

Uso dos canabinóides no tratamento de pessoas portadoras de Alzheimer

Use of cannabinoids in the treatment of persons with Alzheimer

Uso de cannabinoides en el tratamiento de personas con alzheimer

Yara Paiva Bittes¹, Leila Batista Ribeiro², Gleisiane Silva Anselmo Gleisiane Silva Anselmo, Taynara Câmara Lopes Dantas⁴, Marcus Vinicius Ribeiro Ferreira⁵, Wanderlan Cabral Neves⁶, João de Sousa Pinheiro Barbosa⁷, Danielle Ferreira Silva⁸

Como citar: Bittes YP, Ribeiro LB, Dantas TCI, Ferreira MVR, Neves WC, Barbosa JSP, et al. Uso dos canabinóides no tratamento de pessoas portadoras de Alzheimer. REVISA. 2021; 10(Esp.2): 887-98. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.nEsp2.p887a898>

REVISA

1. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5360-6984>

2. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6399-69>

3. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8749-7536>

4. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0205-3996>

5. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1412-0871>

6. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8124-0262>

7. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6538-7451>

8. Faculdade do Instituto Brasil de Ciência e Tecnologia. Anápolis, Goiás, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1913-1209>

Recebido: 12/07/2021
Aprovado: 17/09/2021

RESUMO

Objetivo: descrever a experiência de familiares/cuidadores de pessoas portadoras da doença de Alzheimer que estejam fazendo uso do canabidiol como forma de tratamento por intermédio do Instituto Acalme (Associação Cannabis Luz Medicinal). **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa de método descritivo por meio de entrevista com o familiar ou cuidador de pessoa com a doença, que estejam em tratamento há mais de 6 meses. **Resultados:** Diante dos dados coletados, foi possível detectar que o uso do canabidiol como terapêutica ainda não é muito esclarecido, fazendo com que o tratamento se torne de difícil acesso em vários aspectos. **Conclusão:** Para a saúde esse estudo é relevante para que se possa entender um pouco mais sobre o tema visto que é uma terapêutica que vem crescendo a cada ano. **Descritores:** Alzheimer; Tratamento; Canabidiol.

ABSTRACT

Objective: to describe the experience of family members/caregivers of people with Alzheimer's disease who are using cannabidiol as a form of treatment through the Acalme Institute (Association Cannabis Medicinal Light). **Method:** This is a qualitative research of descriptive method through interviews with the family member or caregiver of a person with the disease, who have been in treatment for more than 6 months. **Results:** Given the data collected, it was possible to detect that the use of cannabidiol as therapy is not yet very clear, making the treatment difficult to access in several aspects. **Conclusion:** For health this study is relevant so that one can understand a little more about the subject since it is a therapy that has been growing every year.

Descriptors: Alzheimer's; Treatment; Cannabidiol.

RESUMEN

Objetivo: describir la experiencia de familiares/cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer que están utilizando cannabidiol como forma de tratamiento a través del Instituto Acalme (Asociación Cannabis Medicinal Light). **Método:** Se trata de una investigación cualitativa de método descriptivo a través de entrevistas con el familiar o cuidador de una persona con la enfermedad, que llevan más de 6 meses en tratamiento. **Resultados:** Dados los datos recogidos, fue posible detectar que el uso del cannabidiol como terapia aún no está muy claro, lo que dificulta el acceso al tratamiento en varios aspectos. **Conclusión:** Para la salud este estudio es relevante para que uno pueda entender un poco más sobre el tema ya que es una terapia que ha ido creciendo cada año.

Descriptorios: Alzheimer; Tratamiento; Canabidiol.

Introdução

O Mal de Alzheimer é uma doença que entra nos parâmetros das doenças incuráveis por ser classificada como neurodegenerativa, devido ao avanço da doença os sintomas vão se agravando decorrente da morte das células cerebrais¹, causando uma espécie de demência ou perda das funções cognitivas, reduzindo a capacidade de se relacionar socialmente, interferindo na personalidade, memória, orientação, podendo afetar também a linguagem, fazendo com que o portador tenha dificuldades em se comunicar verbalmente, além de prejudicar o estado emocional do indivíduo, podendo causar sintomas depressivos, ansiosos, quadros de delírios, alucinações e até a agressividade.²

A maior parte das vítimas é a população idosa, podendo apresentar casos precoces, porém são casos mais raros e isolados decorrente de doenças pré-existentes como a Síndrome de Down ou pessoas com quadros de mutação genética.³⁻⁴

O avanço da Doença de Alzheimer (DA) é lento, podendo ser superior a 10 anos mesmo que ainda não se saiba ao certo a causa da doença, existem algumas lesões cerebrais que são características, e que são perceptíveis antes mesmo do surgimento dos sintomas, que começam a se tornar aparente com prejuízos insidioso da memória recente e das funções cognitivas.^{1,5}

