



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO – SAÚDE PÚBLICA**

ANDERSON FÁBIO MOURA WEIBER

**LEGALIZAÇÃO DA MACONHA:
UMA REVISÃO**

**JEQUIÉ-BAHIA
2016**

ANDERSON FÁBIO MOURA WEIBER

**LEGALIZAÇÃO DA MACONHA:
UMA REVISÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB – Campus Jequié, com área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Edite Lago da Silva Sena

**JEQUIÉ-BAHIA
2016**

Weiber, Anderson Fábio Moura.
W43 Legalização da maconha: uma revisão/Anderson
Fábio Moura Weiber. - Jequié, UESB, 2016.
87 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em
Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do
Sudoeste da Bahia, 2016. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Edite
Lago da Silva Sena.

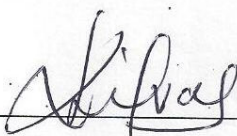
1. Maconha (*Cannabis*) – Legalização 2. Drogas – Hábito
de fumar maconha 3. Medicamentos e entorpecentes -
Controle I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
II. Título.

CDD – 616.86

FOLHA DE APROVAÇÃO

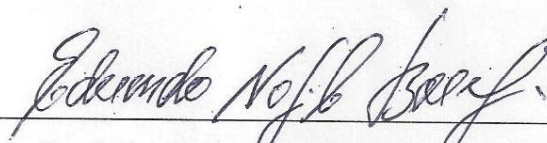
WEIBER, A.F.M. **Legalização da maconha: uma revisão. 2016.** [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Saúde Pública, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA.

Banca Examinadora



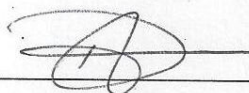
Prof.^a Dr.^a **Edite Lago da Silva Sena**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Orientadora e Presidente da Banca



Prof. Dr. **Eduardo Nagib Boery**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB



Prof. Dr. **Rafael Pereira de Paula**

Universidade Federal da Bahia - UFBA

Jequié/BA, 08 de Abril de 2016

A meus pequenos amores, amados, queridos,
Arthur, Bia e Mel.

Todos meus esforços são
impulsionados pelo amor maior que vocês
despertaram em mim. Nada serviu de
impedimento nesses anos tão cansativos.
Foi uma jornada de muita luta e de muitas dores.
Conviver com o ideal do aprendizado infinito,
diante das responsabilidades das quais não se
pode fugir, somado à luta de vencer as limitações físicas.
Por vocês tudo valeu e vale a pena.

A meu pai, João Weiber e a minha mãe
Sônia Weiber (*in memoriam*), por me ensinarem
o único caminho para o crescimento humano:
a educação.

A meus irmãos, meus melhores amigos, e
companheiros desta jornada que, desde cedo,
seguiram comigo todos os caminhos
traçados por nossos pais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela chance que é cada novo dia.

A meus pacientes, meus melhores professores.

A todos professores pela paciência e dedicação.

A minha orientadora, **Edite Lago**, pela perseverança, dedicação e confiança.

A meus alunos, companheiros no aprendizado da arte de confortar.

A meus colaboradores especiais, **Diego Pires, Laianna Leão, Denise Santos, Inês Calazans, Leydiane Miranda**.

RESUMO

A humanidade convive com o uso de substâncias psicoativas desde os seus primórdios. Cada sociedade e cada país têm uma maneira diferente de lidar com esta realidade, de modo que alguns tendem a repreender radicalmente o consumo, outros defendem, seguramente, a liberação total. A droga com maior potencial de liberação do consumo na atualidade é a maconha (*Cannabis*), e alguns países das Américas já caminharam para a legalização. O debate sobre o tema é amplo e engloba vários grupos com opiniões baseadas em certas evidências e também em ideologias. Com o objetivo de analisar o modo como a produção científica contemporânea relacionada à discussão sobre a legalização da *Cannabis* trata o tema, realiza-se uma revisão integrativa de literatura, mediante a busca nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline de publicações dos últimos cinco anos, no período de maio a outubro de 2015. Utilizaram-se as palavras-chave *legalization*, *Cannabis*, *policy*, *drugs*, de acordo com a descrição de termos do Medical Subject Headings; e *Cannabis*, *hábito de fumar maconha*, *controle de medicamentos e entorpecentes*, de acordo com Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Houve o acesso de 135 artigos disponíveis na íntegra, nos idiomas português, espanhol e inglês, analisados com base em critérios de inclusão e de exclusão de textos científicos propostos, concordantes com o objetivo do estudo. Foi possível, assim, analisar o nível das evidências dos principais argumentos utilizados no meio científico para justificar ou não o modelo de legalização como uma política alternativa aos modelos atuais. Também foram analisadas as experiências de políticas de drogas praticadas para a *Cannabis*, em particular a da Holanda, e a maneira como os novos modelos americanos de legalização, recém-implementados, poderão fornecer elementos que fundamentem um modelo de política de legalização como um sistema viável para lidar com o problema do consumo da substância.

Palavras-chave: Legalization, *Cannabis*, Policy, Drugs, Hábito de fumar maconha, Controle de medicamentos e entorpecentes.

ABSTRACT

The humanity lives with the use of psychoactive substances since its origins. Each society and each country have a different manner to deal with this reality in such a way that some tend to reprehend radically its consumption, some certainly defend its total liberation. Nowadays, the drug with the biggest potential of consumption liberation is Marijuana (*Cannabis*) and some American countries already headed to legalization. The debate about this theme is wide and comprehend various groups with opinions based on certain evidences and also ideologies. With the objective of probe the mode the contemporaneous scientific production related to the discussion about the legalization of *Cannabis* treats the theme, an integrative literature review is performed through research on the Scielo, Lilacs and Medline database publications on the last five years, during the period of October of 2015. The keywords *legalization, Cannabis, policy, drugs* were used according to the description of the Medical Subject Headings terms; and *Cannabis, marijuana smoking habits, narcotic and medicines control* according to the Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). There was access to 135 papers totally available on Portuguese, Spanish and English and their analyzes was based on including and excluding criteria of scientific texts proposed, concordant with object of study. It was possible, then, to examine the level of evidences from main arguments used on scientific mean to justify or not the model of legalization as an alternative policy to the current ones. Experiences of drugs policies practiced were also analized to the *Cannabis*, particularly in Netherlands and the manner as the new American models of legalization, newly implemented, will be able to provide elements that base a model of legalization policy as a viable system to deal with the problem of the substance consumption.

Keywords: Legalization, *Cannabis*, Policy, Drugs, Marijuana smoking habits, Narcotic and medicines control.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EUA – Estados Unidos da América

INPAD – Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LSD – Ácido Lisérgico Dietilamida

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH - Medical Subject Headings

ONU – Organização das Nações Unidas

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

THC – Tetrahydrocannabinol

WHO - Organização das Nações Unidas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 METODOLOGIA.....	19
2.1 IDENTIFICAÇÃO DO TEMA OU DA PERGUNTA NORTEADORA DA REVISÃO	20
2.2 AMOSTRA OU BUSCA NA LITERATURA	20
2.3 CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS.....	21
2.4 AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS	22
2.5 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	22
2.6 SÍNTESE DO CONHECIMENTO OU CONCLUSÃO	22
3 RESULTADOS	23
3.1 HISTÓRIA DA CANNABIS	23
3.2 A CANNABIS NO BRASIL.....	26
3.3 EPIDEMIOLOGIA.....	28
3.4 RISCOS E DANOS ASSOCIADOS AO USO DA CANNABIS.....	36
4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
4.1 EXPERIÊNCIAS COM A LEGALIZAÇÃO	47
4.2 O DEBATE SOBRE A LEGALIZAÇÃO	57
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS.....	79

1 INTRODUÇÃO

Desde os primórdios, a humanidade convive com o consumo de substâncias psicoativas e as utiliza para diversos fins, tanto medicinal quanto religioso e/ou recreativo. O uso recreativo é o mais amplamente disseminado e pode gerar danos à saúde individual e coletiva.

A Convenção Única sobre Narcóticos, realizada pela Organização das Nações Unidas em 1961, determinou como se faria o combate às drogas e estabeleceu uma classificação para elas, a depender de seu potencial de risco e de danos à saúde. Muitas foram proibidas, sendo consideradas ilícitas, como a cocaína, a heroína e a *Cannabis* e tratados internacionais determinaram proibição mundial de sua produção, comércio e consumo. Outras drogas, como o álcool e o tabaco, foram consideradas lícitas e, por isto, tiveram sua cadeia de produção e consumo livremente determinada por cada país, com base nas particularidades regionais (ONU, 2011).

Após essa convenção da ONU, iniciou-se um processo global de guerra contra as drogas, e a busca por um mundo livre delas. No entanto, o cenário atual, transcorridos 50 anos de intenso combate ao tráfico, apresenta indicativos que parecem refletir o contrário: a guerra contra as drogas fracassou (ONU, 2011).

De forma geral, o uso de substâncias psicoativas, para muitos humanos, parece ser uma condição inerente à vida cotidiana. O escritor e romancista inglês Aldous Leonard Huxley (1954, p. 27), ao refletir sobre o uso de drogas, chegou à seguinte conclusão:

Parece extremamente improvável que a humanidade, de um modo geral, algum dia seja capaz de passar sem paraísos artificiais. A maioria dos homens e mulheres leva uma vida tão sofredora em seus pontos baixos e tão monótona em suas eminências, tão pobre e limitada, que os desejos de fuga, os anseios para superar-se, ainda por uns breves momentos, estão e têm estado sempre entre os principais apetites da alma [...] E na vida individual, para uso cotidiano, sempre houve drogas inebriantes [...] é inevitável que perdure, apesar de tudo, a necessidade de frequentes excursões químicas para longe da intolerável personalidade e dos repulsivos arredores de cada um.

Dentre todas as drogas consideradas ilegais, a *Cannabis* ou maconha se destaca por ser a droga ilícita mais popular no mundo: de 2,8% a 4,5% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos já usaram *Cannabis* em alguma ocasião na vida, o que corresponde a uma população de 125 a 203 milhões de pessoas, colocando-a na posição de terceira droga mais consumida, perdendo apenas para o álcool e o tabaco (OURS, 2012).

No Brasil, é a droga ilícita mais consumida: corresponde a 80,1% de todas as drogas ilícitas consumidas, e pesquisas epidemiológicas evidenciaram um aumento de 24% no consumo da substância no período de 1998 a 2005 (JUNGERMAN et al., 2010).

Segundo dados de 2012, em relatório do Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (Inpad), 6,8% da população adulta afirmam ter utilizado *Cannabis* alguma vez na vida, 2,5% desta população relatam ter utilizado nos últimos 12 meses (LARANJEIRA, 2012).

Embora a prevalência do consumo da *Cannabis* no Brasil seja menor do que em muitos países, quando levamos em consideração a população mais jovem e mais exposta, verificamos que 30% já usaram *Cannabis* em algum momento da vida, taxa que se assemelha àquela de países do primeiro mundo como Espanha, Reino Unido, Estados Unidos da América e Canadá, onde a prevalência do uso é maior (ANDRADE et al., 2010).

Não obstante a elevada prevalência, a *Cannabis* é proibida, classificada como droga ilícita e perigosa na maioria das nações. As drogas ilícitas são classificadas pelos diversos governos ao redor do mundo com as seguintes finalidades: orientar os tribunais a fim de determinar o tipo de infração por sua posse, produção ou tráfico e, também, para orientar políticas públicas de saúde, visando à prevenção, tratamento e educação em saúde, no sentido de diminuir os riscos relacionados ao consumo (KALANT, 2010).

O autor destaca, ainda, que essas classificações são antigas e, no caso da *Cannabis*, existem indicativos de que sua classificação tenha sido influenciada por questões políticas: os determinantes políticos nas decisões estão sujeitos a muitos vieses e há uma concordância de que as classificações deveriam ser conduzidas por cientistas e especialistas em drogas.

Não obstante, ainda é possível que o tema seja julgado de forma parcial, mesmo por cientistas, considerando os critérios pessoais e subjetivos, que acabam interferindo em fatos científicos, quando o tema aborda as drogas e seu controle. Além disto, apesar das decisões políticas e das observações de cientistas, o controle e a classificação das drogas reconhecidas como perigosas só podem funcionar se estiverem em harmonia com os anseios da sociedade (KALANT, 2010).

Existem novas considerações propostas por muitos cientistas, políticos e membros da sociedade, no intuito de mudar a classificação da *Cannabis* para uma droga branda ou leve (SOLOWIJ, 2010). O autor ressalta que tais considerações incluem o desejo de reconceituar o uso da substância como um problema de saúde e, portanto, evitar a criminalização de jovens. Também existem as aspirações acadêmica e social de reconhecer as novas evidências científicas emergentes que abordam o tema.

Um dos problemas na recondução de uma nova classificação é que a *Cannabis* tem sido implicada em vários estudos que tendem a validar sua associação a diversos danos à saúde, o que tem levado vários autores a se posicionarem contra a reclassificação da *Cannabis* como droga leve (ANDERSON; STEIN; PEDERSEN, 2011; SOLOWIJ, 2010).

Entre os principais danos citados, encontram-se aqueles de natureza física, mental e social, tais como: comportamento sexual de risco (ANDERSON; STEIN, 2011), associação com pobreza (PEDERSEN, 2011), envolvimento com tráfico, crimes contra a propriedade e, ainda, a prisão dos usuários (PEDERSEN; SKARDHAMAR, 2010), abandono escolar (GREEN et al., 2010), progressão para o uso de drogas mais pesadas como a cocaína e heroína (MAYET et al., 2012) e psicose (SOLOWIJ, 2010).

Um estudo (HAMMERSLEY, 2011) contrabalança esses argumentos, destacando que existem muitos problemas na literatura sobre a *Cannabis*, particularmente os relativos à forma como os danos relacionados a seu uso aparecem nos estudos, pois sua definição contém vieses metodológicos e ausência de revisão consistente.

Neste sentido, o autor ressalta que o consumo de drogas é um evento muito complexo, envolve diversos fatores e teorias ainda difusas como, por exemplo, o

dilema não resolvido de que, apesar do consumo pesado de *Cannabis*, muitos usuários não se tornam dependentes. Portanto, faz-se necessária a realização de estudos bem desenhados e que analisem, de forma minuciosa, a questão e sua relação com o estado psicológico, o desenvolvimento dos usuários e as configurações sociais do uso, para que se possa chegar a conclusões mais consistentes.

Além dos malefícios da *Cannabis*, descritos em vários estudos, há pesquisas que associam o uso da substância com relaxamento, alívio da ansiedade e redução do estresse, mas, ainda, de forma incipiente. Saber se a *Cannabis* confere benefícios ou não à saúde mental das pessoas ou se reduz sua necessidade de acesso aos serviços de saúde mental permanece sem definição e merece ainda mais investigação (REINARMAN, 2011).

Entre o dilema sobre os benefícios ou os malefícios à saúde relacionados à *Cannabis*, a formulação e a implementação de uma política é muito mais complexa, e envolve muitos fatores correlacionados (MACLEOD; HICKMAN, 2010).

Estes autores destacam, ainda, que, na atualidade, uma das grandes questões a ser respondida é se a proibição do consumo e a criminalização de usuários, mais que a prevenção, apresentam evidência de ser o melhor modelo para lidar com a droga, ou seja, a *Cannabis* deveria ser entendida como um problema de saúde pública, e não como uma questão de justiça criminal, assim como aconteceu com álcool e o tabaco no passado.

Ao longo dos anos, políticas restritivas e proibitivas têm demonstrado pouco controle sobre a prevalência do consumo. O governo americano, por exemplo, nas últimas décadas, aumentou seus esforços para reprimir o tráfico e o consumo da *Cannabis*: o orçamento para combate às drogas passou de 1,5 bilhão de dólares em 1981 para 18 bilhões em 2002; as detenções de pessoas relacionadas à *Cannabis* passaram de 350 mil, em 1990, para 800 mil, em 2006, e a quantidade de droga apreendida saltou de 798 kg para 3.990 kg, no mesmo período (MACCOUN, 2011).

