



EXTRATO DE CANNABIS (CBD/THC) NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO REFRACTÓRIO: RELATO DE CASO

CANNABIS EXTRACT (CBD/THC) IN THE TREATMENT OF REFRACTORY OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: A CASE REPORT

DOI: 10.5281/zenodo.19686999



Janniny Fernanda Lopes Mendes Figueiredo Lacerda¹

Plinio Miguel Loguercio Quinette²

Christian de Almeida Soares³

Lara Thais Jardim de Oliveira⁴

1 Instituição: Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Brasil. Médica graduada pelo Instituto de Ciências da Saúde do Norte de Minas (FUNORTE), com residência em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Biotecnologia da Universidade Estadual de Montes Claros (PPGB-Unimontes). Certificação internacional em prescrição de Cannabis pela WeCann Academy e pós-graduação em Preceptoria pelo Hospital Sírio-Libanês. Professora da FUNORTE no módulo de Saúde Mental. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7088-4539>

2 Instituição: Flor da Vida - Brasil. Médico clínico geral e de família, pós-graduado em Medicina do Esporte. Professor/preceptor de Medicina de Família na UFMG. Membro fundador da AMBCANN (Associação Médica Brasileira de Endocannabinologia) e integrante da APMC (Associação Panamericana de Medicina Cannabinoide) e da SBEC (Sociedade Brasileira de Estudos da Cannabis). Atua como médico responsável técnico da Associação Terapêutica de Cannabis Medicinal Flor da Vida. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7178-6954>

3 Instituição: Unimontes - Brasil. Mestre em Clínica Odontológica Integrada pelo Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (PPGO-UFU), Cirurgião-dentista pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e Graduando em Medicina pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7479-6812>

4 Instituição: Unimontes - Brasil. Graduanda em Ciências Biológicas (bacharelado) pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6499-0543>

Revista *OWL Journal*, Campina Grande - PB, v.4 n.4 (2026) - ISSN 2965-2634

A Revista *OWL Journal* está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição (CC BY)





Veronica de Melo Sacramento⁵

Vanessa de Andrade Royo⁶

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso de um paciente com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) refratário que apresentou melhora clínica significativa com o uso adjuvante de *Cannabis sativa L.* associada à psicoterapia. **Descrição do caso:** Homem de 30 anos, com TOC refratário diagnosticado tardiamente após 13 anos de sintomas intensos relacionados a conteúdos fúnebres desencadeados por evento traumático. Apresentava pensamentos intrusivos, aversão a estímulos associados à morte, crises de ansiedade, taquicardia, dispneia, cefaleias e insônia. Sem resposta satisfatória a clomipramina e aripiprazol, iniciou em abril de 2024 o uso adjuvante de extrato de *Cannabis sativa L.* (titulação progressiva de THC/CBD). Realizou desmame autogerenciado da medicação psiquiátrica, sem sintomas de abstinência, e iniciou acompanhamento psicoterapêutico regular. Após o início do tratamento, apresentou melhora expressiva da qualidade de vida, com redução da ansiedade, melhora do sono, diminuição das cefaleias e queda significativa da frequência de pensamentos obsessivos. A melhora foi quantificada pela aplicação retrospectiva das escalas Y-BOCS (redução de 32 – grave – para 14 – leve a moderado) e BAI (redução de 36 – grave – para 14 – leve). O único efeito adverso relatado foi sonolência leve e transitória. **Conclusão:** A combinação de Cannabis medicinal e psicoterapia demonstrou efeito sinérgico e seguro, sugerindo que a modulação do sistema endocanabinoide por fitocanabinoides pode influenciar a ansiedade, a resposta ao estresse e os comportamentos repetitivos. Apesar das limitações inerentes ao delineamento de caso único, os resultados reforçam a necessidade de estudos clínicos sistemáticos para validar a eficácia e segurança dessa abordagem no tratamento do TOC.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo; *Cannabis*; Psicoterapia

ABSTRACT

Purpose: To report the case of a patient with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder (OCD) who showed significant clinical improvement with adjuvant *Cannabis sativa L.* use combined with psychotherapy. **Case description:** A 30-year-old man with refractory OCD, diagnosed late after 13