O tratamento farmacológico é baseado em aliviar alguns sintomas causados pela doença através de fármacos como “donepezila”, “galantamina”, “rivastigmina” e “memantina”, que irão fornecer melhor qualidade de vida ao portador da doença, por meio do bloqueio de enzimas causadoras dos sintomas. Porém esse método de tratamento é muito limitado, além de expor o paciente a vários efeitos colaterais das medicações em uso, as terapias integrativas com o uso específico de fitoterápicos como a cannabis, vem ganhando espaço dentro dos tratamentos de algumas doenças sendo uma delas a DA, trazendo benefícios e qualidade de vida ao paciente saindo de uma terapia integrativa e transformando em terapia integrada.⁶⁻⁷

O uso terapêutico da Cannabis no tratamento da DA tem eficácia como agente neuro protetor, anti-inflamatório e antioxidante⁸, retardando o efeito progressivo da doença. As doses de CBD e/ou THC diminuem a concentração de uma proteína no cérebro chamada de beta-amiloide que é o principal suspeito para o surgimento do Alzheimer, pois essa proteína afeta as sinapses e sinalizam para as células imunológicas a inflamação no neurônio, levando as células deficientes serem destruídas.⁹

Dentro de tantos estudos já realizados sobre os benefícios dos canabinóides, o uso na prática como uma terapia integrativa, mesmo estando dentro das classificações dos fitoterápicos e plantas medicinais, ainda é muito limitado em alguns países incluindo o Brasil, o que dificulta ainda mais o acesso desta forma de terapia não farmacológica para os pacientes portadores da DA, por esse motivo o instituto ACALME foi criando, para fornecer informações a respeito do canabidiol, dos processos de lei para autorização do uso, bem como auxilia a população a terem acesso a médicos que advogados que auxiliar na prescrição, acompanhamento e em possíveis processos para se conseguir a autorização para o uso. De que forma é possível descrever a experiência dos familiares/cuidadores de pessoas com Alzheimer que estão fazendo uso do canabidiol?

O objetivo deste estudo foi descrever a experiência de familiares/cuidadores de pessoas com Alzheimer que estejam fazendo uso do Canabidiol por intermédio do instituto ACALME-Associação Cannabis Luz Medicinal.

Esse estudo se torna importante pois o uso do canabidiol como um fitoterápico pode auxiliar no tratamento de diversas doenças crônicas e degenerativas, levando mais conforto para a família e para os portadores da doença, evitando o uso abusivo de fármacos, além de contribuir para os estudantes e profissionais da saúde que são adeptos ao uso de plantas medicinais.

Método

O presente estudo inscreve-se na linha de pesquisa descritiva de caráter qualitativo. Dada a natureza do objeto, optou-se por desenvolver um estudo de caso descritivo conforme os pressupostos de Robert K. Yin .

A coleta de dados teve início após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) cujo protocolo segue com o nº5.069.622, em seguida a pessoa interessada em participar preencheu um questionário via “Forms” para análise dos critérios de participação. Por fim a pessoa deveria estar de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que fosse realizado a reunião conforme disponibilidade do participante.

De acordo com a Resolução N° 510, de 07 de abril de 2016 a ética é considerada como uma construção humana que envolve a parte histórica, social, cultural, moral e religiosa de cada indivíduo, bem como seus hábitos e costumes considera-se então que a ética em pesquisa deverá demandar o reconhecimento da dignidade humana e a preservação aos participantes, exigindo assim o respeito e garantindo os direitos dos envolvidos na pesquisa, de modo a prever e prevenir de possíveis danos para esses participantes, recusando assim qualquer forma de preconceito.¹⁰

O local utilizado para estudo foi na Associação Cannabis Luz Medicinal – ACALME, que possui um grupo público na rede social WhatsApp (WPP), que foi criado em 2019, esse grupo é composto com pacientes, familiares de pacientes, profissionais da área da saúde, jurídica, e tem como objetivo passar informações a respeito dos benefícios de tratamentos com a cannabis medicinal por meio de artigos científicos, projetos de leis, experiências e entre outros. Para que a pesquisa fosse realizada, foi solicitado a permissão, e a mesma só teve início após a autorização do CEP.

O sujeito para esse estudo foi o familiar cuidador da pessoa portadoras de Alzheimer que faz uso da cannabis medicinal por meio do canabidiol há mais de 6 meses, que foi convidado por meio digital, após a autorização do CEP.