No entanto, o investimento não obteve sucesso em seus objetivos, já que a disponibilidade da droga se ampliou, assim como o número de usuários, que saltou de 25% para 30% entre os adultos jovens. Além disto, o preço da droga caiu pela metade e sua potência aumentou, o que demonstra, claramente, que a proibição da

Cannabis e o combate ao tráfico não atingiram os objetivos pretendidos, mesmo com os altos investimentos implicados (MACCOUN, 2011).

Desse modo, a falência dos modelos proibitivos levou muitos estados e nações a uma discussão sobre a revisão das políticas instituídas e a uma análise pela busca de modelos alternativos mais eficazes (ROOM, 2014). Uma alternativa aos modelos proibitivos seriam os modelos da legalização, como o modelo holandês, que pode fornecer muitas informações sobre este sistema alternativo (MONSHOUWER et al., 2011).

Desde 1997, o consumo da *Cannabis* pela população holandesa vem sendo sistematicamente monitorado: desde 1976, a venda da *Cannabis* é realizada para maiores de idade em cafés. Com efeito, a prevalência do consumo da substância na população holandesa se manteve estável no período de 1997 e, na faixa etária de 15 a 24 anos, houve diminuição da prevalência no período, ao contrário do que aconteceu em muitos países da Europa e nas Américas (MONSHOUWER et al., 2011).

A prevalência do consumo da *Cannabis* na Holanda é mais baixa do que se poderia esperar em um mercado sem restrições, e o sistema holandês traz informações importantes de como modelos alternativos podem ter resultados positivos (MACCOUN, 2011).

Em outros locais no mundo, esses modelos começam a ser adotados em substituição aos sistemas de proibição: nos Estados Unidos da América, em 2012, os eleitores dos Estados do Colorado e de Washington votaram a favor da legalização do comércio não medicinal da *Cannabis*, ou seja, optaram pela liberação da *Cannabis* para uso recreacional (ROOM, 2014).

Nesta perspectiva, a população americana espera que, com as eleições presidenciais no ano de 2016, novas votações aconteçam em outros estados, uma vez que as últimas sondagens de opinião pública, pela primeira vez, demonstraram que a população americana, em sua maioria, é a favor da legalização. Da mesma forma que na América do Norte, o Uruguai, por iniciativa de seu presidente, também regulamentou, em 2013, o uso não medicinal da substância (ROOM, 2014). Tais fatos revelam mudanças sociais importantes, de modo que esses países abrem caminho para uma nova política de drogas em relação à *Cannabis*.

Por outro lado, diante de um diálogo intenso e ideológico entre aqueles favoráveis à legalização da *Cannabis* e os que defendem a proibição total, é comum que pessoas com ideias bem estruturadas comecem a se sentir em dúvida diante de um debate mais profundo (LARANJEIRA, 2010; BESSA, 2010). Estes autores ressaltam, ainda, ser natural que esta polêmica seja carregada de um discurso ideológico, em que as questões passionais disputam espaço com as evidências científicas.

Está em foco a discussão de que, talvez, nem a ciência nem a política possam produzir um modelo satisfatório e completamente eficaz, haja vista que um modelo perfeito pode ser inatingível, apesar das buscas que os cientistas realizam; mas, ainda que encontrem evidências bem fundamentadas, as decisões definitivas, na prática, não descansam sobre um conhecimento científico por si só, mas em sistemas de valores individuais e ideologias (KALANT, 2010). A legalização de algumas drogas se inicia como parte de uma ampla discussão ocorrida ao final do século passado e envolve questões como a liberdade individual e os direitos civis. Além dos aspectos legais relacionados ao consumo da *Cannabis*, é fato que ela mesma constitui um problema de saúde pública.

Desta forma, os cientistas e profissionais envolvidos no tratamento da dependência química têm opinado pelo mundo afora sobre a legalização de drogas, e sobre os impactos positivos e negativos da decisão. Apesar da importância destas opiniões, a literatura questiona se muitos autores se baseiam em dados científicos para defender suas teses ou se suas opiniões e argumentos são desprovidos de evidências científicas.

Neste sentido, o presente trabalho, que constitui uma revisão integrativa, partiu da seguinte questão: o que a produção científica contemporânea relacionada à discussão sobre a legalização da maconha afirma sobre o tema? Na perspectiva de responder à pergunta, definimos como objetivos:

- a) **geral:** analisar o que a produção científica contemporânea relacionada à discussão sobre a legalização da *Cannabis* versa sobre o tema;
- b) **específicos:** conhecer o que versa a literatura nacional e internacional em relação à *Cannabis*: história, epidemiologia, riscos e danos à saúde, experiências com a legalização, dentre outras; investigar os modelos de políticas existentes e as discussões em torno da legalização da *Cannabis*.

Com o alcance destes objetivos espera-se contribuir com a literatura científica nacional de suporte às políticas públicas brasileiras para a melhor tomada de decisão diante da possibilidade, talvez próxima, e hoje em discussão, de legalizar a *Cannabis* em nosso país. Além disto, o conhecimento produzido irá somar-se aos estudos internacionais relacionados ao tema.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa (RI), método de revisão específico que resume a literatura teórica ou empírica anterior para prover o entendimento compreensivo de um fenômeno particular ou problema relacionado à saúde. Permite fornecer um conhecimento específico sobre determinado assunto, que favorece o desenvolvimento de intervenções efetivas na assistência à saúde, assim como indica lacunas a serem preenchidas por novas pesquisas (DAL et al., 2008).

Geralmente, uma questão clínica ou de pesquisa não pode ser respondida apenas com um único estudo. Desse modo, resultados advindos de revisões integrativas geram mais evidência quando diferentes estudos demonstram as mesmas conclusões. É na busca por esta informação, que as revisões de literatura resumem resultados, evitando vieses e possibilitando uma síntese conclusiva sobre um dado tema ou intervenção (SAMPAIO, 2007). O autor conclui afirmando que métodos de pesquisa que sintetizam o conhecimento acumulado, como as revisões, facilitam a aplicação da medicina baseada em evidência.

Outro aspecto observado é que as revisões são estudos que analisam a produção bibliográfica dentro de determinada área, fornecendo uma visão geral ou um relatório sobre tópico específico. Assim, a revisão integrativa trata de reunir textos com informações que foram elaboradas em uma determinada área do conhecimento, resumindo o que foi publicado na literatura como um todo (MOREIRA, 2004). Este autor chama a atenção para o fato de que pesquisadores se têm utilizado, inadvertidamente, dessas revisões na elaboração de monografias, dissertações, teses, uma vez que revisar não significa apenas olhar novamente mas, sim, criticar as informações produzidas.

As revisões demonstram não só os avanços em determinadas áreas, como também as limitações dos estudos já produzidos, seus retrocessos e as áreas ainda envoltas em penumbra, exibindo lacunas que podem ser alvos de novas pesquisas (KASTNER et al. 2012).

Fica então evidente que, nas mais diferentes áreas da saúde, identificar a necessidade da melhor evidência científica e de sua incorporação à prática cotidiana dos serviços, ao ensino e à gestão, no que refere a criação de novas

políticas, inscrevem a revisões de literatura na categoria de requisito inquestionável à construção do conhecimento (DE-LA-TORRE-UGARTE, 2011).

Além da produção científica, a revisão integrativa poderá agregar a literatura empírica e, ainda, utilizar diferentes abordagens metodológicas como pesquisas qualitativas e quantitativas, destacando que o rigor metodológico com que esta modalidade de revisão é tratada, permite oferecer subsídios para gerar um conhecimento válido ao avanço da ciência (POMPEO et al, 2009; SILVEIRA, 2006; OLIVEIRA et al. 2014).

Nesse sentido, o presente estudo seguiu as cinco etapas descritas por Bellucci Júnior e Matsuda (2011) para a revisão integrativa, a saber:

2.1 IDENTIFICAÇÃO DO TEMA OU DA PERGUNTA NORTEADORA DA REVISÃO

A questão norteadora desta revisão foi a seguinte: “O que os textos científicos analisados discutem sobre a legalização da *Cannabis*?”

2.2 AMOSTRA OU BUSCA NA LITERATURA

A busca foi realizada no período de maio a outubro de 2015, recaindo sobre publicações dos últimos cinco anos, selecionando-se artigos científicos referentes ao tema da legalização da *Cannabis* encontrados nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*, *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)*.

Os descritores utilizados foram *legalization, Cannabis, policy, drugs* para a consulta ao *Medline* de acordo com o *Medical Subject Headings (MeSH)*. O MeSH é um sistema de metadados médicos em língua inglesa e diz respeito à nomenclatura. Está baseado na indexação de artigos no campo das ciências da saúde e é mantido pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, desde 1963, de modo que se apóia no sistema *Medline* (BRANDAU et al., 2005).

Também foram usados os descritores *Cannabis, hábito de fumar maconha, controle de medicamentos e entorpecentes* para consulta ao *Lilacs* e ao *Scielo*.

Todos estes descritores pertencem ao *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS). O DeCS é um sistema para uso na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas bases de dados *Lilacs*, *Scielo*, *Medline* e outras. Foi criado em 1982 pelo *Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde* (Bireme) (PELLIZZON, 2004).

Além do uso individual desses descritores, os mesmos foram utilizados em combinação com operadores booleanos como: *and/or* na base de dados *Medline* e *e/ou* nas bases de dados *Scielo* e *Lilacs*. Exemplos foram as combinações *drugs and policy* (*Medline*) ou *hábitos de fumar maconha e controle de medicamentos e entorpecentes* (*Scielo e Lilacs*).

Os critérios de inclusão utilizados foram: todas as categorias de artigos (original, revisão de literatura, reflexão, atualização, relato de experiência, entre outros), publicados na língua portuguesa, inglesa, francesa e espanhola, acerca do tema *legalização da Cannabis*, publicados, como já informamos, nos últimos cinco anos. Foram excluídos os artigos duplicados, que não estavam disponíveis na íntegra para acesso à leitura e que não atendiam ao objetivo dessa pesquisa.

Desse modo, na base de dados *Medline*, as buscas geraram 670 artigos, dos quais 122 contemplavam os critérios de inclusão. Já na base de dados *Scielo*, as buscas geraram 205 artigos, porém somente 12 deles contemplavam os critérios de inclusão. Na base de dados *Lilacs* foram encontrados 16 artigos e apenas um destes contemplava os critérios de inclusão. Portanto, o total de artigos revisados foram 135, os quais permitiram o alcance dos objetivos do estudo.

Nas buscas para a escrita da história da *Cannabis* não foram encontrados artigos recentes que contemplassem o período determinado nos critérios de inclusão. Desta forma, foram utilizados seis artigos publicados antes deste período.

2.3 CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS

As informações extraídas dessas publicações foram categorizadas de acordo com o título do periódico e do artigo, com a titulação dos autores, o ano, o local, o

volume e o número da publicação. Também foram consideradas as metodologias utilizadas pelos autores e as conclusões alcançadas.

2.4 AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS

As buscas foram realizadas após uma pré-seleção de artigos pela análise dos resumos disponíveis eletronicamente, para a categorização dos estudos e seleção daqueles textos científicos referentes à discussão em torno do consumo e legalização da *Cannabis* na contemporaneidade.

2.5 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A partir da tradução dos textos produzidos em línguas estrangeiras, e da leitura de todas as publicações encontradas, foram selecionados aqueles que contemplavam a proposta desta revisão. Os trechos selecionados foram separados de acordo com os eixos temáticos (descritos a seguir), reorganizados e resumidos para melhor compreensão e para a construção dos argumentos.

2.6 SÍNTESE DO CONHECIMENTO OU CONCLUSÃO

Todas as informações extraídas da revisão foram agrupadas pelos seguintes eixos temáticos (ou ideias norteadoras): *história da Cannabis*, *epidemiologia*, *a Cannabis no Brasil* e *riscos e danos associados ao uso da Cannabis*. Portanto, estes quatro eixos representam os resultados gerais do estudo, os quais fomentaram a discussão sobre as experiências e o debate em relação à legalização da *Cannabis* e deram origem aos dois manuscritos que integram a dissertação, ressaltando-se que alguns artigos da revisão, em função da abrangência e da importância de seus conteúdos, foram incluídos em mais de um eixo.

3 RESULTADOS

3.1 HISTÓRIA DA CANNABIS

A utilização da *Cannabis* tem sua origem nos primórdios da civilização, sendo uma das plantas mais cultivadas pelo homem, descoberta paralelamente à invenção da agricultura. O cânhamo, fibra extraída desse vegetal, foi utilizado para confecção de tecidos e cordas há cerca de 10 mil anos (DUMEZ, 2011).

O uso da *Cannabis*, como planta medicinal, começou por volta de 4000 a.C., e muitas culturas antigas (China, Índia, Tibet, entre outras) utilizavam suas sementes e frutos para tratar uma variedade de doenças, como distúrbios gastrointestinais, convulsões, malária, e como analgesia durante o trabalho de parto, entre outros (SEELY et al., 2011). Há relatos gregos e romanos sobre a eficácia da planta como propriedade medicinal, principalmente em dores de ouvido. Na Europa medieval, faz-se uso da *Cannabis* como remédio, particularmente usado no tratamento de dor de dente e reumatismo (KIRSCH, 2010).

Diversas civilizações também a utilizavam com fins religiosos. Os assírios fabricavam um incenso para utilizarem nos cultos aos deuses. Na Índia, segundo tradições, a planta era vista como um néctar divino, com suas propriedades psicoativas usadas em rituais e cerimônias religiosas, e também estava associada à espiritualidade no budismo tântrico, com o fim de estimular a meditação e elevar o nível de consciência. Entre os tibetanos era considerada sagrada (ZUARDI, 2006).

Na Idade Média, na Europa, no século XV, seu uso para fins religiosos e em rituais de feitiçaria resultou em um decreto papal, que condenou a bruxaria, assim como o uso da planta, supostamente empregada em reuniões satânicas (KIRSCH, 2010).

Já no século XVI, em 1533, na Grã-Bretanha, o plantio da *Cannabis* foi incentivado por um decreto de Henrique VIII, que determinava que todo fazendeiro deveria destinar, ao menos, um quarto de suas terras, a seu cultivo, havendo penalidade para aqueles que não o fizessem (DUMEZ, 2011). O autor destaca que, mesmo com a imposição, os britânicos não obtiveram sucesso na plantação doméstica da *Cannabis*, logrando mais êxito em suas colônias americanas.

Em 1682, os médicos britânicos listaram a semente de *Cannabis* no *New London Dispensatory* (Agência Farmacológica Britânica), como tratamento para tosse e icterícia (KIRSCH, 2010).

Com o avanço das explorações de lugares distantes pelo mundo europeu, na era colonial, a *Cannabis* ganhou importância na fabricação de cordas e velas para navios (ZUARDI, 2006). O principal produtor era a Itália, que contribuiu para o estabelecimento de cidades-estado como Viena, que possuía grande importância no mercado marítimo, possibilitando a outros países a exploração das riquezas do Novo Mundo (ZUARDI, 2006).

O cultivo da *Cannabis* foi diminuindo a partir do século XIX, quando deixou de ser matéria-prima de alguns produtos como a fabricação de papel. Por outro lado, o surgimento da energia a vapor diminuiu a demanda de cânhamo para a fabricação de velas para os navios e, ainda na mesma época, surgiu a máquina de separar a fibra do algodão, muito simples e mais rápida do que o procedimento utilizado na separação da fibra do cânhamo (KIRSCH, 2010).

Um trabalho interessante do médico irlandês, O'Shaughnessy (1839), observou na Índia a utilização da planta, processada de diversas formas, para tratar inúmeras patologias, de afecções reumatológicas a transtornos mentais (BARON, 2015). O pesquisador descreve a eficácia na planta para o uso medicinal, destacando que o extrato da *Cannabis* foi difundido e prescrito naquela época para casos de enxaqueca, insônia, tosse e, também, para o tratamento de abstinência do ópio, cujo uso descontrolado assolava a Índia.