5 Instituição: Unimontes - Brasil. Pós-doutoranda em Biotecnologia pelo Programa de Pós-graduação em Biotecnologia da Universidade Estadual de Montes Claros (PPGB - Unimontes), Doutora e Mestre em Biotecnologia (PPGB-Unimontes). Graduada em Química pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5956-1457>

6 Coordenadora. Instituição: Unimontes - Brasil. Graduação em Licenciatura e Bacharelado em Química pela Fundação Educacional de Barretos, Mestre em Fármacos e Medicamentos e Doutora em Produtos Naturais e Sintéticos pela Universidade de São Paulo (USP-RP). Atualmente é professora da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), docente permanente dos Programas de Pós-graduação em Biotecnologia (PPGB-Unimontes), Botânica Aplicada (PPGBot-Unimontes) e Biodiversidade e Uso dos Recursos Naturais (PPGBURN-Unimontes). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4842-3569>

Revista *OWL Journal*, Campina Grande - PB, v.4 n.4 (2026) - ISSN 2965-2634

A Revista *OWL Journal* está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição (CC BY)





years of intense symptoms related to death-related content triggered by a traumatic event. He presented with intrusive thoughts, aversion to death-associated stimuli, anxiety crises, tachycardia, dyspnea, headaches, and insomnia. After showing no satisfactory response to clomipramine and aripiprazole, adjuvant treatment with *Cannabis sativa L.* extract (progressive titration of THC/CBD) was initiated in April 2024. The patient self-managed the gradual discontinuation of psychiatric medication without withdrawal symptoms and began regular psychotherapeutic follow-up. After starting the treatment, he exhibited marked improvement in quality of life, with reduced anxiety, improved sleep, fewer headaches, and a significant decrease in obsessive thought frequency. Improvement was quantified by retrospective application of the Y-BOCS (reduction from 32 – severe – to 14 – mild to moderate) and BAI (reduction from 36 – severe – to 14 – mild) scales. The only reported adverse effect was mild, transient drowsiness. Conclusions: The combination of medical cannabis and psychotherapy demonstrated a synergistic and safe effect, suggesting that modulation of the endocannabinoid system by phytocannabinoids may influence anxiety, stress response, and repetitive behaviors. Despite the inherent limitations of a single-case design, these quantified results highlight the importance of further systematic clinical research to validate the safety and efficacy of medical cannabis use in OCD and other psychiatric disorders.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder; Cannabis; Psychotherapy

INTRODUÇÃO

Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é uma condição psiquiátrica crônica, debilitante e de início geralmente precoce, caracterizada por obsessões – pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que geram ansiedade ou desconforto – e compulsões – comportamentos repetitivos ou atos mentais executados para neutralizar ou reduzir essa ansiedade (14). Estima-se que o TOC afete aproximadamente 2% da população mundial, comprometendo de forma significativa a vida social, profissional e pessoal dos indivíduos acometidos (14). Apesar da disponibilidade de tratamentos convencionais, incluindo inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), terapia cognitivo-comportamental (TCC) e, em casos refratários, intervenções mais invasivas como a estimulação cerebral profunda (EBP), uma parcela considerável de pacientes permanece refratária, com resposta parcial ou ausente às abordagens terapêuticas padrão (5).

Nesse contexto, há crescente interesse em alternativas terapêuticas, como os canabinoides, especialmente o canabidiol (CBD) e o tetrahydrocannabinol (THC), que têm sido investigados devido ao seu potencial modulador do sistema endocanabinoide (SEC).





O SEC, constituído por receptores CB1 e CB2, endocanabinoides e enzimas reguladoras, desempenha papel central no sistema nervoso, modulando memória, estresse, medo, humor e comportamento (6, 8). Evidências experimentais e clínicas indicam que a regulação do SEC pode reduzir respostas de ameaça exacerbadas, facilitar a extinção do medo e influenciar o equilíbrio entre comportamentos habituais e ações dirigidas a objetivos, processos centrais na fisiopatologia do TOC (1, 11).

Apesar do potencial promissor, os efeitos dos canabinoides no TOC ainda não estão plenamente compreendidos. Alguns estudos sugerem benefícios clínicos, como redução da ansiedade e dos sintomas obsessivo-compulsivos (3), enquanto outros levantam preocupações quanto ao agravamento de sintomas, desenvolvimento de tolerância ou dependência, especialmente em contextos de uso crônico sem supervisão médica adequada (7,10). O uso empírico de produtos derivados da *Cannabis* em contextos psiquiátricos tem aumentado, reforçando a necessidade urgente de estudos clínicos robustos que avaliem segurança, eficácia e limites terapêuticos desses compostos (7).