O sujeito concordou em participar de forma colaborativa dessa pesquisa assinando o TCLE, e para que os objetivos da pesquisa fossem alcançados, o sujeito teve que atender aos seguintes critérios: ser o familiar ou cuidador oficial do paciente com Alzheimer; o portador fez uso das medicações convencionais; aceitou de forma voluntária a participar da pesquisa; o portador fazia uso de 6 meses da cannabis medicinal; assinaram o TCLE; os familiares ou cuidadores eram maiores de 18 anos; Era membro do instituto ACALME; gozava de boa saúde mental, que corresponde estar bem consigo mesmo e com os outros, soube

lidar com as boas emoções e com aquelas desagradáveis, mas que de alguma forma fizeram parte da vida e que reconheceram seus limites e buscaram ajuda quando necessário, possuíam boa função cognitiva de tempo, espaço e pessoa, possuíam habilidades verbais, atenção e concentração, senso de julgamento e raciocínio. Com critérios de exclusão, destacam-se: familiar que não era cuidador oficial do portador de Alzheimer; pessoa portadora de Alzheimer que não faz o uso das medicações convencionais; familiar que não estava disposto a contar sobre sua experiência; pessoa que não estava em acompanhamento por no mínimo 6 meses de uso do canabidiol; menor de 18 anos; e que não gozava de boa saúde mental.

A pesquisa foi realizada por meio de uma entrevista focal, onde o respondente é questionado por um curto período de tempo. As respostas acontecem de forma espontânea e são levadas como uma conversa informal, porém existe um conjunto de perguntas com o objetivo de direcionar a entrevista.

A entrevista foi realizada com o cuidador de uma pessoa portadora de Alzheimer há mais de 15 anos que faz uso do canabidiol como terapêutica. Deu-se por meio de encontro virtual utilizando-se a chamada de vídeo do Whats App, com o auxílio de um roteiro para direcionar a entrevista e impedir que o desfoque, tendo como objetivo ouvir do familiar sobre sua experiência com o canabidiol.

A análise dos dados teve início com a transcrição e a organização dos relatos, garantindo-se o anonimato para o participante do estudo, por meio da escolha de um nome aleatório. É importante lembrar que a análise qualitativa da entrevista semi-estruturada tem como finalidade explorar as diferentes representações sobre o objeto estudado. Procedeu-se então ao agrupamento das idéias centrais que possuíam o mesmo sentido, ou sentido equivalente, ou sentido complementar. O passo seguinte consistiu em denominar cada grupamento com um título a partir do relato.

Resultados

Os resultados da pesquisa, o cuidador José permitiu identificar três grandes áreas discursivas: história de vida sobre o diagnóstico; história sobre o cuidado e a história sobre a adoção ao canabidiol.

História de vida sobre o diagnóstico

“Minha mãe ela trabalhou até um certo tempo em banco, conheceu meu pai, se casaram, quando eles se casaram saiu do trabalho para cuidar dos filhos, então ela viveu cuidando da gente, e a partir daí ela não trabalhou mais, minha mãe teve 3 filhos, foi sempre dona de casa, muito ativa, vaidosa hoje ela está com 77 anos, o Alzheimer dela deve ter começado por volta de uns 60 anos”.

“Quando percebi que ela estava esquecendo várias coisas.”

“Primeiramente assim, eu fui observando que no começo da doença, ela começou a deixar muitas coisas abertas, tipo torneira, porta da geladeira, fogão, ela repetia a mesma história várias vezes, ficou muito esquecida, coisas que ela fazia no mesmo dia ela esquecia.”

“Hoje ela lembra dos filhos, do marido, fica só dentro de casa, não pode sair de casa só, levo ela no psiquiatra, neurologista e geriatra a cada 5 meses.”

“O Alzheimer dela não é muito agressivo, é um Alzheimer mais brando.”

“Com relação as atividades básicas, ela dá conta de pentear o cabelo, aliás ela tem mania de pentear o cabelo e lavar as mãos, isso aí é mania, toda hora ela penteia o cabelo e lava a mão, não da conta de fazer nada, cozinhar não da conta, tomar banho não da conta, assim, ela liga o chuveiro e passa o sabão, mas assim limpeza, de qualidade ela não da conta não, banho é a cuidadora que dá, roupa tem que colocar e tirar. Ela da conta só de pentear o cabelo, lavar a mão e escovar os dentes. Hoje o que ela faz de atividade física é caminhada e pilates 2x por semana.”

“Essa doença, o que eu acho muito difícil dela é você aceitar, eu demorei muito pra aceitar, pra acreditar e hoje eu aceito tranquilo e com relação ao canabidiol o que eu notei bem, que teve uma melhora muito grande, foi com relação ao apetite, antes ela não estava dando conta de comer só e não estava comendo nada, hoje ela come só e come bem.”