Na França, no século XIX, o haxixe, uma derivação da *Cannabis*, era usado pelo Clube Francês do Haxixe que tinha como membros famosos: Alexandre Dumas, Victor Hugo e Eugene Delacroix, pois acreditavam que a planta lhes ateria o poder de potencializar a criatividade (SAAD, 2010).

Esse consumo recreativo, no final do século XIX, começou a ser visto como um problema, considerando que a planta estava sendo usada pelos povos colonizados e por minorias étnicas, o que levou à associação do consumo da *Cannabis* com a violência e criminalidade (SAAD, 2010). Este autor destaca, ainda, que existem relatos de que os primeiros casos de uso recreativo da *Cannabis* nos Estados Unidos foram praticados por refugiados mexicanos e que as primeiras leis americanas, aplicadas a esse tipo de comportamento, são datadas dessa época.

O uso da *Cannabis* no mundo ocidental com fins terapêuticos diminuiu logo após o início do século XX (TRAD, 2009). Até fins da década de 1930, empresas farmacêuticas ainda comercializavam fórmulas com ingredientes extraídos da *Cannabis* no tratamento de tensões musculares que causavam dores e também para a asma (LANÇAS, 2012).

A medicina, então, voltou seus olhares para outras drogas, bem como para outros métodos terapêuticos: inovações na área da química orgânica possibilitaram o uso de novos medicamentos, como a morfina, e o advento da seringa hipodérmica tornou sua administração mais eficiente. Por fim, o crescimento da indústria farmacêutica proporcionou a distribuição e a produção em massa dessas novas drogas (TRAD, 2009).

A *Cannabis* era consumida nas viagens à África, Ásia e à Índia, onde os viajantes a utilizavam recreativamente. Há relatos de uma bebida de nome Bhang, contendo extrato da *Cannabis*, que era amplamente consumida. Além disso, o uso da planta atraiu estudantes universitários, escritores, artistas, tanto na Inglaterra quanto no Egito, o que contribuiu ainda mais para sua popularização (SAAD, 2010).

Este autor menciona também que em meados do século XX, nos Estados Unidos, o Bureau de Narcóticos afirmava que 50% dos crimes violentos praticados por estrangeiros e imigrantes, assim como, por americanos e negros estavam relacionados ao uso da *Cannabis*, e que o status da maconha teria um efeito pior que o da heroína, dando ao homem o desejo irracional de matar, apenas, pelo prazer de cometer assassinatos. Assim sendo, o medo foi utilizado para justificar seu combate.

Por volta de 1937, a proibição da *Cannabis* vigorava em todo aquele país, sendo uma resposta do governo à pressão política das agências de fiscalização que temia o uso recreativo e a propagação de *Cannabis* pelos mexicanos (SAAD, 2010). Em 1961, ocorreu a Convenção Única sobre Entorpecentes, realizada nos Estados Unidos, sob a coordenação da ONU, que decretou o paradigma da proibição mundial da *Cannabis*, ainda vigente na contemporaneidade (BEWLEY-TAYLOR; 2013; TAYLOR; JELSMA, 2012; FIORE, 2012). Ressaltam, ainda, que os países participantes da convenção assumiram o compromisso de combater as drogas e punir quem as produzisse, vendesse ou consumisse.

Sob o ponto de vista conceitual, essa convenção criou um modelo que classifica as plantas de acordo seu potencial de abuso e suas aplicações médicas, e estão incluídas as três principais drogas do proibicionismo: heroína, cocaína e *Cannabis*. Citava, ainda, outras drogas que têm um cunho medicinal, como a morfina e as anfetaminas (BEWLEY-TAYLOR, 2013; TAYLOR; JELSMA, 2012; FIORE, 2012).

Em 1970, a Lei Federal Americana classificou a *Cannabis* como droga da classe I, o que significa que ela teria um elevado potencial de abuso e nenhum uso médico aceitável, sendo, portanto, proibido qualquer tipo de cultivo, comércio, posse ou uso (WEISS, 2013).

Atualmente, no mundo científico o interesse pela *Cannabis* está sendo retomado aos poucos; recentemente, 24 estados americanos legalizaram a *Cannabis* para uso medicinal, com destaque no alívio de efeitos colaterais do tratamento quimioterápico do câncer, na redução da pressão intraocular em pacientes com glaucoma, entre outros. Nos últimos 5 (cinco) anos, os estados do Colorado e de Washington nos Estados Unidos da América também legalizaram a *Cannabis* para uso recreativo, seguidos do Uruguai na América do Sul (BARON, 2015).

3.2 A CANNABIS NO BRASIL

Não se sabe ao certo quando e como a *Cannabis* chegou ao Brasil. As primeiras caravelas que aportaram no país, em 1500, tinham seu cordame feito de fibras de cânhamo, nome pelo qual a maconha é também chamada (CARLINI, 2006).

Porém, a planta só foi introduzida em 1549 por escravos africanos que escondiam as sementes da planta em bonecas de pano trazidas da África, ganhando o nome de “fumo da Angola” (BRANDÃO, 2014; CARLINI, 2006).

Esses autores destacam, ainda, que, com o passar do tempo, documentos oficiais do século XVIII evidenciaram que a *Cannabis* era bem vista pela Coroa Portuguesa, pelo seu cunho medicinal e comercial, sendo o uso recreativo disseminado entre negros e índios, o que não era visto como um problema, e que a

prática não era combatida pelo governo português, ao contrário, era incentivada: inclusive, a rainha Carlota Joaquina tinha o hábito de tomar seu chá de *Cannabis*.

O cultivo do cânhamo, em terras brasileiras, na época, fazia parte de um projeto econômico promovido pelo Estado português, que tinha o objetivo de fortalecer a agricultura de sua maior colônia, além de responder a uma necessidade modernizadora da metrópole, que vinha passando por dificuldades comerciais (PEREIRA, 2012). Notícias dos benefícios do uso medicinal da erva, vindas da Europa, também se espalharam pelo país na segunda metade do século XIX, tendo imensa penetração na classe médica (CARLINI, 2006).

Até 1905, a *Cannabis* foi comercializada sob a forma de cigarrilhas – cigarrilhas Grimault – indicadas para asma, catarros, insônia, roncos e flatulência, entre outras condições (CARLINI, 2006). Já na década de 1930, a *Cannabis* começou a ser vista como um problema social, uma droga que levava os indivíduos a cometerem crimes e a terem comportamentos duvidosos e violentos. Tal justificativa foi também usada em outros países, onde insinuavam uma inclinação à criminalidade e marginalização do sujeito pela associação entre a *Cannabis* e as classes minoritárias e proletárias (PEREIRA, 2012).

Porém, seu uso medicinal ainda permanecia nessa época, e a *Cannabis* continuou sendo citada para diversas indicações, como hipnótica, sedativa e antiespasmódica, embora já se recomendasse cautela no seu uso, devido aos efeitos colaterais como delírios e alucinações. Ainda no século XX, o Brasil já havia tentado incluir a *Cannabis* na discussão sobre o uso de ópio e da cocaína na Liga das Nações em Genebra em 1924 (CARLINI, 2006).

No período ditatorial, durante o Estado Novo Getulista (1930-1945), e nos governos do regime militar, houve maior repressão ao uso de drogas, entre elas, a *Cannabis*, que era vista como um mal que recaiu sobre a juventude (PEREIRA, 2012). Em 1933 ocorreram, então, as primeiras prisões pelo comércio da *Cannabis* e, em 1938, mediante o decreto-lei de número 891, instituiu-se, oficialmente, a proibição do plantio, cultura, colheita e exploração da *Cannabis* no país. Em 1972, a lei número 6368, regulamentou a pena de prisão para pessoa com posse de *Cannabis* independentemente do uso, pessoal ou não (CARLINI, 2006).

Em síntese, a origem do problema social da *Cannabis* no Brasil tem fatores semelhantes aos da história do proibicionismo nos EUA, como as transformações

urbanas e a consolidação de uma nova prática médica. Como no Brasil não havia um movimento moral religioso tão forte, a criação de uma opinião pública favorável à proibição da substância foi obra exclusiva do testamento médico, como resposta às fortes pressões externas (LANÇAS et al., 2013; BARROS, 2006).

3.3 EPIDEMIOLOGIA

A *Cannabis* é a substância de abuso ilícita mais cultivada, traficada e usada em todo mundo, sendo o seu consumo extensivo e amplo, pois não existe uma região específica do planeta onde a droga não seja utilizada e comercializada. (VAN OURS; WILLIAMS, 2012). Estes autores destacam, ainda, que, em 2012, entre 125 milhões e 227 milhões de pessoas estavam utilizando a *Cannabis*, o que corresponde a índices que vão de 2% a 4,9 % da população mundial, com idade entre 15 e 64 anos. Ela é a terceira droga mais consumida no mundo, ficando atrás apenas do álcool e do tabaco: seus usuários totalizam cerca de 80% dos 200 milhões de usuários de drogas ilícitas.

Este aumento na prevalência pode refletir a opinião pública de que a *Cannabis* é uma “opção suave” para o consumo, quando se comparam a discussões médicas e sociais (FOX et al., 2011). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), se for comparado ao consumo de cocaína (0,2%) e de opiáceos (0,2%), o uso da *Cannabis* é muito mais abrangente, e vem crescendo, nas últimas décadas, em relação a outras drogas ilícitas, tornando-se uma droga ligada à juventude, com início de uso muito precoce e a preços baixos (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014).

Em 2012, cerca de 5 mil toneladas de *Cannabis* foram apreendidas em todo o mundo, mas, apesar do grande número de consumidores, seu mercado movimenta menos dinheiro que os mercados de cocaína e de opiáceos (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014). Apesar disso, o mercado da *Cannabis* apresenta uma grande movimentação financeira e com muitos grupos criminosos envolvidos: dados da ONU demonstram que a *Cannabis* rende às organizações criminosas em torno de 140 bilhões de dólares por ano (WERB et al., 2012).

Nos últimos 20 anos, o comércio da *Cannabis* tem se modificado, e sua produção evidencia uma tendência a se regionalizar: o cultivo da planta tem cada vez mais se tornado doméstico, e para uso recreativo; Técnicas avançadas de cultivo e novas tecnologias têm permitido a produção individual da substância, assim como o desenvolvimento de plantas mais potentes, situação que preocupa as autoridades (HAKKARAINEN et al., 2011).

A potência da *Cannabis* também vem sofrendo alterações crescentes: os níveis de THC, principal psicoativo da *Cannabis*, vêm aumentando suas concentrações nas plantas apreendidas. Em 1970, correspondiam a 0,7%, em 2007, subiram para 8,7% e, em 40 anos, chegaram a 11,9% (NEUSPIEL, 2010).

Nos Estados Unidos da América, dados do Escritório de Política Nacional de Controle de Drogas indicam que a *Cannabis*, mais que dobrou de pureza, desde 1983, apesar de ela ser o alvo central no combate de drogas ilícitas naquele país (WERB; FISCHER; WOOD, 2010; WERB et al., 2012).

Cerca de 40% a 50% dos jovens americanos já consumiram *Cannabis* pelo menos alguma vez na vida; aproximadamente 10% a 20% dos usuários adultos de maconha preenchem critérios diagnósticos para abuso, e um terço dos jovens preenche pelo menos um critério para dependência (SARTOR et al., 2013). Estes autores ressaltam que, em 2010, a *Cannabis* foi considerada como a droga ilícita de maior dependência ou abuso nos EUA, com um número de usuários recentes aumentando de 49 mil para 247 mil, entre os anos de 2009 e 2010.

Em 2012, eram cerca de 2,4 milhões de novos usuários ao ano e 65 mil novos usuários por dia. A idade média de início do consumo foi de 16 anos e cerca de 18 milhões de cidadãos usaram *Cannabis* no mês anterior, num total de 7,3% da população, números que representam um aumento de 14 milhões de pessoas em relação a 2007 (DEVANE, 2013).

Entre alunos americanos do ensino médio, o consumo atingiu um pico de 60,4% em 1979, diminuiu para 35,3% em 1993 e ultrapassou as taxas de 45% em 2011, mesmo com o incremento do combate ao tráfico (PALAMAR et al., 2014). Na sociedade americana (WHO, 2014), esta alta prevalência levou a um aumento de 59% no número de situações de emergência médica relacionada à *Cannabis*, além do aumento de 14% no número de admissões para tratamento.

No contexto canadense, foi realizada uma pesquisa que avaliou as características dos usuários da *Cannabis*. Constatou-se que ela é a principal droga ilícita utilizada pela população, sendo que 14% dos adultos relataram ter feito uso da substância no último ano e, entre a população universitária, o índice chegou a 26% da população estudada (LEATHERDALE; AHMED, 2010).

Entre os adolescentes de 11 a 15 anos, o número de usuários da substância é ainda mais assustador, e o Canadá apresenta a maior taxa de consumo da *Cannabis* entre os países desenvolvidos: segundo dados de 2014, 28% dos jovens consumiram *Cannabis* no último ano (SPITHOFF; KAHAN, 2014).

Na Europa, aproximadamente 31,6% dos cidadãos na faixa etária de 15 a 34 anos utilizaram *Cannabis* uma vez na vida e 2,3% relataram fazer uso quase diário da substância (POL et al., 2011). Na Espanha, um estudo demonstrou que dentre os 1.501 estudantes do ensino médio entrevistados grande número já havia utilizado drogas nos últimos 6 meses: 20,9% consumiram álcool, 18,8%, tabaco, 10,5%, *Cannabis* e 0,7%, cocaína, sendo que a grande maioria começou o consumo entre os 14 e 15 anos de idade. Os dados indicam ainda que 67,8% realizavam policonsumo de álcool, tabaco e *Cannabis* (FONT-MAYOLAS et al., 2013)

No Brasil, a situação não é diferente, e a *Cannabis* é a droga ilícita mais consumida (80,1%). Além disso, as pesquisas epidemiológicas evidenciam um aumento de 24% no consumo da substância no período de 1998 a 2005, embora a prevalência seja menor do que em muitos países, quando se leva em consideração a população mais jovem e mais exposta, por exemplo, dos universitários, entre os quais 30% referem ter usado maconha em algum momento da vida (BASTOS et al., 2008; JUNGERMAN et al., 2010; ANDRADE, 2010). Os autores ressaltam, ainda, que essas taxas se assemelham àquela de países do Primeiro Mundo, onde a prevalência do uso é maior.

Vários fatores parecem estar associados ao risco de experimentar a *Cannabis*: dentre eles, destacam-se o uso pelos pais e as atitudes destes em relação à droga.

Mais uma vez, de volta ao contexto europeu, um estudo realizado na França, em 2005, revelou que 49,9% dos jovens de 17 anos já haviam experimentado maconha. Este mesmo estudo avaliou alguns fatores de risco associados, tanto

para a *Cannabis* como para o tabaco e demonstrou que filhos de pais de nível superior e profissões intermediárias tinham mais chance de experimentar a *Cannabis*. Os jovens cujos pais estavam desempregados ou desenvolviam trabalhos manuais tinham menor risco da experimentação, porém maior risco de progredir para o uso diário e os filhos de agricultores eram os que estavam em menor risco (LEGLEYE et al., 2011).

Os adolescentes de famílias mais ricas eram os que evidenciavam maior propensão para experimentar a *Cannabis*, mas corriam menor risco de se tornarem usuários habituais, fato que, talvez, possa ser explicado porque os adolescentes mais abastados teriam maior facilidade de comprar e experimentar drogas, mas, por sua educação e orientação parental, teriam mais facilidade em compreender os danos relacionados ao uso e, por isso, se preocupariam mais com o futuro, tendo mais sucesso em parar (LEGLEYE et al., 2011). Os autores concluem argumentando que jovens de famílias menos abastadas corriam maior risco de consumo da *Cannabis*, mas menor risco de desenvolverem problemas com o consumo.