Diante desse cenário, o presente relato de caso busca contribuir com a literatura emergente ao descrever a experiência clínica de um paciente com TOC tratado com uma combinação de THC e CBD, associada a outras abordagens terapêuticas. Ao relatar o percurso clínico, a evolução dos sintomas e os efeitos observados, pretende-se ampliar o debate sobre o uso racional, seguro e eticamente fundamentado da *Cannabis* medicinal no tratamento de transtornos psiquiátricos. Considerando a escassez de estudos clínicos robustos e a crescente demanda por alternativas terapêuticas menos danosas e mais eficazes é essencial não apenas compreender os mecanismos de ação dos canabinóides, mas também documentar experiências clínicas que possam subsidiar a elaboração de diretrizes fundamentadas em evidências científicas.





RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 30 anos, 183 cm, 100 kg, procurou acompanhamento especializado após mais de uma década convivendo com sintomas obsessivo-compulsivos graves e progressivamente debilitantes. Segundo relato, os primeiros sinais surgiram ainda na adolescência, entre os 10 e 15 anos, com pensamentos repetitivos, ansiedade difusa e comportamentos evitativos. O quadro clínico sofreu intensificação notável após um evento traumático marcante: o velório do pai de um amigo próximo, que desencadeou gatilhos persistentes relacionados a conteúdos de morte e luto.

Desde então, o paciente desenvolveu obsessões com temática fúnebre, acompanhadas de forte aversão a estímulos simbólicos associados à morte, incluindo a cor preta, palavras e imagens lutuosas, e até mesmo menção a cemitérios. Esses estímulos provocavam respostas autonômicas exacerbadas, com sintomas compatíveis com ataques de pânico: taquicardia, sudorese profusa, tremores, dispneia, sensação iminente de desfalecimento e medo intenso de perder o controle. Esses episódios impactaram diretamente sua vida social, familiar e profissional, resultando em afastamento de atividades cotidianas e comprometimento significativo da qualidade de vida.

As obsessões consistiam em pensamentos intrusivos, negativos, recorrentes e de difícil supressão, invariavelmente relacionados à possibilidade de morte própria ou de pessoas amadas. O paciente sustentava crenças disfuncionais de que a exposição a estímulos fúnebres resultaria inevitavelmente em eventos adversos, perpetuando compulsões de evitação: recusar roupas escuras, evitar locais e conversas sobre luto e controlar rigidamente interações sociais. Adicionalmente, apresentava necessidade excessiva de monitorar a segurança de pessoas próximas, expressando medo irracional e constante de perdê-las, gerando intenso sofrimento psíquico e sobrecarga emocional.

Em 2023, pós anos de trajetória clínica marcada por atendimentos inespecíficos e tentativas frustradas de alívio sintomático, recebeu diagnóstico formal de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) por psiquiatra especializado, baseado em critérios clínicos





compatíveis com os descritos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition* (DSM-5). Foi inicialmente instituído tratamento com cloridrato de clomipramina, iniciado na dose de 50 mg/dia e gradualmente titulado até 300 mg, administrados em duas tomadas diárias. Apesar da adesão adequada, o paciente não apresentou resposta terapêutica significativa. Diante da refratariedade, foi associada medicação antipsicótica de suporte (aripirazol 5 mg/dia), igualmente ineficaz no controle dos sintomas obsessivo-compulsivos. Durante essa fase, o paciente apresentou efeitos adversos relevantes, como espasmos musculares e redução da libido, que motivaram a busca por alternativas terapêuticas.