História sobre o cuidado

“Sou eu quem cuido dela, pelos meus cálculos, ela deve ter Alzheimer há uns 15 anos. O desafio, a coisa mais difícil que eu achei, por que a gente não está acostumado, com a doença pessoa volta a ser criança, as muito trabalho, você tem que ficar vigiando o dia inteiro, tira tudo do lugar e não coloca de volta, volta a ser criança literalmente, faz coco e xixi na calça, eu tive que colocar fralda pra ela fazer xixi e coco a noite pra ela não sujar a cama, assim, volta a ser criança, a não ser o horário em que ela está dormindo, acordada você tem que vigiar ela 24 horas entendeu? Por que pode cair, pode derrubar alguma coisa, tomar remédio errado, você tem que esconder chave, você tem que esconder remédio, veneno, por que volta a ser criança e essa extrema atenção que eu tenho que ter, pra quem está perto é muito estressante, cansa muito, tem que ter muita paciência, pra quem tem a doença está ótimo, ela não sente nada, ela está em perfeitas condições o difícil é quem cuida né, quem está ao redor, e minha mãe teve 3 filhos e o que mais cuida sou eu, minhas irmãs, elas cuidam do jeito delas, uma mora fora e outra trabalha o dia inteiro como professora e vai lá somente na noite, eu que tenho um horário mais tranquilo, eu fico cuidando dela o dia inteiro.”

História sobre a adoção do canabidiol

“Eu demorei a levar ela no médico e a começar a tratar, ela tomava algumas medicações e chegou um certo momento que essas medicações deram uma estagnada nos efeitos, e eu já tinha lido na internet, tinha conhecidos que já tinham tomado, fui me informando e fiquei sabendo da Associação (ACALME), entrei em contato e pedi o canabidiol, por que eu estava sentindo que minha mãe além de estar sem os efeitos das medicações, ela estava com muito pouco apetite e emagrecendo muito. E o que eu senti, em um dos efeitos melhores foi com relação ao apetite, por que ela voltou a comer, a ter apetite e voltou a comer sozinha. Minha mãe sempre foi muito calma, então assim, o canabidiol não funcionou pra ela com relação a agressividade, o que eu senti foi que ela ficou mais disposta e com mais apetite.”

“Com relação as medicações, ela toma exalomped de 15 que é um adesivo, OXOSONIO, DONAREN, e essas medicações são muito boas, mas chega um certo ponto da doença que elas dão uma estagnada e eu senti uma melhora muito grande no canabidiol.”

“Não, com relação ao canabidiol, a memória dela continua a mesma, ela nunca esqueceu dos filhos nem do marido.”

“Eu acho que é 5%, eu comecei a dar uma gota na primeira semana, depois comecei a dar 2 e agora eu dou 3 gotas pra ela duas vezes ao dia, por que eu tentei da mais, mas senti que ela ficou meio “grog”, então eu dou 3 gostas e sinto um efeito bom.”

Discussão

A Doença de Alzheimer é uma patologia classificada como neurodegenerativa que provoca uma diminuição das funções cognitivas, reduzindo a capacidade de trabalhos e relações. Com o passar do tempo e com o avanço da doença, ela também pode interferir no comportamento e na personalidade da pessoa portadora e conseqüentemente causando uma perda da memória.¹¹

No início da doença, o paciente pode lembrar de acontecimentos muito antigos e acabar se esquecendo de coisas consideradas mais simples como realizar uma refeição ou lembrar quais alimentos ingeriu mesmo tendo acabado de realizar essas atividades.¹¹

Com o decorrer do tempo e a evolução da doença, o cotidiano do paciente sofre um grande impacto afetando assim a capacidade de aprendizagem, atenção, orientação, compreensão e linguagem, necessitando cada vez mais de ajuda e se tornando dependente até mesmo em rotinas diárias e básicas como higiene pessoal e a alimentação.¹²

O Alzheimer é a causa mais comum de quadros demenciais que é um grupo de distúrbios cerebrais capazes de causar a perda das habilidades intelectuais e sociais. Na DA as células cerebrais vão se degenerando até a morte causando uma constante diminuição da memória e da função mental.¹³

O quadro de demência varia de acordo com a gravidade sendo classificada desde estágios mais brandos no início da diminuição do funcionamento cerebral de uma pessoa, até alcançar um maior estágio a pessoa se torna dependente por completo de outras pessoas para a realização de atividades básicas em sua rotina diária.¹²

