecida como maconha, auxiliando de maneira significativa no tratamento de pessoas com autismo, quando demonstrado sintomas associados a ansiedade, irritabilidade, insônia e agressividade, dificultando então o desenvolvimento das pessoas com autismo no envolvimento social e aquisição de habilidades de comunicação, questões de atenção e percepção das coisas e acontecimentos

ao seu redor, resolução de problemas sendo eles dos mais simples até os mais complexos do dia a dia, sendo aliviados portanto, pela *Cannabis sativa*, que demonstra seus benefícios através do comportamento, funcionalidade e qualidade de vida das pessoas com autismo.

No Brasil atualmente, dentro de suas leis, é permitido apenas a importação de produtos que são a base de canabidiol, além do restrito plantio que são utilizados para fins medicinais de algumas famílias específicas. Em relação ao alto custo juntamente com a burocracia para obter o documento que permite o plantio e distribuição do óleo de *cannabis sativa*, faz com que seja inviável obter essa aquisição.

Assim, muitas famílias de pessoas com autismo tentam adquirir o óleo extraído da planta através de instituições específicas e legalizadas, que possuem a autorização não só para a produção, como também, a distribuição do produto para quem se associa.

Com isso, foi observado em inúmeros artigos pesquisados sobre o tema, os avanços significativos em pessoas que fazem o uso desses canabinóides (compostos químicos orgânicos da cannabis que ativam efeitos no cérebro humano) como tratamento de sintomas associados ao Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) através da Revisão de Literatura.

Ficou perceptível a curiosidade pelo assunto durante as pesquisas científicas, o que fortaleceram os avanços, onde permitiram com que os responsáveis da escrita dessa monografia se aprofundassem nos estudos relacionados.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J. **A “revisão bibliográfica” em teses e dissertações: meus tipos inesquecíveis – o retorno.** In: BIANCHETTI, L.; MACHADO, A. M. N. (Org.). *A bússola do escrever: desafios e estratégias na orientação de teses e dissertações.* São Paulo: Cortez, 2002. p. 25-44

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA]. (2015). Resolução RDC n°. 17 de 6 de maio de 2015. **Define os critérios e os procedimentos para a importação, em caráter de excepcionalidade, de produto à base de Canabidiol em associação com outros canabinóides, por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, para tratamento de saúde.** Diário Oficial da União, Seção 1(86). 44-56. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2867344/\(1\)RDC_17_2015_COM_P.pdf/9d27a357-8a83-4246-a0b3-2711ef7ad916](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2867344/(1)RDC_17_2015_COM_P.pdf/9d27a357-8a83-4246-a0b3-2711ef7ad916)>. Acesso em: Out. 2020.

BOSA, C. A. **Autismo: atuais interpretações para antigas observações.** In: BAPTISTA, Claudio; BOSA, Cleonice (org.). Autismo e educação: atuais desafios. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 22-39.

BARRETO, L. A. A. S. **A maconha (Cannabis sativa) e seu valor terapêutico,** 2002.

CARDOSO, A. J. C. **A ideologia do combate à maconha: Um estudo dos contextos de produção e desenvolvimento da ideologia do combate à maconha no Brasil.** Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v.28, p.77, 2004.

Carlini, E. A. (2006). **A história da maconha no Brasil.** J bras psiquiatr, 55(4), 314-317. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jbpsiq/v55n4/a08v55n4.pdf>

Carvalho, V. M., Brito, M. S. D., & Gandra, M. (2017). **Mães pela cannabis medicinal em um Brasil aterrorizado entre luzes e fantasmas.** In Fórum Sociológico. 30, 57-66. Recuperado de <https://journals.openedition.org/sociologico/1747#quotation>. doi: 10.4000/sociologico.1747

CRUZ, M. S. et al. **Cannabis e saúde mental. Uma revisão sobre a droga de abuso e o medicamento.** J BrasPsiquiatr, v. 58, n. 1, p. 69-70, 2009.

FERNANDES, Filipe. **O potencial dos canabinóides no tratamento do autismo.** Disponível em: <<https://pebmed.com.br/o-potencial-dos-canabinoides-no-tratamento-do-autismo/>>. Acesso em: Outubro. 2020.

GONTIÈS, B.; ARAÚJO, L. F. **Maconha: uma perspectiva histórica, farmacológica e antropológica.** V.4-n.7-fev/mar. 2003

MAGALHÃES, I. K. O. **A (des)criminalização do uso terapêutico da cannabis sativa.** 2015. MAIA, F. Brasileiro cria 'foursquare da maconha' como foco nos EUA. Folha de S.Paulo, São Paulo, 09 jan. 2015. Disponível em: <<https://acervo.folha.com.br/index.do>>. Acesso em: 23 nov. 2020.

MALCHER-LOPES, R. (2014). **Canabinóides ajudam a desvendar aspectos etiológicos em comum e trazem esperança para o tratamento de autismo e epilepsia.** Revista da Biologia, 13(1), 43-59. Recuperado de <<http://www.ib.usp.br/revista/node/186>>. doi:10.7594/revbio.

MARINHO, Eliane A. R.; MERKLE, Vânia L. B. **Um olhar sobre o autismo e sua especificação.** In: IX Congresso de Educação – EDUCERE; III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia – PUCPR, out. 2009. p. 6.084-6.096. Disponível em: <https://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/1913_1023.pdf> . Acesso em: 13 out. 2020.

MOTA, L. A. **Dependência Química e Representações Sociais: Pecado, Crime ou Doença?** Curitiba: Juruá, 2009.

NETO, A. A. M. C. **Intoxicação por maconha.** Traficante Usuário, 2005.

PAMPLONA, F. A. **Quais são e para que servem os medicamentos à base de cannabis?** 2014.

REPENSE. **A Planta.** Disponível em: <<http://www.campanharepense.org/planta/>>. Acesso em: Outubro. 2020.

RIBEIRO, Fernanda Teixeira. **Substâncias da Maconha Podem Amenizar Sintomas do Câncer, Fobia Social e Aids.** Disponível em: <https://revistamentecerebro.uol.com.br/noticias/canabidiol_maconha_aids_cancer_fobia>. Acesso em: Nov. 2020.

SCHLEIDER, Lihi Bar-Lev; MECHOULAM, Raphael; SABAN, Naama; MEIRI, Gal; NOVACK, Victor. **Real life Experience of Medical Cannabis Treatment in Autism: Analysis of Safety and Efficacy.** Disponível em:

<https://www.nature.com/articles/s41598-018-37570%20y?_ga=2.193477163.78747625.1549275229-1530729888.1549275229>. Acesso em: Outubro, 2020.

VOZ, V. **Maconha**, 2008.

ZUARDI, A. W. **Canabidiol: de um canabinóide inativo a uma droga com amplo espectro de ação**. Revista Brasileira de Psiquiatria, Vol. 30, no. 3. 2008.