Em abril de 2024, o paciente iniciou tratamento com extrato de *Cannabis sativa* L., sob prescrição médica especializada. Foi utilizado inicialmente um extrato full-spectrum a 3%, contendo 7,5 mg/mL de THC e 2,5 mg/mL de CBD, totalizando 0,25 g de extrato puro em 30 mL (1 mL = 20 gotas). A posologia inicial foi de 3 gotas, três vezes ao dia ($\approx 3,4$ mg de THC e 1,1 mg de CBD/dia), com incremento semanal de 1 gota por tomada até atingir 10 gotas, três vezes ao dia ($\approx 11,3$ mg de THC e 3,8 mg de CBD/dia). Diante de resposta clínica parcial, realizou-se transição para um extrato full-spectrum a 6%, com concentração de 15 mg/mL de THC e 5 mg/mL de CBD, mantendo o mesmo esquema posológico e titulação gradual até 10 gotas, três vezes ao dia ($\approx 22,5$ mg de THC e 7,5 mg de CBD/dia). Posteriormente, o paciente evoluiu para o extrato full-spectrum a 9%, contendo 22,5 mg/mL de THC e 7,5 mg/mL de CBD. A dose inicial foi de 5 gotas, três vezes ao dia ($\approx 16,9$ mg de THC e 5,6 mg de CBD/dia). Entretanto, devido à sonolência diurna, a posologia foi ajustada para 2 gotas pela manhã, 2 à tarde e 4 à noite ($\approx 13,5$ mg de THC e 4,5 mg de CBD/dia), esquema atualmente mantido (Tabela 1)





Tabela 1. Esquema posológico dos óleos de *Cannabis sativa* L. utilizados pelo paciente, com respectivas concentrações, doses, e duração do tratamento.

Fase do tratamento	Óleo utilizado (concentração)	Dose inicial	Dose máxima	Dose atual	Duração da Fase (aproximado)
1ª fase	Extrato full-spectrum a 3% (7,5 mg/mL THC + 2,5 mg/mL CBD)	3 gotas 3x/dia	10 gotas 3x/dia (≈11,3 mg THC / 3,8 mg CBD)	-	4 semanas
2ª fase	Extrato full-spectrum a 6% (15 mg/mL THC + 5 mg/mL CBD)	3 gotas 3x/dia	10 gotas 3x/dia (≈22,5 mg THC / 7,5 mg CBD)	-	4 semanas
3ª fase	Extrato full-spectrum a 9% (22,5 mg/mL THC + 7,5 mg/mL CBD)	5 gotas 3x/dia	-	2 gotas manhã, 2 à tarde, 4 à noite (≈13,5 mg THC / 4,5 mg CBD)	Em curso, a partir da 9ª semana

Durante a transição entre os óleos e devido a limitações financeiras, o paciente realizou desmame não supervisionado da cloridrato de clomipramina e do aripiprazol, reduzindo gradativamente as doses até a suspensão total. Apesar dos riscos inerentes a essa conduta, não foram observados efeitos adversos significativos nem agravamento dos sintomas. Simultaneamente, iniciou acompanhamento psicoterapêutico regular, do tipo Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com foco em técnicas de Exposição e Prevenção de Resposta (EPR), conduzido por profissional habilitado. A psicoterapia contribuiu de maneira expressiva para a reestruturação cognitiva, ressignificação do trauma inicial, desenvolvimento de estratégias adaptativas de enfrentamento e melhora da autoestima, refletindo positivamente na funcionalidade social e emocional do paciente.





Atualmente, o paciente apresenta melhora clínica significativa, com redução aproximada de 70% nos sintomas obsessivos e na ansiedade associada, melhora do sono, cessação das cefaleias e aumento geral da qualidade de vida. Relata também que os pensamentos intrusivos diminuíram de forma marcante durante o uso regular da Cannabis medicinal. Observa-se ainda que o controle dos sintomas está associado à prática regular de atividade física, sendo relatada piora do quadro em períodos de sedentarismo. O único efeito colateral relatado foi sonolência leve nas primeiras semanas, de caráter transitório e autolimitado. A titulação individualizada do tratamento permitiu ajustes eficazes, excelente tolerabilidade e alta adesão terapêutica.