Outra pesquisa realizada na França correlacionou o nível socioeconômico ao consumo de tabaco, álcool e maconha. Naquele país, a prevalência de consumo de tabaco vem diminuindo e a de álcool vem aumentando nos últimos anos, enquanto o uso de *Cannabis* permanece estável. Também se tem observado o aumento do consumo de drogas mais pesadas, como a cocaína (REDONNET et al., 2012).

Este estudo, então, avaliou jovens entre 22 e 35 anos de idade e demonstrou, por exemplo, que a situação de desemprego estava ligada ao maior abuso de substâncias: entre os estudantes, o índice de abuso de álcool era quase o dobro do observado com outras substâncias, e chegava a 40% da amostra entrevistada (REDONNET et al., 2012).

O uso de tabaco, álcool, maconha e polissubstâncias era um comportamento comum entre os jovens adultos, particularmente, aqueles que experimentavam desvantagem socioeconômica: em comparação com outros grupos da população analisada, os indivíduos entre 20 e 35 anos estavam desproporcionalmente propensos a apresentar características desfavoráveis para encontrar emprego, e isso contribuiu para elevar o uso das substâncias (REDONNET et al., 2012).

Assim, os pesquisadores concluíram que os comportamentos de dependência de substâncias que podem estar relacionados às disparidades socioeconômicas, e que podem ser observadas na idade adulta jovem tendem a se aprofundar ao longo do tempo. Em virtude disto, intervenções que visem a diminuir o fardo do uso dessas drogas devem concentrar-se na população jovem.

Outro importante fator de risco discutido na literatura sobre o tema é a influência dos pares, como os amigos, que está intimamente relacionada ao consumo e à experimentação da maconha, principalmente entre jovens (ALI et al., 2011). Este estudo sugere que um aumento de 10% na proporção de amigos de sala de aula que usam *Cannabis* aumentaria em 5% a probabilidade de um indivíduo no grupo fazer uso da droga.

Com base nesses dados, os autores argumentam que medidas de prevenção na escola poderiam ser eficazes para o controle deste fator de influência. Destacam que a conectividade com a escola aumenta o sentimento de inclusão e de participação e melhora a relação entre alunos e professores, o que poderia ter um efeito benéfico, reduzindo a possibilidade de os jovens desenvolverem comportamentos de risco.

Adicionalmente, segundo resultado de outro estudo (STEPPAN et al., 2013), o consumo de *Cannabis* também está relacionado à percepção de sua disponibilidade: assim, regiões geográficas com maior percepção de oferta da droga têm índices maiores de consumo.

Um estudo multicêntrico realizado entre adolescentes, em 32 países europeus, avaliou a percepção dos jovens sobre disponibilidade, riscos, preço e uso da *Cannabis* entre os amigos, bem como dados sociodemográficos (PIONTEK et al., 2013). Os resultados revelaram que a percepção sobre disponibilidade e o uso por amigos são fatores fortemente relacionados ao consumo da substância.

A disponibilidade da droga coloca os jovens em maior risco de início de utilização, assim como amplia a frequência e a quantidade a ser consumida, muitas vezes, facilitando a progressão para a dependência. Além disto, a percepção de ter muitos amigos utilizando a maconha também pode ser considerada um fator de risco individual, não pelo fato de os amigos funcionarem como modelos comportamentais, mas por serem fontes importantes de obtenção de drogas, aumentando a acessibilidade individual (PIONTEK et al., 2013). Por outro lado, a

percepção individual do risco relacionado à *Cannabis* parece ter um efeito protetor para o jovem, mas a percepção do preço da droga não parece interferir no consumo (PIONTEK et al., 2013).

Em um estudo realizado nos Estados Unidos, Wall et al. (2012) trazem argumentos sobre a associação entre a lei de liberação da venda da *Cannabis* para uso medicinal e um possível aumento do consumo nos estados americanos que aplicaram a lei, devido a uma maior disponibilidade da droga. O estudo concluiu que existe pouca evidência para afirmar que as mudanças na legislação provoquem o aumento de consumo da substância entre adolescentes ou em qualquer outra faixa etária pelo aumento da disponibilidade.

Uma dúvida apontada na literatura reside na influência genética sobre o consumo da *Cannabis*, uma vez que não há evidências consistentes para afirmar o desenvolvimento de dependência, apesar de haver grande probabilidade na correlação (LYNSKEY et al., 2012).

Nesta direção, um estudo com 3.824 gêmeos, na Austrália, demonstrou existir uma relação genética entre o uso precoce, o desenvolvimento de dependência e a progressão para uso de outras drogas (LYNSKEY et al., 2012). Os autores argumentam que não se sabe ao certo se fatores exógenos, como o aumento de exposição à oportunidade de usar drogas ilícitas na sociedade contemporânea possam ter levado a esses resultados.

Ademais, a literatura aponta associação do uso da *Cannabis* com morbidades psiquiátricas. Porém, ainda é prematuro se afirmar que tais morbidades influenciam a procura do uso de drogas, ou se o uso de drogas favorece o aparecimento das patologias (LYNSKEY et al., 2012). Os autores concluem posicionando-se que as duas hipóteses parecem coexistir em indivíduos diferentes.

Desta forma, tomando, por exemplo, o estudo realizado na Austrália (LYNSKEY et al., 2012), dos entrevistados que iniciaram o uso da *Cannabis* antes dos 16 anos de idade, 36,8% relataram uso de cocaína, contrastando com os 13,2% que usaram *Cannabis* só após os 20 anos, e o 1,1% que nunca fez uso de maconha.

Do mesmo modo, ainda não é possível dizer se o uso precoce da *Cannabis* levaria à experimentação da cocaína ou se fatores genéticos e ambientais levariam

ao uso precoce da *Cannabis*, e a uma maior predisposição à experimentação da cocaína (LYNSKEY et al., 2012). Os autores enfatizam, ainda, que estas associações geram temas controversos, e ainda sem elucidação, que aguardam estudos capazes de explicar melhor tais mecanismos.

Um estudo realizado com famílias da cidade de São Francisco, nos Estados Unidos (EHLERS et al., 2010), avaliou a associação entre a dependência da *Cannabis* com a hereditariedade. Cerca de 2.520 adultos participaram do estudo: 70% deles já haviam feito uso da maconha durante a vida e 13,9% preenchem critérios para a dependência da droga.

Este estudo demonstrou, ainda, que as mulheres progrediam mais rapidamente da experimentação para a dependência, em comparação com os homens (EHLERS et al., 2010). Mas a pesquisa revelou também que a dependência da *Cannabis*, assim como os sintomas de abstinência, tem um componente hereditário significativo, o que já havia sido demonstrado com outras drogas de abuso. Desta forma, os pesquisadores argumentam que o estudo sugere que a dependência da substância segue um padrão familiar, que novas pesquisas devem corroborar a evidência e estudos genéticos devem mapear os genes envolvidos.

Além disto, o uso de uma determinada droga pode levar à progressão para outra. Por conseguinte, o consumo de tabaco pode aumentar o risco do consumo da *Cannabis*, que pode influenciar o consumo de álcool e outras drogas, o que se convencionou chamar de porta de entrada ou *gateway* (LEGLEYE et al., 2011).

Na perspectiva da teoria da porta de entrada, uma pesquisa realizada em 11 países europeus (Dinamarca, Estônia, Noruega, Croácia, Eslovênia, Alemanha, Suíça, Bulgária, República Checa, Rússia e Ucrânia) (PEJNOVIĆ FRANELIĆ et al., 2011) investigou a associação do uso da *Cannabis* com fatores ambientais, tais como: percepção da disponibilidade da droga, uso por irmãos e amigos, uso de álcool e tabaco, estrutura familiar, controle dos pais e desempenho escolar. O estudo teve como participantes estudantes do ensino médio na faixa etária de 15 a 16 anos de idade.

Em todos os países analisados, aqueles estudantes que já haviam experimentado alguma droga ilícita tinham usado *Cannabis* (PEJNOVIĆ FRANELIĆ et al., 2011). Os dados do estudo demonstraram que o consumo da *Cannabis* era

mais prevalente entre aqueles que utilizavam tabaco, assim como o consumo frequente de álcool esteve explicitamente ligado ao consumo da maconha, principalmente, no que se refere ao início e experimentação, comportamento este comportamento mais comum no sexo masculino.

Outro estudo demonstrou uma correlação entre o uso do tabaco e o da *Cannabis*. Cerca de 90% das pessoas que relataram ter utilizado *Cannabis*, também relataram ter fumado cigarros pelo menos uma vez na vida (AGRAWAL et al., 2013). Os autores reforçam que, geralmente, o consumo da *Cannabis* é precedido pelo tabaco, e pode estar relacionado à maior probabilidade de experimentação da substância, além de que fumantes parecem iniciar o uso de maconha precocemente.

Neste sentido, mais eficaz que a proibição legal, é a monitoração dos pais para evitar o início do consumo do álcool, *Cannabis* e tabaco entre adolescentes (GONCY; MRUG, 2013). Os autores reforçam que a supervisão por parte dos adultos é um fator importante para a prevenção do abuso de drogas pelos jovens, até mesmo porque ambientes com amigos que utilizam drogas, locais onde existem a possibilidade do consumo e a disponibilidade das substâncias são preponderantes ao consumo precoce de drogas entre eles.

A progressão do uso da droga também foi outro fator destacado na literatura, sendo analisada a transição do uso ocasional ao frequente (até três vezes na semana) ou diário (POL et al., 2011). O estudo mostrou alguns fatores que facilitam a progressão, por exemplo, o uso do tabaco e outras drogas, o início precoce do consumo, a reação positiva quando do primeiro uso, a morte precoce dos pais e dificuldades financeiras.

O estudo também evidenciou que eventos negativos e positivos na vida do sujeito, tais como mudanças no trabalho e nas relações interpessoais, podem interferir no padrão de consumo da droga. Ao contrário, ter mais idade, ser casado e iniciar um tratamento para a dependência estão associados à regressão no consumo. Deste modo, os autores (POL et al., 2011) concluem que, apesar da associação negativa entre o início do tratamento e a progressão do consumo da *Cannabis*, poucos dependentes procuram tratamento por acreditarem que seu uso não lhes traz qualquer malefício e também pelo medo do estigma social – a

toxicodependência é considerada um dos desvios de comportamento causadores deste tipo de estigma.

Por fim, estudos também sugeriram que a qualidade das relações familiares é mais importante que a estrutura familiar e que o controle parental no que concerne ao tema *consumo de drogas* (PEJNOVIĆ FRANELIĆ et al., 2011). Portanto, os autores argumentam que o uso precoce da *Cannabis* e o posterior uso de outras drogas estão mais relacionados ao contexto social dos indivíduos pesquisados, uma vez que fatores como a pressão dos amigos, a disponibilidade da droga e os desafios de experimentar álcool e tabaco parecem exercer forte influência no seu consumo.

Deste modo, as influências dos fatores ambientais são importantes na orientação de políticas de saúde de prevenção e, apesar das diferenças culturais entre países pesquisados, os resultados se aproximam de fenômeno semelhante nas diversas populações; e os lugares onde estes comportamentos são mais evidentes, como nas escolas, universidades e vizinhanças, devem ser alvo de medidas de promoção à saúde na sociedade como um todo (PEJNOVIĆ FRANELIĆ et al., 2011).

3.4 RISCOS E DANOS ASSOCIADOS AO USO DA CANNABIS

Ao longo dos anos, tem se acumulado um número de pesquisas que relacionam a *Cannabis* a uma série de danos à saúde, que são descritos como agudos ou crônicos. Nas descrições desses danos, observam-se, em seus usuários, déficits psicomotores, cognitivos, de memória, síndrome de dependência, acidentes de trânsito, problemas respiratórios e uma possível associação com psicose em indivíduos predispostos (FISCHER et al., 2011). A longo prazo, o uso desta droga também está associado à supressão do sistema imunológico, perda da capacidade de tomada de decisões (LI et al., 2012).

Vários estudos demonstram que o uso da *Cannabis* pode causar riscos tanto para a saúde física como para a saúde mental. A probabilidade de estar em boa ou excelente condição de saúde é 8% menor entre aqueles que consumiram *Cannabis* no último ano, em comparação com aqueles que dela não fizeram uso, e ainda 18% menor para aqueles que relataram o uso semanal (VAN OURS; WILLIAMS, 2012).

Estes autores destacam, ainda, que o consumo de *Cannabis* aumenta a probabilidade de ocorrência de problemas mentais que podem propiciar um aumento do consumo e conseqüente ciclo vicioso. Por conseguinte, as evidências sugerem que a saúde mental é decrescente durante o uso desta droga (VAN OURS; WILLIAMS, 2012).

Os jovens, o principal grupo que consome *Cannabis*, experimentam na adolescência muitas mudanças biológicas, cognitivas, sociais e comportamentais que os tornam um grupo de risco para o aparecimento de problemas relacionados ao uso de *Cannabis*. Tais alterações podem se dar de forma duradoura, levando a uso crônico da droga e sua dependência, além de oferecer maior risco de progressão para outras drogas (PORATH-WALLER et al., 2010).

O principal *Manual de diagnósticos de transtornos psiquiátricos*, o *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM), da Associação Americana de Psiquiatria, tem critérios bem estabelecidos para o diagnóstico de abstinência, dependência e abuso de *Cannabis*, desde 1994 (BESELER; HASIN, 2010). Com efeito, cerca de metade dos usuários diários de *Cannabis* apresentam sinais que conduzem ao diagnóstico de dependência, e estão expostos a vários eventos adversos e menores níveis de satisfação com a vida (POL et al., 2011).

É inegável que o THC, principal psicoativo da planta, não é inócuo durante o desenvolvimento do cérebro dos jovens: foram descritas alterações no estriado e no córtex pré-frontal. No entanto, são observações iniciais que requerem mais estudos para maior esclarecimento (HURD et al., 2014). Estes estudiosos ressaltam ainda que não conhecemos completamente o sistema endocanabinoide e suas relações com outros sistemas neuronais, que uma vulnerabilidade genética também é evidenciada para estes padrões e que pesquisas futuras poderão trazer evidências sobre o tema.

Os resultados sugerem que os impactos para a saúde são negativos e significativos, independentemente do gênero, pois o consumo de *Cannabis* diminui o bem-estar psicológico em ambos os sexos, sendo que, para os homens, usar *Cannabis* também tem um impacto sobre a saúde física (VAN OURS; WILLIAMS, 2012). Enfatizam, ainda, que a fim de dar alguma perspectiva sobre o tamanho dos efeitos estimados, pode-se comparar este dano ao efeito de se ter, por exemplo, enxaqueca e condições crônicas de saúde.

Especificamente com relação à saúde mental, uma série de problemas estão relacionados: exacerbação de transtornos do humor, transtorno de ansiedade, transtornos de personalidade e distúrbios do sono (STATEMENT, 2013). Também existe comprometimento das habilidades sociais (BROOK et al., 2011). Somando-se a isto, distúrbios de memória podem perdurar até um mês após a utilização (FOX et al., 2013).

Em jovens, essas alterações implicam em menor rendimento escolar, redução da motivação, problemas educacionais, gerando abandono escolar (FOX et al., 2013), com efeitos negativos sobre a intelectualidade e a capacidade profissional, distorção sensorial, alteração na percepção do tempo, prejuízo na coordenação motora (NEUSPIEL, 2010), além de problemas comportamentais, como delinquência e sexo de risco (PORATH-WALLER et al., 2010).

A *Cannabis* está relacionada com interferências no comportamento sexual. Esta constatação emergiu do estudo realizado com 328 jovens com idades entre 18 e 24 anos que, após um seguimento de 90 dias, demonstrou que o uso de *Cannabis* estava relacionado a um aumento da probabilidade de ser sexualmente ativo, sem uso de preservativo com parceiros ocasionais (ANDERSON; STEIN, 2011). Portanto, estes pesquisadores acreditam que tal comportamento aumenta o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, assim como, o risco de gravidez indesejada.

