
Ciência não é opinião

Science is not opinion

La Ciencia No Es Opinión

1 César Augusto Trinta Weber  [ORCID](#) - [Lattes](#)

2 Antônio Geraldo da Silva - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Filiação dos autores: **1** [Professor, Faculdade de Medicina da Universidade Luterana do Brasil, ULBRA, Canoas, RS, Brasil. Preceptor do Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário de Canoas, Canoas, RS, Brasil]; **2** [Psiquiatra Forense; Pós-Doutor em Medicina Molecular; Professor da Faculdade Paulista de Ciências da Saúde, São Paulo, SP, Brasil; Presidente, Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Editor Chefe responsável pelo artigo: Leandro Fernandes Malloy-Diniz

Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#): Weber CAT, da Silva AG [1, 10, 13, 14]

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: declaram não haver

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 06/03/2026

Aprovado em: 07/03/2026

Publicado em: 12/03/2026

Como citar: Weber CAT, da Silva AG. Ciência não é opinião. Debates Psiquiatr. 2026;16:1-4. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2026.v16.1575>

A medicina contemporânea enfrenta um desafio epistemológico crescente: a erosão da crítica científica diante de narrativas sedutoras, porém frágeis. O debate sobre o uso da *cannabis* sob o rótulo de “medicinal” é um exemplo emblemático desse fenômeno. A afirmação de que ciência não é opinião não é uma frase de efeito, é a fronteira que separa a prática clínica segura da lógica do *marketing*, da pressão social e de crenças que não se submetem a critérios de verificabilidade.

Em um cenário em que discursos sobre “produtos naturais”, “terapias alternativas” e “autonomia no cuidado” ganham destaque, torna-se essencial reafirmar a natureza da medicina: uma prática fundada em evidências sistematicamente avaliadas, e não em percepções subjetivas ou construções retóricas.

A publicação da revisão sistemática no JAMA em 2026 reforça esse ponto. O trabalho sintetiza décadas de estudos e demonstra, com clareza, que a evidência é insuficiente para a maioria das indicações para as quais a *cannabis* é promovida. O contraste entre os achados científicos e a narrativa amplamente difundida, apoiada em testemunhos pessoais, mídia especializada e expansão global de dispensários, revela uma discrepância estrutural entre discurso e dado. O termo “medicinal” passou a ser usado de forma estratégica pelo *marketing* para diminuir a percepção de riscos de todas as pessoas e para gerar empatia, favorecendo, assim, o aumento do consumo da maconha [1].

A prática clínica exige que alegações terapêuticas se apoiem em metodologia adequada, e não em apelos emotivos. Entretanto, persiste no imaginário popular a percepção de que o uso de *cannabis* para ansiedade, dor ou insônia seria benigno, natural e seguro.

A revisão mostra que apenas indicações muito específicas dispõem de evidências razoáveis, notadamente náusea induzida por quimioterapia e epilepsias refratárias tratadas com CBD farmacêutico, com pureza rigorosamente controlada. Para o restante das indicações populares, faltam evidências sólidas ou os riscos superam os potenciais benefícios [1].

A literatura demonstra ainda que a maior parte dos produtos vendidos como medicinais não atende a padrões farmacêuticos mínimos [1]. Estudos mostram que esses produtos apresentam teor de THC semelhante ao de produtos recreativos, sem padronização consistente entre fornecedores. A distinção entre mercados recreativo e medicinal, portanto, frequentemente não se sustenta do ponto de vista químico ou farmacológico [2].

Os riscos psiquiátricos associados a produtos de alta potência reforçam essa preocupação. Há relação direta entre maior concentração de THC e aumento de psicose, ansiedade, depressão e dependência [3]. Meta-análises indicam que parcela significativa dos usuários por motivos médicos preenche critérios para transtorno por uso da substância, índice incompatível com a ideia de segurança sugerida pelo rótulo [3].

Somam-se a isso problemas de rotulagem e contaminação. A ausência de precisão farmacêutica, requisito básico para qualquer medicamento, impossibilita dosagem segura, compromete estudos clínicos e aumenta riscos toxicológicos, incluindo exposição a pesticidas, metais pesados e solventes [4 - 5].

Do ponto de vista epidemiológico, observa-se crescimento do uso clínico em ambiente onde a própria categoria profissional médica relata falta de preparo. O uso do termo *cannabis* medicinal avançou mais rapidamente que o conhecimento científico sobre o tema, criando terreno fértil para decisões baseadas em opinião, não em evidência [1].

Sociedades científicas internacionais reforçam a cautela. A American Psychiatric Association recomenda explicitamente não utilizar *cannabis* para tratar transtornos psiquiátricos [6]. Relatórios das National Academies concluem que a maioria das indicações médicas carece de evidência definitiva, enquanto riscos permanecem subestimados [7].

O conjunto desses dados revela que *cannabis* medicinal é, na maior parte das vezes, uma construção discursiva eficaz do ponto de vista comunicacional, mas frágil enquanto categoria científica. Para a medicina, a designação medicinal só pode se aplicar a produtos submetidos aos mesmos critérios de controle, pureza, estabilidade e eficácia exigidos de qualquer medicamento.

Ciência não é opinião. É um processo disciplinado que existe justamente para conter o fascínio por soluções simples para problemas complexos. O debate sobre *cannabis* deve ser amplo, mas precisa ser conduzido com base em evidência, não em narrativa. Defender esse princípio é uma exigência ética da medicina contemporânea.

Referências

1. Hsu M, Shah A, Jordan A, Gold MS, Hill KP. Therapeutic Use of Cannabis and Cannabinoids: A Review. JAMA. 2026;335(4):345-59. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.19433> PMID:41296368
2. Cash MC, Cunnane K, Fan C, Romero-Sandoval EA. Mapping cannabis potency in medical and recreational programs in the United States. PLoS One. 2020;15(3):e0230167. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230167> PMID:32214334 PMCID:PMC7098613
3. Petrilli K, Ofori S, Hines L, Taylor G, Adams S, Freeman TP. Association of cannabis potency with mental ill health and addiction: a systematic review. Lancet Psychiatry. 2022;9(9):736-50. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00161-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00161-4) PMID:35901795
4. Bonn-Miller MO, Loflin MJE, Thomas BF, Marcu JP, Hyke T, Vandrey R. Labeling accuracy of cannabidiol extracts sold online. JAMA. 2017;318(17):1708-09. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.11909> PMID:29114823 PMCID:PMC5818782
5. Gagnon M, McRitchie T, Montsion K, Tully J, Blais M, Snider N, Blais DR. High levels of pesticides found in illicit cannabis inflorescence compared to licensed samples. J Cannabis Res. 2023;5(1):34. <https://doi.org/10.1186/s42238-023-00200-0> PMID:37620969 PMCID:PMC10463991
6. American Psychiatric Association. Position statement in opposition to cannabis as medicine [Internet]. Washinton: APA; 2019. <https://www.psychiatry.org/getattachment/12aa44f8-016e-4f8c-8b92-d3fb11a7155f/Position-Cannabis-as-Medicine.pdf>
7. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research [Internet]. Washington: The National Academies Press; 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK423845/>