Para quantificar a evolução clínica de forma sistemática, foram aplicadas retrospectivamente escalas validadas e adaptadas para o português, incluindo a Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) para gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos e o Beck Anxiety Inventory (BAI) para intensidade da ansiedade. O paciente foi orientado a preencher essas escalas considerando tanto períodos anteriores ao início do tratamento com Cannabis medicinal quanto momentos após a intervenção, possibilitando uma análise comparativa objetiva da evolução sintomática. A análise dos escores revelou uma redução expressiva na gravidade dos sintomas: o escore total da Y-BOCS reduziu de 32 (grave) para 14 (leve a moderado), representando melhora de aproximadamente 56%, enquanto o escore do BAI passou de 36 (ansiedade grave) para 14 (leve), o que corresponde a uma redução de cerca de 61%. A aplicação retrospectiva dessas ferramentas padronizadas oferece, assim, uma avaliação quantitativa complementar à narrativa clínica, fortalecendo a interpretação dos efeitos da intervenção sobre múltiplos domínios funcionais, psicológicos e de qualidade de vida.

Este relato de caso foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da Declaração de Helsinque, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/Unimontes, parecer nº 7.390.935). O paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e todos os dados foram anonimizados para garantir a privacidade.





DISCUSSÃO

O presente relato de caso oferece uma perspectiva valiosa sobre os desafios terapêuticos enfrentados no manejo do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), uma condição psiquiátrica crônica e significativamente debilitante. Globalmente, o TOC afeta uma parcela considerável da população, impondo importantes limitações à vida pessoal, social e ocupacional dos indivíduos acometidos (14). A história clínica apresentada ilustra a gravidade e complexidade do sofrimento psíquico do paciente, marcado por obsessões persistentes com conteúdo fúnebre e compulsões evitativas desencadeadas por um evento traumático. A refratariedade às intervenções farmacológicas convencionais, como a cloridrato de clomipramina e aripiprazol, corrobora as limitações já apontadas na literatura para o tratamento de primeira linha em muitos pacientes com TOC (5, 6), evidenciando a premente necessidade de estratégias terapêuticas alternativas e complementares.

Nesse contexto, a utilização da *Cannabis* medicinal, especialmente em formulações com proporções equilibradas de tetrahydrocannabinol (THC) e canabidiol (CBD), desponta como uma alternativa adjuvante promissora no tratamento de transtornos neuropsiquiátricos. O sistema endocanabinoide (SEC), composto por receptores canabinóides (CB1 e CB2), endocanabinoides e enzimas reguladoras, exerce uma função neuromoduladora essencial em circuitos cerebrais responsáveis pela regulação do humor, da resposta ao estresse, do medo condicionado e dos comportamentos repetitivos (5, 8). No sistema nervoso central, o SEC está amplamente distribuído em regiões envolvidas no circuito córtico-estriado-tálamo-cortical (CSTC), uma rede neural crítica para o planejamento motor e a modulação de respostas emocionais. Alterações na funcionalidade desse circuito têm sido consistentemente associadas a diversas condições neuropsiquiátricas, incluindo o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) (6), e a modulação de sua atividade por fitocanabinoides pode representar um mecanismo potencial de ação terapêutica. Embora a pesquisa específica sobre o uso do CBD e THC no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) ainda seja limitada, evidências





emergentes sugerem que derivados da *Cannabis* podem oferecer benefícios no manejo de sintomas associados, como a ansiedade e os comportamentos repetitivos (9, 12).

Essa hipótese é corroborada pelos resultados objetivos obtidos neste caso, nos quais a aplicação retrospectiva das escalas Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) para gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos e o Beck Anxiety Inventory (BAI) para intensidade da ansiedade evidenciou reduções expressivas na gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos e ansiosos após o início do tratamento com *Cannabis sativa* L.. O escore total da Y-BOCS reduziu de 32 (grave) para 14 (leve a moderado), representando melhora de aproximadamente 56%, enquanto o BAI passou de 36 (ansiedade grave) para 14 (leve), o que corresponde a redução de cerca de 61%. Esses resultados reforçam a consistência entre as observações subjetivas do paciente e os dados quantitativos, sugerindo impacto clínico relevante e sustentado. No caso clínico em análise, a dose final de estabilização, ajustada para o esquema 2-2-4 gotas por dia, foi de 13,5 mg de THC e 4,5 mg de CBD por dia, o que coincidiu com uma melhora consistente dos sintomas obsessivo-compulsivos e da ansiedade associada.