Muitos desses problemas de saúde podem anteceder o uso da maconha, e são considerados fatores de risco ao invés de danos, evento comum em relação aos transtornos mentais. Algumas teorias associam o uso de drogas a uma tentativa de automedicação, uma vez que pacientes podem utilizar a *Cannabis* para aliviar sintomas físicos e mentais.

Um estudo com 838 jovens de Nova Iorque avaliou fatores preditores de uso e dependência para a *Cannabis*. Constatou-se que sintomas de ansiedade e depressão também levaram os participantes a consumirem *Cannabis* talvez como forma de automedicação e alívio destes sintomas. A violência, seja na família, entre os pares ou na vizinhança também foi extremamente relacionado como preditor de uso, mostrando que condições de estresse psicológico podem antecipar o consumo (BROOK et al., 2011). Este estudo demonstrou que vários fatores demográficos e

psicossociais estão relacionados de forma cumulativa com o uso de *Cannabis* e que podem levar a mais problemas de ordem psiquiátrica e física na idade adulta.

Alguns estudos demonstram também que a *Cannabis* está relacionada a uma série de problemas de ordem cardiovascular como hipertensão arterial, dislipidemia e maior ingesta calórica, aumentando o risco de doenças coronarianas. Assim, o uso da *Cannabis* está relacionado a maior risco de infarto do miocárdio, arritmias, acidente vascular cerebral e morte (REZKALLA; KLONER, 2014).

O consumo da *Cannabis* pode provocar, entre os efeitos fisiológicos, taquicardia por até 3 horas, com aumento da pressão arterial e respostas ortostáticas anormais, além de aumento da vasodilatação periférica (NEUSPIEL, 2010). O autor enfatiza também que a *Cannabis* pode reduzir a função imunológica com risco de infecções, e seu uso pesado provoca diminuições reversíveis na contagem de esperma, diminuição da motilidade em animais e irregularidade da ovulação.

Os efeitos da fumaça da *Cannabis* em comparação com aqueles da fumaça do tabaco também são diferentes, uma vez que, a fumaça da *Cannabis* contém 50% a 70% mais substâncias cancerígenas de hidrocarbonetos do que a do tabaco, e os usuários de maconha inalam mais profundamente e por mais tempo, aumentando assim exposição cancerígena (NEUSPIEL, 2010).

Em relação à gravidez, a *Cannabis* é a droga mais utilizada neste período, e alguns estudos evidenciam que o THC, principal metabólito da planta, atravessa a barreira placentária e está associado a complicações fetais graves, em particular, no cérebro, como o desenvolvimento de anencefalia (PSYCHOYOS; VINOD, 2013). Destacam, ainda, que um dos riscos atuais é que as concentrações de THC aumentaram nos últimos 30 anos, saltando de 3,4% em 1985 para 11,7% em 2008, com as cepas chamadas *sinsemilla*. Desta forma, argumentar que a *Cannabis* é uma droga inofensiva é uma postura extremamente equivocada, principalmente durante a gestação.

Por outro lado, há questionamento em relação a estes dados, com a afirmação de que, apesar dos prováveis prejuízos do uso da *Cannabis* na gravidez, ainda não foi confirmado um efeito teratogênico ou prejuízo ao feto com evidências bem estabelecidas (NEUSPIEL, 2010). O autor diz ainda que, a *Cannabis* pode

levar à diminuição da acuidade no juízo crítico e na avaliação de riscos, podendo aumentar ocorrência de acidentes, por exemplo, na condução de veículo.

Devido à distorção da percepção do tempo, o aumento do período de reação, a diminuição da percepção sensorial e a perda de coordenação motora, causados pelo uso da *Cannabis*, considera-se que ela pode afetar a operação de máquinas (LI et al., 2012).

Dirigir sob a influência de *Cannabis* pode trazer consequências imensuráveis, uma vez que a droga afeta o desempenho psicomotor, que começa a ficar deteriorado após cerca de uma hora do consumo de *Cannabis*, e o nível de prejuízo de desempenho é crescente com concentrações sanguíneas maiores (ÁLVAREZ; GONZÁLEZ-LUQUE, 2010). Nesta perspectiva, os autores fazem referência a um estudo, realizado na França, que demonstrou que motoristas, dirigindo sob o efeito da *Cannabis*, estavam mais propensos a se envolver em acidentes de trânsito e, principalmente, em acidentes graves com risco de morte.

Na população americana, estimou-se que, em 2009, cerca de 10 milhões de pessoas conduziram veículos sob efeitos de drogas no ano anterior e que, depois do álcool, a *Cannabis* foi a droga mais detectada. Em razão disto, uma meta-análise de 9 estudos publicados em inglês avaliou a correlação entre dirigir sob efeito da *Cannabis* e o risco de acidentes de trânsito: seus resultados demonstraram que este risco estava significativamente aumentado com o uso da droga (LI et al., 2012).

O uso precoce de *Cannabis*, principalmente o uso pesado, apresenta diversos efeitos negativos, entre os quais se destaca o risco de envolvimento criminal, já que o próprio consumo e a posse são proibidos em muitos países (GREEN; DOHERTY; STUART, 2010). Os autores remetem a um estudo de coorte realizado em Chicago que avaliou uma comunidade urbana afro-americana, mensurando o risco de uso pesado de *Cannabis* e o envolvimento criminoso, incluindo tráfico, crimes contra a propriedade, crimes violentos e prisão em virtude do consumo da droga.

O estudo apontou que o envolvimento criminal era pelo menos vinte vezes maior no grupo que fazia uso de *Cannabis*. No entanto, não houve correlação entre este padrão de consumo e crimes violentos. De fato, os resultados do estudo demonstram que adolescentes usuários de *Cannabis* correm maior risco de ser presos ou ter um registro de prisão com antecedentes criminais positivos devido a

crimes relacionados ao uso e posse de *Cannabis* e crimes contra a propriedade (GREEN; DOHERTY; STUART, 2010).

Para estes autores, a grande questão a ser respondida é se tanto a tendência ao crime quanto o uso de *Cannabis* são influenciados precocemente por fatores de risco comuns ou se o uso de substâncias levaria diretamente a uma transição para o crime. Enfatizam ainda que adolescentes usuários pesados de *Cannabis*, aqueles que usaram por mais de 20 vezes, são mais propensos ao envolvimento com o tráfico de drogas, assim como também a sofrer progressão para o consumo de cocaína e heroína.

O encarceramento de usuários de *Cannabis* tem pouco impacto sobre a redução de crimes violentos e medidas de prevenção entre os adolescentes. Poderia ter um impacto maior sobre o abandono escolar, o uso pesado da substância, a progressão para uso de drogas mais pesadas e ascensão da crença de que a *Cannabis* seria uma droga de baixo risco (GREEN; DOHERTY; STUART, 2010).

Outro estudo realizado na Noruega (PEDERSEN; SKARDHAMAR, 2010) avaliou 1.353 jovens entre 13 e 27 anos e a relação entre o uso de *Cannabis* e envolvimento com criminalidade. Este estudo apontou que o uso de *Cannabis* na adolescência e no início da idade adulta parecia estar relacionado ao subsequente envolvimento em atividades criminosas.

Alguns autores chamam a atenção para o fato de que estudos sobre criminalidade apresentam vieses metodológicos importantes (BRETTEVILLE-JENSEN; ROSSOW, 2011). Destacam que há necessidade de estudos melhor desenhados que elucidem a questão, uma vez que é complexo descobrir se a *Cannabis* por si só levaria a um comportamento criminoso, ou se fatores de risco comuns levariam a ambos os comportamentos (GREEN et al., 2010). Outros estudos podem contribuir para se fazer a correlação entre a *Cannabis* e criminalidade (PEDERSEN; SKARDHAMAR, 2010).

Dados americanos documentaram que 24,6% dos estudantes universitários que consumiam *Cannabis* preenchiam algum critério de desordem decorrente de seu abuso (ARRIA et al., 2013). Destacam, ainda, que este uso pode estar relacionado à dificuldade de cumprimento de regras e normas e à incapacidade de concluir a faculdade.

Um estudo de coorte de 2013 examinou a relação entre o uso de drogas ilícitas entre jovens estudantes universitários e seus respectivos resultados acadêmicos (ARRIA et al., 2013). Este estudo demonstrou que o uso da *Cannabis* está relacionado à diminuição da probabilidade de inscrição contínua na faculdade e a problemas como o absenteísmo.

Desta forma, usuários de *Cannabis* também estão mais propensos a ter nível de escolaridade reduzido e, devido a isto, a estar desempregados na vida adulta (GREEN; DOHERTY; STUART, 2010). Enfatizam, também, que estes eventos reduzem a possibilidade de sucesso social devido à redução de oportunidades em consequência de um inadequado nível educacional.

Um estudo na Noruega acompanhou 1.997 participantes no período de 1985 a 2010, e tentou estabelecer a relação entre o consumo da *Cannabis* e o compromisso com o trabalho (HYGGEN, 2012). Foi observado que o uso da *Cannabis* está associado a uma redução do compromisso no trabalho em adultos.

No entanto, o autor enfatiza que afirmar categoricamente que a *Cannabis* é a causa deste comportamento não é tarefa tão simples, pois ainda não se tem evidência de que a *Cannabis* e seus componentes psicoativos levam a alterações psicológicas que afetam a capacidade e a motivação para o trabalho, ou se a cultura do uso da *Cannabis*, que favorece estilos de vida capazes de rejeitar valores relacionados ao trabalho, causa a desmotivação.

De outra forma, estes participantes do estudo também podem partilhar da mesma susceptibilidade: apresentam características psicológicas que os identificam com este modo de vida e com esta cultura e que os levam a usar a *Cannabis*, características estas que, também, geram a percepção distorcida do trabalho (HYGGEN, 2012).

Uma outra hipótese do estudo remete-se à causalidade reversa: a *Cannabis* leva a uma desmotivação para o trabalho ou este, por causa de suas adversidades, leva a um estado de estresse e, por conseguinte, a um consumo de *Cannabis*? (HYGGEN, 2012). O autor ressalta que teorias sugerem que a *Cannabis* pode levar a uma síndrome desmotivacional ou amotivacional, mas muitos dos sintomas dificilmente podem ser separados de outras condições, como a depressão e novas hipóteses de causalidade reversa podem ser colocadas a partir deste raciocínio.

A maioria dos estudos associa o uso da *Cannabis* ao desemprego e absenteísmo no trabalho, mas não existem estudos que correlacionem absenteísmo e realização no trabalho com uso posterior de *Cannabis*, o que dificulta a detecção de umnexo de causalidade (BROOK et al., 2011).

Outro estudo longitudinal, realizado na Noruega ao longo de 15 anos (PEDERSEN, 2011), associou o uso da *Cannabis* por longo período com a necessidade de assistência social. Aqueles que faziam consumo pesado nos últimos 12 meses tiveram 9,3 vezes mais chances de receber assistência social. Os usuários dessa substância também receberam assistência por períodos maiores e eram menos propensos a abandoná-lo.

No entanto, o autor enfatiza que não é possível afirmar se a associação referida ocorre pelo uso da substância em si ou por outros fatores culturais e o status ilegal da substância. Portanto, sugere que novos estudos possam explicar melhor esta correlação (PEDERSEN, 2011).

Outro estudo (REINARMAN, 2011) aponta uma possível associação entre o uso da *Cannabis* e a pobreza. No entanto, o próprio autor é cauteloso em suas afirmações e reconhece as limitações da pesquisa. Ressalta que o uso da *Cannabis* é rotineiro para milhões de pessoas em todo o mundo, e resta saber se uma percentagem destes usuários está propensa a receber assistência social, a se envolver na criminalidade ou a apresentar psicose. Ou seja, seria uma população susceptível ou faria parte do risco do próprio consumo da substância.

Alguns autores (FOX et al., 2013) acreditam que o uso crônico da *Cannabis* pode aumentar potencialmente o desejo pelo abuso de outras drogas, em função de alterações mediadas pelos endocanabinoides nos núcleos dos sistemas de regulação de estresse. Destacam que investigação pré-clínica e clínica tem indicado que o uso crônico da *Cannabis* serve para sensibilizar os sistemas de estresse neurais, e que o uso anterior de maconha constitui um preditor significativo para a ansia pelo álcool e também pela cocaína, após o controle da ansiedade basal. Desta forma, enfatizam que a *Cannabis* pode funcionar como porta de entrada para outras drogas.

Com relação a esta progressão de uso de drogas, é comum que ao consumo da *Cannabis* se siga o uso de álcool em afro-americanos; o inverso é mais comum em europeus-americanos (SARTOR et al., 2013). Estes autores chamam a atenção

para o fato de que os achados são mais evidentes no gênero feminino e em mulheres afro-americanas, cujo uso da *Cannabis* confere um risco muito maior de problemas, principalmente, quando precede o uso de álcool.

A teoria de Kandel, que serve de base para a teoria de *gateway*, ou de 'porta de entrada', sustenta que o fenômeno pode ocorrer no sentido de que drogas lícitas também podem ser um facilitador do uso de drogas ilícitas como a *Cannabis* (PATIÑO-MASÓ et al., 2013). Contudo, a teoria de *gateway* pode se mostrar confusa em diversos estudos (PATIÑO-MASÓ et al., 2013). Enquanto algumas pesquisas demonstram que 93% dos usuários de álcool e *Cannabis* concomitantemente haviam iniciado o seu uso pelo álcool, outros demonstram resultados inversos e conflitantes (SARTOR et al., 2013).

Embora o uso disseminado e indiscriminado da *Cannabis* aconteça em todo o mundo, ainda permanece a dificuldade de se quantificarem os danos associados à saúde. Mesmo que existam algumas evidências sobre a associação com doença mental, doenças respiratórias e dependência, ainda não sabemos a magnitude de tais implicações. Além disto, a teoria sobre a *Cannabis* funciona como porta de entrada para outras drogas ilícitas ainda é questionável (WERB et al., 2012).

Ao contrário do que muitas pesquisas concluíram sobre os danos da *Cannabis*, um estudo de 2010 avaliou problemas relacionados ao uso de *Cannabis* em três países da América, Estados Unidos, Colômbia e México. Este estudo avaliou problemas com o uso isolado de maconha ou associado a álcool e tabaco, mas excluiu participantes que faziam uso de drogas pesadas como cocaína, heroína, LSD entre outras. Observou-se que os usuários exclusivos de *Cannabis* apresentaram, com pouca frequência, problemas clínicos significativos nos três países (FIESTAS et al., 2010).

O estudo mostrou, ainda, que, nos Estados Unidos, metade dos fumantes da *Cannabis* havia utilizado algum outro tipo de droga, legal ou ilegal, evento menos comum no México e na Colômbia. De forma global, a pesquisa revelou que menos de 10% da população estudada apresentava algum tipo de transtorno relacionado ao uso da *Cannabis* (FIESTAS et al., 2010).

Um estudo de coorte que acompanhou, durante 15 anos, 1.943 jovens australianos, desde os 14 anos de idade, verificou a associação entre o uso de *Cannabis* e doenças mentais (DEGENHARDT et al., 2013). Este estudo demonstrou

que o uso pesado da substância aumentava, consideravelmente, o risco de desenvolver transtornos de ansiedade, mas não houve associação com depressão, como foi demonstrado em outros estudos. Também o risco de desenvolver ansiedade se mostrou duas vezes maior aos 29 anos de idade naqueles indivíduos que faziam uso frequente da substância.