A doença de Alzheimer em geral se instala de forma silenciosa e se desenvolve de forma contínua e lenta durante vários anos. As alterações patológicas nos neurônios e bioquímicas que acontece na DA podem ser separadas em duas áreas: alterações nas estruturas e mudanças nos neurotransmissores. As alterações estruturais englobam os enovelados neuro fibrilares, as placas neuríticas e as mudanças do metabolismo amiloide, bem como os estragos sinápticos e a morte neuronal. As mudanças nos sistemas neurotransmissores ligam-se às alterações estruturais que são alterações patológicas que acontecem de forma desordenada no organismo de portadores da doença. Alguns neurotransmissores são afetados de forma significativa ou relativa indicando assim um padrão no agravamento nos sistemas.¹⁴

A DA não é considerada como um processo natural do envelhecimento, mas sim um transtorno mental que tem como característica uma atrofia cerebral que apresenta uma configuração de sulcos corticais mais longos e ventrículos cerebrais maiores do que os considerados normais em um estado de envelhecimento, essas alterações são possíveis de serem visualizadas através de uma tomografia computadorizada (TC) ou através de uma ressonância magnética (RM). O exame macroscópico do cérebro em portadores de DA, aponta uma atrofia relevante nas regiões frontais, temporais e parietais afetam principalmente as áreas corticais. A visualização de alterações histopatológicas através de exames microscópicos também é viável, podendo ser acrescentado as alterações neuronais e as degenerações sinápticas que acontecem de forma intensa, especificamente nas camadas piramidais da região do córtex cerebral, estruturas límbicas e os córtices associativos, com a preservação das regiões corticais primárias. O exame microscópico é o responsável por apresentar a presença de falhas nas placas senis e emaranhados neurofibrilares, degeneração ganglionar vascular, glicose astrocítica e angiopatia amiloide.¹⁵

O diagnóstico da DA pode ser realizado de duas formas, clinicamente ou de forma diferencial. O diagnóstico clínico é feito por meio da exclusão, ocorrendo inicialmente um rastreamento onde são avaliados quadros de depressão e os exames laboratoriais, com um foco nos resultados das funções da tireoide e nos níveis de vitamina B12. Em pacientes que apresentam problemas de memória, o diagnóstico se baseia na identificação das modificações cognitivas específicas.¹⁶

Os critérios para DA são divididos em cinco: diagnósticos prováveis, achados prováveis que sustentam a doença, achados consistentes com um diagnóstico provável, características que reduzem a chance do provável diagnóstico e diagnóstico clínico possível para a DA. O diagnóstico provável para DA, inclui a presença de alguma síndrome demencial, déficits em 2 ou mais áreas da cognição, quadros de piora de forma progressiva da memória e/ou de outras funções intelectuais, iniciando os sintomas entre os 40 e 90 anos de idade, levando a não existência de doenças preexistentes que possam causar a síndrome. Os achados prováveis que sustentam a DA, incluem perda ou enfraquecimento na capacidade de fala, dificuldade para verbalizar decorrente da incapacidade de articulação dos lábios, maxilar e língua, e a dificuldade ou incapacidade de reconhecer objetos, de forma progressiva, comprometimento das atividades diárias e alterações comportamentais, histórico familiar e achados não específicos, ou resultados de exames normais, de líquido cefalorraquidiano, eletroencefalograma e Tomografia de crânio (TC).¹⁷

O diagnóstico provável com base nos achados consistentes, incluem sintomas psiquiátricos e vegetativos relacionados, como depressão, insônia, falta de controle comportamental, quadros de delírios, alucinações, perda de peso, TC normal para a idade do paciente, quadros convulsivos na doença avançada, outros desequilíbrios neurológicos como aumento do tônus muscular, mioclonia (tremores rápidos no corpo) ou distúrbio da marcha. Características que reduzem a chance de um diagnóstico de DA são os casos em que os sintomas acontecem de forma muito rápida, convulsões, distúrbios de marcha, achados neurológicos focal de forma precoce no curso da doença.¹⁸

E por fim, o diagnóstico possível de forma clínica, pode ser realizado com base no quadro de síndrome demencial quando algumas condições são acrescentadas, quando não há outros transtornos neurológicos, psiquiátricos, ou outro capaz de causar demência; a presença de achados incomuns no início ou no curso clínico, ou quando há a presença de um outro transtorno que possa ocasionar em um quadro de demência, mas que esse não seja provavelmente a única causa.¹⁸