Um dos primeiros estudos a explorar o potencial terapêutico dos canabinoides no TOC foi um relato de caso publicado por Schindler e colaboradores, em 2008, no qual foram descritos dois pacientes com TOC tratados com dronabinol, um canabinoide sintético correspondente ao delta-9-tetrahidrocanabinol (THC) (12). Com doses de 10 mg de dronabinol administradas duas a três vezes ao dia, em adição aos tratamentos convencionais, observou-se uma melhora significativa nos sintomas obsessivos e compulsivos. Esses achados iniciais destacaram o potencial do THC para aliviar manifestações específicas do TOC, incentivando pesquisas subsequentes sobre o uso de canabinoides nesse contexto (13). Em 2011, Grant e colaboradores ampliaram essa linha de investigação ao avaliar os efeitos do dronabinol em pacientes com tricotilomania, um transtorno do espectro impulsivo-compulsivo que compartilha características fenotípicas e neurobiológicas com o TOC, como comportamentos repetitivos e dificuldades no controle de impulsos. Com uma dose média de 11,6 mg/dia, o dronabinol foi bem tolerado e resultou em uma redução significativa dos





sintomas, incluindo a compulsão de arrancar os cabelos (4). Esses achados sugerem que os canabinoides podem apresentar eficácia em transtornos compulsivos, reforçando suas possíveis aplicações terapêuticas no TOC, dado o compartilhamento de mecanismos neurobiológicos subjacentes.

Mais recentemente, um estudo piloto conduzido entre 2017 e 2019 avaliou os efeitos da nabilona, um análogo sintético do THC, no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo, tanto de forma isolada quanto em combinação com a terapia cognitivo-comportamental (5). Os participantes receberam doses de nabilona variando de 0,25 mg a 1 mg, administradas duas vezes ao dia. Embora a administração isolada da substância tenha produzido efeitos limitados sobre os sintomas do TOC, sua associação com a terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR) resultou em melhorias clínicas significativas, indicando um possível efeito complementar e sinérgico (5). Essa evidência reforça a relevância de abordagens terapêuticas integradas, como a utilizada no presente caso, em que o extrato de *Cannabis* foi combinado com intervenção psicoterapêutica, contribuindo para a melhora dos sintomas obsessivo-compulsivos. Complementando esses achados, um estudo observacional publicado em 2021 por Mauzay e colaboradores investigou os efeitos do uso de *Cannabis* em tempo real em 87 indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo, por meio de um aplicativo de monitoramento de sintomas. Os participantes relataram reduções significativas nas compulsões (60%), nos pensamentos intrusivos (49%) e na ansiedade (52%) após a inalação de *Cannabis*. Além disso, os dados indicaram que doses mais elevadas e formulações com maiores proporções de CBD estavam associadas a reduções mais expressivas dos sintomas (9). Embora o estudo apresente limitações metodológicas, como a natureza autorrelatada dos dados e a ausência de grupo controle, seus resultados sugerem um potencial terapêutico relevante da *Cannabis* no manejo do TOC. Tais evidências corroboram a melhora clinicamente significativa observada no caso aqui descrito, reforçando a hipótese de que os canabinoides possam contribuir para a modulação dos sintomas obsessivo-compulsivos.





A resposta clínica observada no paciente deste relato de caso, após o início do uso do extrato de *Cannabis sativa* L., incluindo a melhora do sono, a diminuição da ansiedade e o alívio das cefaleias, sugere um possível efeito terapêutico da intervenção em múltiplos domínios sintomáticos. Embora a natureza observacional do relato impeça a atribuição de causalidade direta ao uso da *Cannabis*, os resultados descritos, em consonância com evidências pré-clínicas e estudos clínicos emergentes (4, 5, 9, 12, 13), ressaltam a necessidade de ensaios clínicos controlados e metodologicamente robustos para validar essas observações preliminares e aprofundar a compreensão dos mecanismos neurobiológicos subjacentes.

Entretanto, a decisão autônoma do paciente de interromper abruptamente a farmacoterapia psiquiátrica convencional levanta importantes considerações clínicas e éticas. A suspensão súbita de psicofármacos com perfis farmacocinéticos complexos, como o cloridrato de clomipramina, pode implicar riscos substanciais, incluindo a síndrome de descontinuação e o possível agravamento dos sintomas psiquiátricos (15). A ausência de eventos adversos significativos neste caso, embora notável, não elimina a necessidade de um acompanhamento médico rigoroso e de supervisão profissional contínua, sobretudo quando se introduzem modalidades terapêuticas alternativas (15). A conduta adotada pelo paciente, embora compreensível diante da frustração com a ineficácia dos tratamentos anteriores e das limitações econômicas, evidencia uma lacuna crítica entre a prática clínica ideal e o suporte terapêutico efetivamente disponível.