Quando se da associação entre uso de *Cannabis* e ocorrência de psicose, o tema ainda é mais complexo, e os dados, até agora, não são suficientes para se criar uma teoria de causalidade entre ambos (WERB et al., 2012). O consumo precoce parece estar relacionado a uma propensão específica para a psicose. Também existe a hipótese de que sintomas psicóticos podem levar ou favorecer o uso de *Cannabis*, ou seja, é possível que uma vulnerabilidade à psicose leve ao uso da *Cannabis* e também uma vulnerabilidade ao uso de *Cannabis* conduza ao desenvolvimento posterior de sintomas psicóticos (LEWIS et al., 2013).

Estudos mostram que a exposição ao uso da *Cannabis* de forma repetida, relativamente cedo na vida, parece estar associada a um agravamento do curso da doença psicótica em pessoas que a desenvolveram (DEVANE, 2013). Um estudo realizado na Austrália, com 997 participantes, avaliou de forma temporal a relação entre o surgimento de psicose e a idade de início do uso de *Cannabis* (STEFANIS et al., 2013). O estudo oferece indícios para fortalecer o argumento em relação à teoria de uma “janela de vulnerabilidade” existente no cérebro: a teoria afirma que, em indivíduos jovens, por estarem com seu encéfalo em desenvolvimento, haveria maior predisposição para desenvolver quadros mais graves quando são expostos a toxinas da *Cannabis* (STEFANIS et al., 2013).

No entanto, a hipótese não foi confirmada por este estudo, porque surgimento da psicose precisou de sete a oito anos, em média, para ocorrer e independia da idade de início do consumo da droga, não havendo diferença, por exemplo, entre aqueles expostos aos 12 anos ou aos 19 anos (STEFANIS et al., 2013). Assim, um nexos de causalidade entre o consumo de *Cannabis* e psicose não foi explicado por este estudo.

Alguns especialistas afirmam que a dúvida sobre a associação entre *Cannabis* e psicose não poderá ser respondida com estudos longitudinais, por estarem sujeitos a vários vieses que interferem em seus resultados (WERB et al.,

2012). Os autores reforçam que a questão poderia ser solucionada com a realização de um ensaio clínico randômico.

Além dos danos causados pela *Cannabis*, um grande número de estudos tem demonstrado que a droga melhora sintomas de diversas patologias, como redução espasmos musculares, aumento do apetite, redução da pressão ocular e alívio da dor, o que levou vários estados americanos a revogarem as leis que proibiam o uso da *Cannabis* com fim medicinal, e a legalizarem seu consumo para tais fins (LI et al., 2012).

Atualmente, a *Cannabis* medicinal vem sendo indicada em diversas condições de saúde como náuseas e vômitos severos decorrentes de quimioterapia do câncer, epilepsia, esclerose múltipla, glaucoma, dor e espasmo de paraplegia e tetraplegia, dor crônica, HIV/Aids, enxaqueca, doenças reumáticas (osteoartrite e espondilite anquilosante), cólicas menstruais, síndrome pré-menstrual, dores do parto, doença de Crohn, colite ulcerativa, dor do membro fantasma, hiperêmese gravídica e depressão (ANDRÉ KIEPPER; ESHER, 2014).

Com este estudo foi possível analisar o nível das evidências científicas dos principais argumentos utilizados no meio científico para justificar ou não o modelo de legalização como uma política alternativa aos modelos atuais. Também foram avaliadas as experiências das políticas de drogas existentes, relacionadas à *Cannabis*, em particular a da Holanda e como os novos modelos americanos de legalização, recém-implementados, poderão nos fornecer dados que corroborem o modelo de política de legalização como um sistema viável para lidar com o problema do consumo dessa substância.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão que se segue interpreta e articula, criticamente, os resultados analisados na revisão integrativa, a partir dos seguintes aspectos norteadores: *as experiências com a legalização e o Debate sobre a legalização* (seções 4.1 e 4.2).

4.1 EXPERIÊNCIAS COM A LEGALIZAÇÃO

Alguns países, como a Suíça, Nova Zelândia e os EUA (Califórnia) permitem a venda pública da *Cannabis*, mas a legislação somente é sancionada e regulamentada de forma única na Holanda, onde a venda é realizada em cafés desde 1976. Em 2007, 66% dos municípios holandeses possuíam uma cafeteria que vendia *Cannabis* (MONSHOUWER et al., 2011). Naquele país, a *Cannabis* é considerada uma droga leve, em oposição às drogas pesadas (como a heroína, a cocaína, o ácido lisérgico dietilamida-LSD e *ecstasy*), que são assim consideradas por trazer um risco inaceitável para a saúde pública (MACCOUN, 2011).

Existem cerca de 700 locais de venda de *Cannabis* na Holanda, cerca de um ponto de venda para cada 29 mil cidadãos. Em Amsterdã, a capital, existe um local de venda para cada três mil habitantes; o sistema opera com um sindicato próprio e emprega de três a quatro mil pessoas. São comercializadas de 50 a 150 toneladas de maconha por ano, com uma renda de 300 a 600 milhões de euros, sobre a qual são arrecadados vários impostos (MACCOUN, 2011).

O autor destaca que existe um turismo relacionado a 4 a 5 milhões de pessoas que visitam Amsterdã e vão a um *coffeeshop* onde a *Cannabis* é vendida, pois cerca de 10% dos turistas relatam que o principal motivo da viagem é frequentar estes cafés.

O mesmo autor afirma ainda que, naquele país, a política em relação à *Cannabis* baseia-se na redução de danos, com o objetivo de diminuir a marginalização, estigmatização e criminalização dos usuários, assim como de evitar o uso de drogas mais nocivas. A venda em cafés autorizada pelo governo é seguida de diversas restrições como a proibição de propaganda e de venda de outras drogas, a manutenção da ordem pública, a permissão de acesso somente a

maiores de idade (a partir de 17 anos) e a venda fixada em cinco gramas por transação.

Apesar da venda regulamentada, a produção da *Cannabis* é contraditoriamente proibida no país (MONSHOUWER et al., 2011). Estes autores destacam que, de 2005 a 2006, cerca de 2,8 milhões de plantas foram apreendidas, e a pena pelo cultivo ou posse de grandes quantidades da *Cannabis* poderia render de quatro a seis anos de prisão. Estas medidas tornaram a venda em cafés mais difícil e mais arriscada, já que a *Cannabis* comercializada vem de produções ilegais. Porém as autoridades policiais e judiciais dão prioridade ao tráfico em grande escala com menor atenção a usuários e pequenos traficantes.

A prisão é o temor de todos os traficantes na Europa, já que 40% de todas as prisões relacionadas a drogas se devem ao tráfico da *Cannabis*. Não obstante a legalização, a polícia na Holanda se iguala à do Reino Unido no que se refere à apreensão da *Cannabis*, e seus números (37 kg por cada 100 mil habitantes) são muito superiores ao de outros países europeus como Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Itália, Portugal, Espanha e Suécia (média de 0,7 a 0,8 kg/100 mil) (MACCOUN, 2011).

O autor enfatiza que, presumivelmente, este indicador parece significar que o tráfico é maior na Holanda, mas também pode indicar maior eficácia na repressão do mercado negro da *Cannabis*, embora não haja dados conclusivos para definir a questão.

O estudo realizado sobre o consumo da *Cannabis* na Holanda (MONSHOUWER et al., 2011) revelou que, apesar da repressão, o mercado negro alimenta toda a rede de consumo, tanto ilegal como legal. Em cidades da Holanda, onde os cafés são permitidos, 70% da *Cannabis* consumida é comprada em cafeterias.

No entanto, 50% dos consumidores afirmaram que também obtêm *Cannabis* de forma ilegal. Entre a população de menores de 17 anos, para quem a venda da *Cannabis* é proibida, 19% referiram ter consumido, no último ano, *Cannabis* que foi comprada em um café. 40% a obtiveram por doação de amigos, e 26% afirmaram que a droga foi comprada por uma terceira pessoa. Os autores concluem que, apesar de muitos menores de 17 anos relatarem ter adquirido a droga de forma

lícita em cafés, a maioria deles parece seguir as leis, já que os registros de sanções por vendas ilegais são escassos.

Os defensores da redução de danos argumentam que a proibição da produção da *Cannabis* na Holanda inviabiliza a venda regulamentada pelo governo e, portanto, a política instituída. Os opositores defendem mais restrição à venda em cafés e até sua proibição, argumentando que a maior oferta expõe os jovens a problemas de saúde relacionados a este consumo e induz o turismo de drogas (MONSHOUWER et al., 2011).

Existe a discussão de que a legalização levaria a uma redução drástica do preço da *Cannabis*. No entanto, o preço da *Cannabis* na Holanda (sete dólares o grama) é superior aos valores encontrados em alguns países como na Espanha (quatro dólares o grama); um pouco inferior ao dos Estados Unidos (dez dólares o grama), e tem valores muito mais baixos que na Noruega, onde o grama de *Cannabis* chega a custar 27 dólares (MACCOUN, 2011).

O autor chama a atenção para o fato de que, durante o período inicial de legalização, a queda no preço, a maior disponibilidade da droga e a percepção desta maior disponibilidade entre jovens de 15 a 16 anos foram relacionados ao maior consumo da droga, mas que regrediu nos anos posteriores.

Devido a todos os custos que existem em manter um café e o recolhimento de impostos, o preço da *Cannabis* comercializada nos cafés tem subido ao longo do tempo. Acredita-se que este aumento se deve aos esforços em combater a produção da planta, o que tem reduzido sua oferta. No entanto, mesmo com os impostos, a *Cannabis* legalizada tem um valor menor que o da droga traficada (MONSHOUWER et al., 2011).

Uma das preocupações das autoridades no país era a de que a queda do preço levaria a um aumento do consumo. Por causa disto, a prevalência do uso de *Cannabis* tem sido monitorada em levantamentos anuais na Holanda, desde 1997, e a população de 15 a 64 anos tem sido avaliada: os índices permaneceram estáveis de 1997 a 2005, com diminuição do consumo entre os mais jovens (15-24 anos), e aumento em outras populações entre a faixa etária de 25 a 44 anos de idade (MONSHOUWER et al., 2011).

Ainda assim, outros países, como o Canadá e os EUA, apresentam taxas muito superiores às holandesas; um inquérito, na Europa, evidenciou um aumento

do consumo da *Cannabis* naquele continente, na faixa etária de 15 a 16 anos, no período de 1995 a 2003, passando da taxa de 12% para 20%, não obstante alguns países (Suíça, Itália, Bélgica Irlanda e Reino Unido) conseguirem uma redução do consumo no período (MONSHOUWER et al., 2011).

Na Holanda, entre 1997 e 2005, a prevalência do consumo da *Cannabis* no ano anterior, entre jovens de 15 a 24 anos, caiu de 14,3% para 11,4%, ao contrário do que ocorreu, por exemplo, na Alemanha, Espanha, Itália e Suécia, onde as taxas aumentaram, apesar da proibição. Apesar de maiores taxas de início de uso precoce, em comparação com países vizinhos dentro da Europa, as taxas de continuidade do uso, incluindo os adultos, são menores no país (MACCOUN, 2011). No entanto, entre os adolescentes, as taxas são maiores que a média europeia, apesar do decréscimo das últimas décadas (MONSHOUWER et al., 2011).

Em comparação com o resto da Europa, a prevalência de consumo da *Cannabis* na Holanda está um pouco abaixo da média (5,4% a 6,8%); o consumo, durante a vida, está em 28%, o que é bem menor que em muitos países europeus – República Tcheca (45%), Espanha (36%), Suíça (33%), Eslováquia (32%), França (31%), EUA (31%) e Reino Unido (29%), por exemplo –, e em outros continentes, onde a *Cannabis* é proibida (MONSHOUWER et al., 2011).

O percentual de utilizadores frequentes (aqueles que utilizam a *Cannabis* por mais de 20 dias no mês), parece ser relativamente baixo na Holanda, em comparação com outros países europeus (MACCOUN, 2011). Enquanto o percentual europeu varia de 19% a 33%, o índice holandês está em 23% (MONSHOUWER et al., 2011). Desta forma, a maior disponibilidade na Holanda não foi relacionada a maior quantidade consumida: as taxas de Amsterdam, por exemplo, são semelhantes às de São Francisco, nos Estados Unidos (MACCOUN, 2011).

Portanto, conclui-se que a Holanda ocupa um lugar intermediário dentro da Europa com relação ao consumo da *Cannabis*, e o percentual de usuários de risco (uso diário) é de moderado a baixo. Entre os adolescentes, as taxas de uso vêm decaindo, desde 1996, e não houve aumento do uso de outras drogas ilícitas, que ainda é baixo em comparação com a de outros países dentro do continente (MONSHOUWER et al., 2011).

Os autores concluem também que este perfil holandês pode ter ocorrido devido à separação dos mercados de drogas pesadas e de drogas leves, como a *Cannabis*. Porém, o fato de menores de 17 anos não poderem adquirir legalmente a *Cannabis* nos cafés, pode levá-los a buscar a droga de outros fornecedores e provocar o acesso a outras drogas; no entanto, são necessários estudos que demonstrem o evento (MONSHOUWER et al., 2011).

Embora o número de cafés que vendem *Cannabis* se tenha reduzido nos últimos anos, este tipo de estabelecimento continua sendo um sucesso na Holanda: em 2007, eram 702 lojas, e 66% dos municípios holandeses possuía este tipo de lojas. Algumas novas regras entraram em vigor em 2011, como a proibição de cafés a 250 metros de escolas, o que levou ao fechamento de 43 cafés só na cidade de Amsterdam (MONSHOUWER et al., 2011).

Apesar do medo de uma explosão do consumo da maconha entre os jovens, o número de estabelecimentos vem caindo desde a sua criação na Holanda: só no período de 1997 a 1999, houve redução de 28% no número de estabelecimentos. É muito provável que isto venha acontecendo em virtude das restrições estabelecidas para licenciamento e regulamentação, mas, também, por uma redução na demanda de *Cannabis* (MONSHOUWER et al., 2011).

Não obstante o comércio da substância e a suposta maior oferta, um aspecto distinto no sistema holandês é que os usuários da *Cannabis* no país têm mais chances de procurarem tratamento, superando a maioria dos países europeus. A continuação do uso também tem taxas menores, e a quantidade consumida é menor do que em alguns lugares como São Francisco, nos Estados Unidos (MACCOUN, 2011). Este autor acredita que os eventos podem ser explicados pelo alto investimento do governo Holandês em tratamentos contra as drogas, que superam, por exemplo, a Suécia, onde o investimento é bem elevado.

Na Holanda, é observado um consumo menor relacionado às drogas consideradas pesadas. Como ilustração, o consumo de cocaína atinge taxas de 0,6% entre a população adulta, contrastando com a média de 1,3% dos outros países europeus. O consumo de drogas ilícitas não é particularmente elevado na Holanda, e vem demonstrando diminuição desde 1996, com exceção da heroína, cujos índices continuam estáveis (MONSHOUWER et al., 2011).

Apesar de melhores índices de saúde com este sistema, a Holanda também tem vivido problemas com o turismo em torno da droga. Cidades fronteiriças estão lidando com problemas significativos, devido ao grande número de turistas da Bélgica, Alemanha e França: em 2008, os prefeitos das cidades de Roosendaal e Bergen op Zoom determinaram o fechamento dos oito cafés existentes e outras cidades têm tomado medidas para desencorajar a vinda dos turistas (MONSHOUWER et al., 2011).

Não se sabe ao certo a influência do sistema holandês sobre os países citados, mas cerca de meio milhão de turistas vem à Holanda visitar os *coffeeshops*, embora a percepção dos jovens de maior disponibilidade da *Cannabis* é melhor compreendida pela proximidade com Portugal, Bélgica, França, Suíça e Reino Unido, do que com a Holanda (MACCOUN, 2011).

Com relação à concentração da substância psicoativa (THC) da *Cannabis* vendida nos cafés holandeses, houve um aumento de 18% em meados dos anos de 2000 a 2004; em 2007, estes níveis caíram para 16%, e se mantiveram estáveis até o ano de 2010. Comparados à *Cannabis* consumida em outros países, os níveis na Holanda são mais elevados e, em 2010, a *Cannabis* estrangeira continha cerca de 7,5% de THC (MONSHOUWER et al., 2011).