Para que o indivíduo seja incluído ou não no tratamento convencional, alguns requisitos são necessários. Para que haja uma inclusão no protocolo de tratamento da DA, é necessário que o paciente ocupe todos os critérios: diagnóstico provável, segundo a (NINCDS-ADRDA); que tenha uma pontuação no teste cognitivo de 12 e 24 para paciente com mais de 4 anos de escolaridade e 8 e 21 para paciente com até 4 anos de escolaridade no MEEM (mini exame de estado mental); escala de avaliação demência leve ou moderada e TC ou RM de crânio e exames laboratoriais que descarte a possibilidade de outras doenças que possam afetar o estado mental do paciente como anemia, dosagem alterada de sódio, glicose, ureia, alteração na dosagem de TSH etc. Para que haja exclusão do protocolo de tratamento, inclui os pacientes que manifestarem pelo menos uma das condições a seguir: reconhecimento de incapacidade de aprovação ao tratamento; lesões cerebrais não compensadas; quadros graves de insuficiência ou arritmia cardíaca; quadros de hipersensibilidade aos medicamentos e quadros graves de insuficiência hepática ou renal.¹⁷

O tratamento da DA para pacientes que cumprem com os pré-requisitos, deve ser de forma multidisciplinar, dando atenção a todos os diversos sinais e sintomas causados pela doença. O uso de fármacos é utilizado na maior parte do tratamento convencional, com o objetivo de desacelerar a evolução da doença e promover uma maior estabilidade no comprometimento cognitivo, do comportamento e da realização das atividades diárias, esses medicamentos são utilizados para controlar os sintomas causados pela DA.¹⁹

Os medicamentos que são prescritos com maior frequência pelos médicos são “inibidores da acetilcolinesterase”, que retardam a degradação da acetilcolina que é naturalmente secretada, fornecendo um avanço mais significativo. Para que essas substâncias sejam eficazes no tratamento, os mesmos devem cruzar a barreira hematoencefálica. Os fármacos considerados de primeira linha para o tratamento são fornecidos no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aplicado pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e tem como principais medicamentos para o tratamento da DA o Donepezil, a Rivastigmina e Galantamina²⁰. Esses fármacos possuem propriedades farmacológicas capazes de inibirem a degradação da molécula acetilcolina, o neurotransmissor classicamente relacionado a memória, por inibir a enzima acetilcolinesterase, e por esse motivo são utilizados recorrentemente na fase inicial e intermediária, e a Memantina, que é utilizada nas fases intermediárias e avançadas, auxiliando na estabilidade dos sintomas dos pacientes.¹³

Além do tratamento dos sintomas cognitivos, quando possível e necessário pode ser realizado tratamos para os sintomas comportamentais especificamente a depressão, embora o tratamento para pacientes portadores de DA seja bem limitado.²¹

O uso desses medicamentos nos tratamentos convencionais é relativamente alto e além do custo, existem muitos efeitos colaterais e interações com outros medicamentos, onde muitas vezes são intoleráveis para os usuários, fazendo-se necessário o uso de terapias alternativas para o tratamento que são relativamente mais acessíveis como por exemplo o uso da Cannabis e seus fitocanabinoides.²²

Um estudo foi realizado em camundongos, com Alzheimer induzido, ao qual receberam doses de THC por um período de seis semanas, com esse estudo, foi possível notar uma melhora de forma significativa da parte cognitiva, diferente dos ratos que foram tratados com placebos, além de apresentar uma melhora na memória de curto e longo prazo, sendo então sugerido como uma forma eficaz no tratamento do Alzheimer, isso acontece pois o THC é um agonista do receptor CB1 na proteína G inibitória que leva a um bloqueio na liberação de glutamato, sugerindo então uma redução por meio desses receptores da excitotoxicidade que é considerada como uma das causas das lesões no neurônio em pacientes com DA.²³⁻²⁴

Com relação ao CBD, os estudos retratam uma capacidade de proteção neuronal resultante da capacidade antioxidante contra os radicais livres de O₂, que são produzidas nos neurônios provenientes da liberação em quantidades altas de glutamato, tendo como consequência uma redução dessa forma de dano neuronal favorecida pelo depósito de proteína β-amiloides.²⁵

Uma das dificuldades para mensurar a real importância da cannabis para tratamentos de doenças como Alzheimer é decorrente da proibição, inclusive de pesquisas clínicas sobre a eficácia e segurança do uso desse fitoterápico, que quando não é censurada, é tão desencorajada, malvista e dificultada pelos órgãos que financiam as pesquisas.²⁶ A Organização Mundial da Saúde (OMS), sugeriu que a Cannabis seja remarcada devido aos indícios de suas funções medicinais em situações específicas. Em 2014 foi autorizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) a prescrição de CBD em todo o território nacional devido aos números de relatos de casos no que diz respeito aos benefícios do uso terapêutico em patologias severas. Em 2015 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorizou o uso de forma controlado do CBD, o que fez o canabidiol sair da categoria de substâncias proibidas, passando para substâncias controladas. Nesse mesmo ano a Anvisa regulamentou a importação do CBD, por meio de um cadastro renovado anualmente, por meio da apresentação do laudo médico relatando a evolução do paciente, essa resolução permite também que institutos e associações façam o intermédio das importações diminuindo ainda mais o custo que são envolvidos nesse processo de importação. Os estudos das propriedades terapêuticas do CBD e do THC não estão relacionados apenas em um desenvolvimento de novos medicamentos, vai muito além, são estudos de alta relevância para a saúde pública.²⁷