Outro aspecto relevante e promissor deste caso é a sinergia observada entre o uso do extrato de *Cannabis* e a psicoterapia individualizada. Evidências indicam que fitocanabinoides como o canabidiol (CBD) possuem propriedades ansiolíticas e estabilizadoras de humor que podem favorecer o engajamento do paciente no processo psicoterapêutico, potencializando os efeitos clínicos da intervenção (12). Estudos demonstram que o CBD, particularmente em contextos de ansiedade, é capaz de reduzir a ansiedade subjetiva e modular a atividade de estruturas cerebrais envolvidas na regulação emocional, como a amígdala e o hipocampo, sem provocar efeitos sedativos indesejados (2). Além disso,





o envolvimento do sistema serotoninérgico, aliado ao chamado "efeito entourage", que se refere à interação sinérgica entre fitocanabinoides e terpenos presentes na planta, pode contribuir para uma resposta terapêutica mais ampla e eficaz (13). A integração entre intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas, como observada neste caso, pode ter contribuído para um desfecho clínico mais robusto, promovendo não apenas a redução dos sintomas obsessivo-compulsivos, mas também a recuperação funcional e o desenvolvimento de estratégias adaptativas de enfrentamento a longo prazo.

Apesar da narrativa promissora apresentada neste relato, é imprescindível reconhecer as limitações inerentes a estudos clínicos isolados. A ausência de grupo controle impede a atribuição conclusiva dos efeitos terapêuticos à *Cannabis* medicinal, e não se pode descartar a influência de efeitos placebo, viés de expectativa ou regressão à média. Ademais, a literatura sobre o uso de canabinoides em transtornos psiquiátricos ainda se encontra em estágio inicial, marcada por heterogeneidade metodológica, inconsistência de resultados e escassez de ensaios clínicos randomizados e controlados, os quais são essenciais para fundamentar práticas clínicas seguras e eficazes. A crescente adoção empírica da *Cannabis* para fins psiquiátricos, muitas vezes sem supervisão profissional adequada (5, 7, 10, 11), reforça a urgência de pesquisas sistemáticas e rigorosas que subsidiem diretrizes clínicas baseadas em evidências robustas. Em conjunto, os dados disponíveis até o momento oferecem uma base promissora para a investigação dos canabinoides como intervenções terapêuticas complementares no tratamento do TOC. Embora sejam necessárias pesquisas adicionais para confirmar e expandir essas evidências preliminares, os canabinoides demonstram um potencial considerável para o manejo dos sintomas obsessivo-compulsivos. A combinação estratégica entre canabinoides, farmacoterapia convencional e psicoterapia pode representar um caminho promissor para avanços significativos no tratamento integrado do TOC.





CONCLUSÃO

Em síntese, este relato de caso demonstra uma resposta clínica notável em um paciente com TOC refratário, evidenciada pela significativa redução do escore Y-BOCS (de 32 para 14), após o uso adjuvante de extrato de *Cannabis sativa* L. (CBD/THC) em combinação com a psicoterapia. Este achado sugere um papel promissor dos canabinoides na modulação dos circuitos neurobiológicos implicados na fisiopatologia do TOC, abrindo novas vias para o manejo da ansiedade e dos sintomas obsessivo-compulsivos. Contudo, é imperativo que estudos controlados e randomizados sejam conduzidos para validar rigorosamente a segurança e a eficácia dessa abordagem terapêutica e fundamentar sua incorporação segura e ética na prática psiquiátrica.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Unimontes e ao Programa de Pós-graduação em Biotecnologia pelo suporte institucional, à Associação Flor da Vida pelo fornecimento de medicação e consultas para continuidade do tratamento e, especialmente, ao paciente, que gentilmente autorizou a escrita deste relato. Agradecem também à FAPEMIG e a CAPES. Os autores declaram não haver conflitos de interesse relacionados a este estudo.