Embora o futuro do sistema holandês seja incerto, ele fornece informações importantes aos países que discutem a legalização da *Cannabis*. O fato é que os holandeses usam a *Cannabis* em taxas mais modestas e não parecem ser suscetíveis a aumentá-las, em comparação com os americanos e com o restante dos europeus. O sistema holandês pode servir de orientação sobre o que aconteceria caso houvesse a legalização de *Cannabis* em algum país, mas há de se levar em conta as particularidades desta legalização, cuja liberação não acontece em alta escala, como alguns supõem, e apresenta particularidades e restrições que devem ser observadas (MACCOUN, 2011).

Outra experiência de legalização vem do modelo espanhol, o qual permite, desde 2002, que clubes, com número limitado de participantes, possam cultivar a *Cannabis* sem fins comerciais e utilizar a produção para compartilhar com os membros e para consumo próprio. O uso privado ou coletivo não é ilegal, desde que não haja comércio da substância (PARDO, 2014). O autor destaca que intenção

dos clubes é competir com o mercado ilegal, mas não houve alterações importantes nos índices espanhóis de consumo da droga nos últimos anos.

Já a experiência portuguesa apontou a percepção de que o sistema de políticas restritivas era ineficaz, o que levou à descriminalização de todas as drogas no país, além de um redirecionamento de todo o investimento antes utilizado na política para a prevenção e tratamento de usuários. Uma década depois da implantação desse modelo, observou-se uma redução no uso de drogas no país, além de melhorias em outros índices de saúde pública (SPITHOFF; KAHAN, 2014).

Mudanças também se estenderam às Américas e, em novembro de 2012, os eleitores nos estados de Washington e Colorado, nos EUA, aprovaram leis que permitem o uso recreativo da *Cannabis*, porém ainda em processo de implementação: com efeito, várias propostas de legislação semelhantes estão pendentes no Congresso Americano, e outros estados podem adotar a mesma medida (DEVANE, 2013).

As novas leis do Colorado permitem que indivíduos com mais de 24 anos possam comprar até 28 gramas da *Cannabis*, em locais previamente autorizados e licenciados pelo estado; cada indivíduo pode cultivar até seis plantas de maconha em seus domicílios, e doar até 28 gramas da *Cannabis* de plantio, sendo proibida a venda. A produção em larga escala só poderá ser realizada após autorização e controle do estado, e existe um imposto especial, no qual 40 milhões de dólares arrecadados em receitas a cada ano serão destinados à construção de escolas públicas (WEISS, 2013).

Em Washington, também as novas leis permitem que indivíduos com mais de 21 anos possam comprar até 28 gramas de *Cannabis*, sendo permitida a posse de cerca de 440 gramas de produtos contendo *Cannabis* como refrigerantes, bolos, *brownies*, *cookies*, entre outros, mas é proibido o plantio próprio e domiciliar (WEISS, 2013).

Com relação aos tributos, o Colorado estabeleceu impostos com taxas de 15% sobre o consumo e de 10% sobre a venda da *Cannabis*, e Washington decidiu tributar produtores, vendedores e consumidores em 75% (ANDERSON; REES, 2014). Estes autores destacam, ainda, que o mais interessante da tributação são os valores altos, em comparação com os do álcool, que tem custos sociais muito maiores e apenas 3% do valor está relacionado a imposto. Mesmo com estes

impostos altos, estima-se que o preço da *Cannabis* possa cair 40% nos próximos quatro a cinco anos após a legalização.

Um dos grandes questionamentos em relação a estas mudanças seria como o governo federal americano lidaria com as novas iniciativas de Colorado e Washington, já que as novas leis esbarrariam em leis federais. No entanto, no final de agosto de 2013, cerca de dez meses após as iniciativas estaduais, o Departamento de Justiça emitiu memorando informando que o governo federal iria, de forma ostensiva, permitir as mudanças e acatar a decisão da sociedade nestes estados (PARDO, 2014).

Com a legalização da *Cannabis* nos EUA, acredita-se que, além do uso recreacional, haverá também maior procura pelo uso medicinal nas 136 lojas credenciadas para venda. Da mesma forma, acredita-se que muitos profissionais da saúde poderão observar melhor os efeitos terapêuticos da substância e beneficiar pacientes que não respondem aos tratamentos tradicionais (BENMAAMAR, 2014).

O uso medicinal da *Cannabis* remonta a épocas dos imperadores chineses e faraós egípcios: as pessoas utilizavam a planta como anti-inflamatório e para tratamento de várias patologias (REZKALLA; KLONER, 2014). Baseados em algumas experiências, estes autores creem que a *Cannabis* tenha benefício em várias condições clínicas, tais como na neuropatia crônica, glaucoma, esclerose múltipla, na Sida, e em muitas situações com dor associada, aspectos que levaram, nas últimas décadas 20 estados americanos a legalizarem a *Cannabis* para uso medicinal.

Também se espera que a legalização da *Cannabis* nos estados de Washington e Colorado possa diminuir o número de detenções referentes a ela, embora possam permanecer algumas violações como o uso por menores de idade, a intoxicação pública e direção automotiva sob efeito da substância, experiências com que já convivem em relação ao álcool (HAWKEN et al., 2013).

Espera-se que, com as eleições presidenciais em novembro de 2016, nos EUA, novos estados modifiquem seu sistema legal em relação à *Cannabis*, uma vez que a maioria da população americana já se mostra favorável à legalização. Os estados do Alaska, Arizona, Maine, Missouri, Montana, Oregon, e Wyoming aguardam votações que podem levar a mudanças como as já ocorridas no Colorado e em Washington (REZKALLA; KLONER, 2014).

Pesquisa realizada em 2013 revelou que a opinião pública americana apoiava a legalização da *Cannabis*, e cerca de 52% a 58% da população estavam a favor das mudanças nas leis. Entre os mais jovens, de 18 a 32 anos de idade, o índice é muito maior, chegando a 65% desta população (PALAMAR et al., 2014).

Aproximadamente 64% da população americana é contra uma interferência do governo federal sobre a legalização. O número de jovens que desaprovavam o uso de *Cannabis* ao menos uma vez, como experimentação, diminuiu de 58,6%, em 2007, para 48,8%, em 2012. A proporção de alunos a favor da legalização teve sua maior taxa em 2012, chegando a 39,3% entre estudantes do ensino médio; o número dos que consideram o uso um crime caiu de 30% em 2008 para 26,8% em 2012 (PALAMAR et al., 2014).

Houve alterações também na percepção de risco sobre o uso da droga na população americana: em 2007, 18,6% dos entrevistados acreditavam haver um risco associado ao uso da *Cannabis*, porém em 2013 esse percentual caiu para 14,8% e, de referência à percepção do uso da *Cannabis* associada a um desvio moral, as taxas diminuíram de 50% em 2006 para 32% em 2013 (PALAMAR et al., 2014). Apesar deste cenário, o presidente Barak Obama afirmou, em público, que a legalização da *Cannabis* deverá aumentar a disponibilidade, com consequências negativas para os jovens, com prejuízo de estratégias preventivas, e com piora da saúde pública (RATZAN, 2014)

Apesar das opiniões divergentes entre alguns setores sociais e autoridades, ainda existem diversas dúvidas que cercam a legalização da droga nos estados americanos: por exemplo, um limite de idade para a compra protegerá o uso pelos mais jovens? (UCHTENHAGEN, 2013). Outra dúvida é com relação à concentração de THC: deveria haver um limite? Na Holanda, o limite é de 15%, embora se acredite haver um mercado negro com drogas mais potentes (KILMER, 2014). Ademais, não há proibição na produção, como ocorre na Holanda, o que traz o contraditório problema do *backdoor* ('porta do fundo'): a *Cannabis* é legal na porta da loja, mas entra nela de forma ilegal, pelos fundos (PARDO, 2014).

Com relação à legalização da *Cannabis* para uso medicinal, é importante destacar que os estados que comercializam a substância para esse fim não conviveram com um aumento do consumo entre os mais jovens. Quanto aos problemas no trânsito, há dúvidas referentes à possibilidade de estes estados terem

maior número de acidentes e sobre os níveis padrão de THC em caso de detecção de motoristas usuários. Washington o limitou a cinco nanogramas por decilitro sanguíneo (UCHTENHAGEN, 2013). O autor conclui afirmando que o tema é cercado de dúvidas, porque há contradições entre os vários estudos que analisam as consequências do uso de *Cannabis* no trânsito.

Na América do Sul, o Uruguai legalizou o uso recreacional da *Cannabis*, no intuito de acabar com o tráfico em 2014, sendo o primeiro país latino americano a legalizar a produção, a venda e o consumo da *Cannabis* para fins recreativos e, também, medicinais. O evento, no país, tem sido visto, por alguns cientistas, como forma de ajudar as pesquisas com *Cannabis* medicinal, já que os usuários podem relatar agora, de forma mais ampla, os efeitos da droga (WADE, 2014).

No Uruguai, o preço da *Cannabis* foi estabelecido em um dólar por grama, diferença significativa, em comparação com Washington, onde a droga custa em torno de 15 dólares por grama: trata-se, portanto, de modelos contrastantes e, por isto, haverá muito o que se aprender com as experiências de como taxar a *Cannabis* (LENTON, 2013).

Uma das críticas ao modelo uruguaio são as características restritivas, com controle estatal sobre a produção e a venda, que acontece apenas em farmácias; por isto, acredita-se que, talvez, o modelo não alcance seu principal objetivo, que é competir com o tráfico (PARDO, 2014). Além disto, o sistema uruguaio, também, convive com a reprovação popular pois, apesar das mudanças ocorridas com a legalização, cerca de dois terços da população se contrapôs à legalização.

Nesse cenário, não será novidade que empresas estarão visando a lucros nos mercados e terão interesse neles. Não se sabe se, com a legalização da *Cannabis*, ocorrerá algo semelhante ao que ocorre com a indústria do álcool em todo mundo, e seu forte lobby sobre todos os setores da sociedade (LENTON, 2013). Assim, o autor conclui que a legalização, nestes territórios, trará novidades sobre a relação entre a saúde pública e o lucro privado.

Os novos modelos do Colorado, Washington e Uruguai apresentam aspectos interessantes, por se distanciarem de modelos de legalização estabelecidos em outros países, como os *coffeeshops* holandeses e os clubes de maconha espanhóis. Pesquisadores, analistas e toda a sociedade aguardam os resultados desses modelos novos de legalização, pois muito se pode aprender a partir de seus

fracassos e/ou sucessos (PARDO, 2014). O autor destaca que alguns objetivos devem ser cumpridos para que haja sucesso nos novos sistemas: manter a vigilância sobre a saúde pública, evitar a comercialização precoce, manter os preços estáveis e compatíveis com os do mercado negro, controlar a produção e a venda, assim como, garantir o acesso ao serviço público.

O autor conclui afirmando que os exemplos do Colorado, Washington, e Uruguai poderão nos orientar na formulação e implementação de todas as políticas de maconha no futuro, e que, não obstante a falta de evidências científicas e garantias de sucesso, o que norteou estas mudanças se tornou um grande desafio para os formuladores destas políticas.

Aproximando-se das mudanças e discussões em torno da legalização da *Cannabis*, o Brasil, desde o ano de 2014, contou com uma proposta popular que impulsionou o Senado Federal e a Câmara dos Deputados a discutirem o tema. A discussão acompanha o cenário mundial, no qual muitos autores defendem uma revisão acerca das convenções mundiais em relação às drogas estabelecidas pelos países membros da ONU (LENTON, 2013).

Nesta perspectiva, este autor conclui que os novos modelos, no contexto das intervenções relacionadas ao consumo de drogas (como o da legalização da *Cannabis*, que agora surge em alguns locais do mundo), podem nos colocar na posição de reavaliar as políticas antigas e de mensurar o impacto das novas.

4.2 O DEBATE SOBRE A LEGALIZAÇÃO

No contexto do consumo de drogas, o uso da *Cannabis* tem sido uma das maiores preocupações no âmbito da saúde pública e da ordem jurídica, em todo o mundo. O que se busca, apesar das dificuldades relevantes, são políticas efetivas que diminuam os custos sociais e econômicos relacionados ao consumo da substância (SIMONS-MORTON et al., 2011).

Estes autores argumentam que, teoricamente, a proibição e a restrição do consumo de uma determinada substância deveriam diminuir sua disponibilidade e, conseqüentemente, a prevalência do consumo. No entanto, quase sempre isto não acontece na prática, e as pesquisas sobre a avaliação das diversas modalidades para lidar com o problema ainda são limitadas.

Existem imensuráveis desafios analíticos de políticas de saúde, das leis e seus resultados para uma comparação transnacional na determinação da eficácia das diferentes políticas, dadas as particularidades de cada país (MACCOUN, 2011). A grande questão em torno da legalização da *Cannabis* esbarra na classificação disponível na atualidade. Seria a *Cannabis* uma droga leve ou de grande risco? (KALANT, 2010).

Para este autor, a classificação de uma droga depende de vários fatores, como frequência e quantidade utilizada, formas de distribuição entre a população, características físicas, psicológicas, comportamentais e demográficas de quem a consome, danos físicos, psicológicos, de desenvolvimento social e econômico gerados pelo uso, proporção da população exposta aos danos, custos econômicos, de bem-estar individual e familiar dos consumidores, atitudes públicas, crenças, práticas sociais e eficácia das medidas de controle das políticas já realizadas.

Assim, o autor argumenta, ainda, que a importância de classificar as drogas baseia-se na identificação do grau do dano ao indivíduo e a sociedade, com a finalidade de reduzir as consequências do uso das substâncias. A redução dos danos pode ser construída com a diminuição da disponibilidade da droga, o implemento de políticas de controle e leis e, também, de políticas de saúde que visem à prevenção, ao desencorajar o uso e informar sobre os riscos, além de oferecer tratamento aos dependentes.

A classificação das drogas ilícitas existe para que os governos possam orientar seus tribunais a aplicar as punições e penas aos infratores da legislação vigente, e para orientar políticas públicas de saúde referentes à prevenção e ao tratamento das dependências. Portanto, seria mais eficaz se esta classificação fosse conduzida por cientistas, e não por políticos, já que um conhecimento não técnico está sujeito a mais vieses (KALANT, 2010).

Assim, o autor conclui que a classificação passa por juízos de valores de óticas bem diferentes, inclusive a avaliação de cientistas está sujeita a uma carga subjetiva, que implica em opiniões pessoais divergentes. Destaca, ainda, que o controle sobre drogas tem que estar em harmonia com os valores e desejos da sociedade, e algumas decisões políticas vão buscar se alinhar a esta harmonia, mesmo que não apoiadas por fatos científicos.

Um bom exemplo de distorção no sistema de classificação das drogas foi a que levou a proibição da *Cannabis*, por classificá-la como droga pesada e perigosa, quando, na década de 1930, Harry Anslinger, primeiro chefe da Agência Federal de Narcóticos nos Estados Unidos da América, tentou provar que a droga levava as pessoas a cometerem assassinatos e a se tornarem estupradoras ou ninfomaníacas, pensamento este que tinha um caráter racista, considerando que a droga era bastante consumida por trabalhadores mexicanos imigrantes, e havia intenção de tornar a associação um problema político (MILLER, 2013).

O sistema de classificação de uma droga orienta toda a política em relação à maneira como um país lida com ela. Foi o que aconteceu no Reino Unido, onde cerca de metade da população adulta já usou *Cannabis*, sendo classificada como droga perigosa desde 1971. Em 2002, a pena para delitos relacionados à *Cannabis* poderia chegar até cinco anos, mas no mesmo ano foi reclassificada, e a pena diminuiu para dois anos de prisão (MACLEOD; HICKMAN, 2010).