A rotina de uma pessoa diagnosticada com Alzheimer é cheia de desafios, exigindo a presença de um cuidador constantemente, em especial para desenvolver atividades do dia a dia como tomar banho, e é por conta dessa dependência que o cuidador muitas vezes encontra-se exausto e em estado de alerta durante 24 horas.

Considerações Finais

O presente estudo, teve como objetivo principal apresentar os benefícios do uso do canabidiol no tratamento de pessoas com Alzheimer. Diante dos dados coletados foi possível detectar que o uso do canabidiol como terapêutica, e que seu uso ainda não muito esclarecido para a maioria da população, torna-se mascarado entre o “proibido e o pecado”.

O estudo também revelou que para se obter saúde e qualidade de vida é necessário muito mais do que medicações; a família nesses casos tem um papel importante no acompanhamento diário, bem como, na escolha de uma boa terapêutica. É a família que deve fornecer o suporte necessário para a pessoa com DA. Levando em conta que, o custo do medicamento e o acesso às informações ainda é algo distante para a maioria das famílias na atual realidade brasileira.

Dentre as escolhas importantes nesse tipo de tratamento, o uso do canabidiol fornece qualidade de vida para a pessoa com DA, tornando-a um pouco mais independente, com apetite, e capaz de realizar atividades simples como pentear o cabelo e até tomar um banho sozinha; o que é gratificante não só para quem cuida, mas como forma de garantir autonomia para o doente.

Para a saúde, bem como para os profissionais da área, o estudo aprofundado sobre os canabinoides é de extrema importância, pois a busca por essa forma de tratamento vem aumentando a cada ano, sendo responsável por tratamentos de diversas doenças em especial as doenças neurológicas e neurodegenerativas. Assim, as crenças negativas, inclusive por profissionais poderão ser desmistificadas à medida que se apresenta os benefícios ao paciente.

E por fim, é importante ressaltar que os estudos dentro deste contexto ainda de forma discreta, precisam ser estimulados, pois, não recebem apoio dos órgãos governamentais e nem das autoridades brasileiras. Haja visto, que o paciente que optar pelo uso, precisa percorrer uma longa trajetória de processos burocráticos para conseguir permissão para esse uso. As famílias por desconhecimento dos benefícios da medicação, acomodam-se ou deixam de buscar essa opção também por questões socioeconômicas, por não conseguirem manter o tratamento de forma continuada, impedindo que o cidadão possa lançar mão dos direitos constitucionais regidos como princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que garantem o direito pela vida por meio da universalidade, equidade e integralidade das ações. Quais os benefícios reais do canabidiol na parte neurológica de uma pessoa com DA?

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Kumar V, et al. O Sistema Nervoso Central: Doenças Neurodegenerativas. *In: KUMAR, Vinay et al. Robbins & Cotran Patologia: Bases Patológicas das Doenças*. 9. Ed. 2016.
2. Apostolova LG, et al. Dementias. *In: DAROFF, Robert B. et al. Bradley's Neurology in Clinical Practice*. 6. ed. Filadélfia, EUA: Elsevier, 2012.
3. Brasil. Liga Acadêmica de Neurociências. Universidade Federal de Santa Maria. Doenças Neurodegenerativas e Desmielinizantes. Santa Maria, 2004. Disponível em: <