REFERÊNCIAS

1. APERGIS-SCHOUTE, A. M.; GILLAN, C. M.; FINEBERG, N. A.; FERNANDEZ-EGEA, E.; SAHAKIAN, B. J.; ROBBINS, T. W. Neural basis of impaired safety signaling in obsessive compulsive disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, v. 114, n. 12, p. 3216–3221, 21 mar. 2017.
2. BATALLA, A.; BOS, J.; POSTMA, A.; BOSSONG, M. The impact of cannabidiol on human brain function: a systematic review. *Frontiers in Pharmacology*, v. 11, p. 3596, 2021.





3. GREMEL, C. M.; CHANCEY, J. H.; ATWOOD, B. K.; LUO, G.; NEVE, R.; RAMAKRISHNAN, C. et al. Endocannabinoid modulation of orbitostriatal circuits gates habit formation. *Neuron*, v. 90, n. 6, p. 1312–1324, 15 jun. 2016.
4. GRANT, J. E.; ODLAUG, B. L.; CHAMBERLAIN, S. R.; KIM, S. W. Dronabinol, a cannabinoid agonist, reduces hair pulling in trichotillomania: a pilot study. *Psychopharmacology*, v. 218, n. 3, p. 493–502, ago. 2011.
5. KAYSER, R. R.; HANEY, M.; RASKIN, M.; SIMPSON, H. B. Cannabinoid augmentation of exposure-based psychotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 40, n. 3, p. 207–210, jun. 2020.
6. KAYSER, R. R.; SNORRASON, I.; HANEY, M.; LEE, F. S.; SIMPSON, H. B. The endocannabinoid system: a new treatment target for obsessive compulsive disorder? *Cannabis and Cannabinoid Research*, v. 4, n. 2, p. 77–87, 2019.
7. LOWE, D. J. E.; SASIADEK, J. D.; COLES, A. S.; GEORGE, T. P. Cannabis and mental illness: a review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, v. 269, n. 1, p. 107–120, fev. 2019.
8. LU, H. C.; MACKIE, K. An introduction to the endogenous cannabinoid system. *Biological Psychiatry*, v. 79, n. 7, p. 516–525, 1 abr. 2016.
9. MAUZAY, D.; LAFRANCE, E. M.; CUTTLER, C. Acute effects of cannabis on symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, v. 279, p. 158–163, 1 jan. 2021.
10. MEMEDOVICH, K. A.; DOWSETT, L. E.; SPACKMAN, E.; NOSEWORTHY, T.; CLEMENT, F. The adverse health effects and harms related to marijuana use: an overview review. *CMAJ Open*, v. 6, n. 3, p. E339–E346, jul./set. 2018.
11. PIETRZAK, R. H.; HUANG, Y.; CORSI-TRAVALI, S.; ZHENG, M. Q.; LIN, S. F.; HENRY, S. et al. Cannabinoid type 1 receptor availability in the amygdala mediates threat processing in trauma survivors. *Neuropsychopharmacology*, v. 39, n. 11, p. 2519–2528, nov. 2014.
12. SCHIER, A. R.; RIBEIRO, N. P.; SILVA, A. C.; HALLAK, J. E.; CRIPPA, J. A.; NARDI, A. E. et al. Cannabidiol, a Cannabis sativa constituent, as an anxiolytic drug. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 34, supl. 1, p. S104–S110, 2012.





13. SCHINDLER, F.; ANGHELESCU, I.; REGEN, F.; JOCKERS-SCHERUBL, M. Improvement in refractory obsessive compulsive disorder with dronabinol. *American Journal of Psychiatry*, v. 165, n. 4, p. 536–537, abr. 2008.
14. STEIN, D. J.; COSTA, D. L. C.; LOCHNER, C.; MIGUEL, E. C.; REDDY, Y. C. J.; SHAVITT, R. G. et al. Obsessive–compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 5, n. 1, p. 52, 14 fev. 2019.
15. WISŁOWSKA-STANEK, A.; JARKIEWICZ, M.; MIROWSKA-GUZEL, D. Rebound effect, discontinuation, and withdrawal syndromes associated with drugs used in psychiatric and neurological disorders. *Pharmacological Reports*, v. 76, n. 1, p. 168–182, fev. 2024. DOI: 10.1007/s43440-024-00689-z.

Recebido em: 23/03/2026

Aprovado em: 04/04/2026

Publicado em: 21/04/2026