- <http://jararaca.ufsm.br/websites/lan/c14e61c462d18859f427404192c42223.htm> >. Acesso em: 28/03/2021.
4. Lott II, Head E, Doran E, Busciglio J. Beta-Amyloid, Oxidative Stress and Down Syndrome. *Current Alzheimer Research*, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17168651/> . Acessado em: 01/06/2021.
 5. Kandel ER, et al. O Encéfalo que envelhece. *In: KANDEL, Eric R. et al. Princípios de Neurociências*. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17168651/> . Acessado em 01/06/2021.
 6. Tarulli A. *Neurology: A Clinician's Approach*. 2. ed. Suíça: Springer, 2016.
 7. Stahl SM. Demência e seu Tratamento. *In: STAHL, Stephen M. Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
 8. Stahl SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Prescriber's Guide*. 6. ed. Reino Unido: Cambridge University Press, 2017.
 9. KRISHNAN Sarada, CAIRNS Ruth, HOWARD Robert. Cannabinoids for the treatment of dementia. *Cochrane Database of Syst Rev. PubMed*. 2009; Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7197039/> >
 10. Pertwee RG, Pharmacology of cannabinoid CB1 and CB2 receptors, volume 74, p.129-180, 1997. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163725897820013?via%3DiHubSELKOE> , Dennis, HARDY, John. The amyloid hypothesis of Alzheimer's disease at 25 years. *EMBO Molecular Medicine*, 2016, páginas: 595-608.>
 11. Guerriero ICZ, Minayo MC. A aprovação da Resolução CNS nº 510/2016 é um avanço para a ciência brasileira, 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/NktsFDpGm7mDPpc8q8J6YcD/?lang=pt> >. Acesso em: 02/06/2021.
 12. Alzheimer's Association Report. *Alzheimer's & Dementia*. 2018; 14(5): 701. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.02.001>. Acesso em 29/08/2021.
 - 13 Crous-Bou M, Minguillón C, Gramunt N, et al. Prevenção da doença de Alzheimer: dos fatores de risco à intervenção precoce. *Alzheimers Res Ther*. 2017; 9(1):71. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0093934X9791841> > Acesso em: 29/08/2021.
 14. Poltroniere S, et al. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: O que os enfermeiros sabem? *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, 2011. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/3cYxYjqCSTd7dBDmT8P58cJ/?lang=pt> >. Acesso em 12/04/2021.
 15. Nobeli, Annalisa *et al.* Dopamine neuronal loss contributes to memory and reward dysfunction in a model of Alzheimer's disease. *Nature Communications*, vol. 8, 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1038/ncomms14727> >. Acesso em: 15/05/2021.
 16. Lindeboom J, Weinstein H. Neuropsychology of cognitive ageing, minimal cognitive impairment, Alzheimer's disease, and vascular cognitive impairment. 2004; 490: 83-6. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014299904002031> > Acesso em: 18/04/2021.
 17. Mckhann G, Drachman, D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work group* under the auspices of Department of Health and Human Service Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 1984. Disponível em: < <https://doi.org/10.1212/WNL.34.7.939> >
 18. Nitrini R, et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: critérios diagnósticos e exames complementares. *Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do*

Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* Vol.63, pp.713-719, 2005. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2005000400033> >.

19. Frota NAF, *et al.* Critérios para diagnóstico de doença de Alzheimer: recomendações do departamento científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia, 2011. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/dn/a/ZzR767Jgv7KQx5SkTQ6fSLK/abstract/?lang=pt> >. Acesso em: 5/5/2021.

20. Ceramista SS. Dificuldades e desafios na busca pela cura da doença de Alzheimer. *Mais 60: Estudos sobre envelhecimento.* 2017; 28. Disponível em: < http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Mais-60_n.67.pdf > Acesso em 31/05/2021.

21. Ministério da Saúde, S. d. (2014). Souvenaid® para melhora de memória em pacientes com Doença de Alzheimer na fase Leve. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 118.

22. Forlenza OV. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. *Archives of Clinical psychiatry*, São Paulo, 2005. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300006> >. Acesso em: 31/05/2021.

22 Winblad Bengt, *et al.* Health economics of Alzheimer disease and Other dementias. Karolinska Institutet, 2020. Disponível em: < <https://ki.se/en/nvs/anders-wimo-group> >. Acesso em: 31/05/2021

23. Flores LE. Efeito neuroprotetor, anti-inflamatório e antioxidante do canabidiol: contribuição para o estudo e o tratamento de doenças neurodegenerativas, 2016, página:14.

24. Ribeiro JAC. A cannabis e suas aplicações terapêuticas, 2014. Disponível em: < https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4828/1/PPG_20204.pdf > Acesso em 17 de maio de 2021.

25. Campos AC. Multiple mechanisms involved in the large-spectrum therapeutic potential of cannabidiol in psychiatric disorders. 2012; 33364-3378.

26. Barbosa MGA *et al.* O uso do canabidio no tratamento da doença de Alzheimer: revisão da literatura, 2020. Disponível em: < <https://6073-Article-27743-1-10-20200713.pdf> >. Acesso em 25/05/2021.

27. Chagas T. Projeto de legalização da maconha de Jean Wyllys é arquivado; Deputado tenta reverter decisão, 2015. Disponível em: < <https://noticias.gospelmais.com.br/projeto-legalizacaomacanha-jean-wylllys-arquivado-74259.html> >. Acesso em: 30/05/2021

Autor de Correspondência

Yara Paiva Bittes
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Av. Pau Brasil - Lote 2. CEP: 71916-000-Águas Claras.
Brasília - Distrito Federal, Brasil.
ybittes15@gmail.com