Em um dado momento da história da *Cannabis*, a ciência apresentou estudos associando-a à psicose, fato que tomou grande proporção, ao ponto de a correlação ser utilizada por policiais, grupos de saúde mental, políticos e ativistas antidrogas para justificar uma mudança na lei referente ao consumo da substância, o que aconteceu em 2008, reclassificando a *Cannabis* como uma droga perigosa (MACLEOD; HICKMAN, 2010). Os autores enfatizam que tamanha magnitude do argumento que ganhou status de uma verdade absoluta, implicou no fato de que, se alguém o questionasse, equivalia a ser considerado um incentivador do uso da *Cannabis* por jovens.

Em 2008, no Reino Unido, um artigo apresentou a proposta de transferir a responsabilidade de classificar as drogas no país para um comitê científico, formado por cientistas sociais e especialistas em drogas. A intenção da proposta era regular a classificação de acordo com decisões científicas baseadas em evidências, o que distanciaria a questão de julgamentos políticos. No entanto, o parlamento rejeitou a proposta, por entender que assunto de tamanha complexidade não poderia ser decidido apenas com base no conhecimento da ciência (KALANT, 2010). O autor destaca, portanto, que tanto a ciência quanto a política, ou ambos, não podem produzir uma classificação que seja satisfatória e racional.

Seria adequado que as classificações se utilizassem de dados científicos e de evidências, para calcular o risco de uma droga a partir de seu perfil. Assim, em 2010, uma pesquisa no Reino Unido avaliou as políticas referentes às drogas no país com a seguinte pergunta: a política de drogas no Reino Unido é baseada em evidências? O motivo da questão foi o fato de que, em 2008, ocorreram mudanças na legislação inglesa e foi feita uma nova reclassificação da *Cannabis*, colocando-a como mais perigosa do que apontavam as avaliações anteriores (BENNETT; HOLLOWAY, 2010).

O estudo apresentou, também, a posição do governo inglês, ao afirmar que as mudanças na classificação ocorreram em função de novas evidências científicas, que ratificavam a necessidade de uma nova postura em relação à *Cannabis*. O estudo avaliou se as evidências eram consistentes, já que a estratégia do governo para reduzir o abuso de drogas e proteger a família e a sociedade, era baseada em argumentos repletos de referências a pesquisas científicas (BENNETT; HOLLOWAY, 2010).

A grande questão a ser respondida era se as decisões políticas baseavam-se no que a ciência demonstrava, ou se as necessidades políticas eram sustentadas por estudos que iam de encontro a estes interesses ou, ainda, se os dados científicos eram interpretados com um viés de desejo. Um aspecto que chama a atenção no estudo inglês é que a geração de políticas baseadas em evidências é irrealista, e seria hipocrisia não reconhecer que muitos outros fatores interferem na tomada dessas decisões, retirando as evidências de seu foco principal (BENNETT; HOLLOWAY, 2010).

Estes autores afirmam que a política inglesa, por exemplo, se baseava em alguns pilares, como proteger a sociedade da oferta de drogas, evitar a criminalidade associada ao tráfico; evitar e prevenir comportamentos antissociais, evitar danos às crianças, aos jovens e às famílias, fornecer novas abordagens de tratamento, promover a reinserção social e a implementação de campanhas de informação, comunicação e engajamento.

Alguns críticos afirmam que muitas publicações apresentam características subjetivas em relação à *Cannabis*, às vezes, arbitrárias, e que não têm poder preditivo ou discriminatório. Assim, o contexto em que se inserem as pesquisas sobre drogas é complexo, e ainda não entendemos o dilema do porquê muitos

usuários da *Cannabis* não se tornam dependentes, enquanto outros sim. Também há contradições na relação da *Cannabis* com a psicose, uma vez que a grande maioria dos usuários não apresentam sintomas psicóticos, ou não há conhecimento suficiente para definir sintomas subclínicos. As pesquisas sobre a *Cannabis* merecem estudos mais bem desenhados analisando em detalhes a droga, o estado psicológico, o desenvolvimento do usuário e os contextos sociais do uso (RICHARD HAMMERSLEY, 2011).

Atualmente, existem três modelos propostos referentes ao mercado da *Cannabis*: o mercado negro, que fere todas as leis existentes e que poderá continuar existindo, mesmo com a legalização; o modelo atrelado à legalização, que envolve o monopólio do governo, e a produção por parte de algumas empresas com licença do estado; o mercado livre, aquele em que qualquer um poderia comercializar a droga (GETTMAN; KENNEDY, 2014).

Os modelos de proibição da *Cannabis* baseiam-se em três argumentos: o da dissuasão, segundo o qual o regime de punições levaria as pessoas a não utilizar a droga por medo de sanções, o fundamentado em teorias de aprendizagem e comportamento aprendido, segundo o qual punições e recompensas levariam as pessoas a “aprender” não fazer uso da droga e o baseado na ideia de que a proibição levaria a uma dificuldade de acesso, aumentando os preços e diminuindo o consumo (GETTMAN; KENNEDY, 2014). O autor conclui afirmando que, na prática, nenhum dos três argumentos parece ser efetivo.

A maioria das políticas atuais com relação à *Cannabis* pretende minimizar os custos sociais do consumo de drogas, a fim de reduzir o consumo pela população, e se baseia na proibição como método para alcançar a meta. No entanto, existem grandes deficiências e dificuldades para conseguir provar que a proibição é um método eficaz para atingir o objetivo pretendido, e há boas razões para se acreditar que políticas proibicionistas são desorganizadas e ineficazes: o que não sabemos ainda é se temos alternativas que possam funcionar melhor (MACCOUN, 2010).

As evidências demonstram que apenas a implementação de políticas de drogas não é suficiente para reduzir o consumo da *Cannabis* entre os adolescentes, e minimizar as consequências negativas para a saúde pública. Portanto, o foco deveria estar sobre modelos de tratamento e prevenção, com evidências bem fundamentadas (SPITHOFF; KAHAN, 2014).

Mais difícil que proibir a *Cannabis* ou controlar seu comércio, é inibir a atração dos jovens pela droga. Parece mais viável que eles tenham acesso à *Cannabis* de forma legal, do que consegui-la no mercado negro, com cepas mais potentes e com contato com outras drogas pesadas. Desta maneira, os jovens continuarão a usar a *Cannabis*, mas, no que refere ao ambiente e à saúde pública, o modelo da legalização trará mais abrigo a eles do que o proibicionismo (GETTMAN; KENNEDY, 2014).

Os tratados internacionais sobre drogas estão obsoletos e desatualizados, necessitando, urgentemente, de revisão. Muitos países estão insatisfeitos com suas políticas repressores em relação à *Cannabis*, de modo que talvez novas discussões de caráter internacional sejam necessárias para reformular as convenções que, muitas vezes, ferem a liberdade individual de cada país de escolher suas políticas (BEWLEY-TAYLOR, 2013).

As mudanças ocorridas nos estados americanos e no Uruguai, que legalizaram a *Cannabis*, servirão de combustível para mover novas discussões mundiais sobre o tema, no que tange às convenções e tratados, além de fornecer informações novas sobre os benefícios dos sistemas de legalização, em comparação ao sistema proposto nos tratados (HAWKEN et al., 2013).

Muitas críticas podem ser feitas ao modelo proibitivo em relação à *Cannabis*: o sistema de proibição falha no seu principal objetivo, que é proibir o tráfico e o consumo, evitando o acesso dos jovens à *Cannabis*, mas os jovens têm acesso a ela. O acesso a tratamento médico não é extensivo, existem disparidades raciais nas prisões a depender da droga usada e o modelo tem custos altos (GETTMAN; KENNEDY, 2014). Estes autores chamam a atenção para o fato de que os jovens, além de serem os principais consumidores, estão sujeitos a adentrar o comércio ilegal e criminoso da *Cannabis*.

Em alguns países, a sociedade começa a mudar sua opinião sobre os modelos: cerca de 72% dos americanos concordam que os esforços do governo para cumprir as leis de proibição da *Cannabis* custam mais do que valem a pena, de forma que há um reconhecimento atual de que o estado não consegue cumprir as leis que ele próprio estabelece, em função do alto custo (REUTER, 2014).

Constitui-se um fato o reconhecimento de que legalizar a *Cannabis* não é tão simples quanto parece, pois envolve mudanças em muitas leis vigentes – desde leis

sobre posse, venda, distribuição, comércio, locais de venda e de consumo até leis de trânsito, políticas de uso de drogas no trabalho, integração do sistema de venda de *Cannabis* medicinal –, além das mudanças em impostos e tarifas e da destinação de verbas (WEISS, 2013).

Existem várias preocupações referentes às novas políticas de legalização da *Cannabis*, dentre elas, destacam-se o argumento de que a legalização gerará grandes receitas, o que poderá ser usado como justificativa, mas não se sabe ainda se haverá grandes lucros com a venda da *Cannabis*, e as dúvidas sobre o que acontecerá com o mercado negro e quanto ao comportamento que o preço da *Cannabis* terá nas ruas (SHANAHAN; RITTER, 2014).

A grande argumentação daqueles em favor da legalização da *Cannabis* reside na possibilidade de a droga gerar renda aos governos, mediante a arrecadação de impostos, eliminando comércios ilegais, e a associação da droga com a violência, e que não são devidamente combatidos mesmo com alto investimento e esforço policial (NAU, 2014).

No entanto, uma das preocupações com a legalização da *Cannabis* relaciona-se com a experiência que tivemos com o álcool, na qual os interesses privados enfraqueceram os regulamentos restritivos, fazendo com que a disponibilidade e a publicidade do álcool superassem todas tentativas de restringir o seu consumo (ROOM, 2010). Nos EUA, por exemplo, a prevalência de dependência do álcool é de 3,8%, cerca de nove vezes maior do que a de *Cannabis*, que gira em torno de 0,4%, segundo dados da Pesquisa Epidemiológica Nacional sobre Álcool e outras drogas (PACEK et al., 2013).

Um dos grandes temores é que as empresas que produzirão a *Cannabis* poderão investir pesado em marketing e publicidade, visando ao lucro em seu comércio (KILMER, 2014). A experiência com o álcool e o tabaco tem demonstrado a importância da publicidade destas substâncias na determinação das taxas de consumo. Muitos defensores da regulamentação da *Cannabis* veem a questão da mesma maneira: é necessário regulamentação, controle e, sobretudo, de proibição de publicidade de todas as drogas lícitas (LENTON, 2013).

Nos Estados Unidos, as pesquisas de opinião pública têm demonstrado um crescente apoio à legalização, enquanto a desaprovação vem diminuindo. Além disso, o uso da *Cannabis* por alguns indivíduos parece independe de sua situação

legal. No entanto, um aumento na intenção do uso após a legalização pode elevar a prevalência do consumo, principalmente, entre os jovens (PALAMAR et al., 2014).

Um estudo realizado nos EUA avaliou a intenção dos estudantes do país em experimentar a *Cannabis* após a recente legalização ocorrida em dois estados americanos. Cerca de 10% relataram que pretendiam, algum dia, fazer uso legal da droga, o que correspondia a um aumento de 5,6% nas taxas de prevalência, já altas, na população, saltando de 45,6% para 51,2%, o que demonstra que, com a legalização, deverá, inicialmente, haver uma intenção de uso, e que, caso ocorra, poderá provocar um aumento no consumo da droga (PALAMAR et al., 2014).

No entanto, dados de Portugal e da Holanda demonstram que a descriminalização e/ou sua legalização – eventos que aconteceram nestes países – , não levam a um aumento da prevalência do consumo em longo prazo: ao contrário, podem reduzir o consumo em faixas etárias mais jovens, como foi observado nestes países (WERB et al., 2012).

Nessa direção, um estudo comparou a prevalência de beber e usar *Cannabis* em três países diferentes (Estados Unidos, Canadá e Holanda) e com políticas e leis sobre drogas, substancialmente, distintos. Constataram que os Estados Unidos mantêm uma política de proibição referente à *Cannabis*, e de grande restrição ao consumo do álcool pelos jovens; no Canadá, a *Cannabis* também é proibida, mas existe uma tolerância ao seu consumo, mas o álcool é liberado, e a tolerância ao consumo também é maior (SIMONS-MORTON et al., 2011).

Na Holanda, o comércio da *Cannabis* é legalizado, mas existem várias restrições ao consumo e o álcool é mais tolerado, sendo o mais liberado entre os três países. Foram avaliados jovens na fase escolar, em relação à prevalência do consumo de álcool, e constatou-se que políticas de restrição mais rigorosas, como acontecem nos Estados Unidos, têm um impacto maior, produzindo taxas de consumo mais baixas: as maiores foram as dos jovens holandeses.; No entanto, com relação à *Cannabis*, não houve diferença substancial entre os países (SIMONS-MORTON et al., 2011). Os autores concluem que, quando uma droga é legalizada, políticas rigorosas de controle do consumo têm um impacto importante na redução do uso por jovens mas políticas de proibição, no caso da *Cannabis*, não levam a um controle maior sobre o consumo.

Um dos argumentos em favor da legalização da *Cannabis* é que seu principal objetivo é a eliminação do comércio ilícito da droga, por meio de mercados abertos e cultivo pessoal. Entretanto, discute-se se o comércio deve ser monopólio do Estado ou se pode ser entregue à iniciativa privada (GETTMAN; KENNEDY, 2014). Para estes autores, muitos acreditam que entregar a *Cannabis* a um mercado competitivo, independente do governo, levará à diminuição do preço e da pressão por lucros, com aumento do consumo.

Outra forma de reduzir o mercado negro e de evitar as pressões comerciais seria o plantio domiciliar e individual, mas a medida não forneceria receitas ao estado, na medida em que produto poderia ser usado em tratamento e prevenção e a *Cannabis* não é difícil de ser cultivada, pois cresce em armário, porões, sótãos, quintais e em quase todos os recintos. Tanto que a produção já existe em larga escala: em 2003, chegou a 10 mil toneladas de *Cannabis*, produzida em regime doméstico nos EUA. (GETTMAN; KENNEDY, 2014).

A proibição das drogas leva à criação de um enorme mercado ilícito. Estudo revela a associação entre o impacto da aplicação de leis e a violência relacionada ao consumo: alguns especialistas afirmam que a ação do estado sobre as organizações maiores leva a uma proliferação de pequenas gangues envolvidas no comércio ilícito, tendo-se criado um mercado que tem grande movimentação financeira e com muitos grupos criminosos envolvidos. Dados da ONU apontam que a *Cannabis* rende às organizações criminosas a monta de 140 bilhões de dólares por ano (WERB et al., 2012).

Outro estudo avaliou os lucros do mercado ilegal da *Cannabis* no Distrito de Columbia, no Canadá. Nesta unidade do país, o comércio de *Cannabis* movimentou cifras que superam o valor de 400 milhões de dólares por ano, gerando um crescente desenvolvimento de grupos criminosos organizados e violentos.

Os ganhos vultosos com este mercado prejudicam a aplicação da lei, no sentido de controlar o tráfico (WERB et al., 2012). Apesar dos esforços policiais para conter seus avanços, grupos se consolidaram e a guerra entre gangues tem aumentado a violência nas cidades: o número de homicídios relacionados a esta guerra aumentou, de 21%, em 1997, para 34%, em 2009 (WERB et al., 2012). Os autores deste estudo sugerem que decisões políticas novas devem prever alternativas para lidar com o problema. Entre as alternativas, sugere-se a

regulamentação da produção e da venda da *Cannabis*, o que absorveria a movimentação financeira dos grupos, aumentando a arrecadação do estado com a possibilidade de investimentos em outras áreas, assim como se diminuiriam os gastos aplicados no combate à droga e também se fortaleceria a perspectiva de reduzir a violência (WERB et al., 2012).

Para outros autores, descriminalizar a *Cannabis* pode proteger o usuário da violência, mas não soluciona os problemas associados ao tráfico, nem o afasta do comércio ilegal, por conta das particularidades locais, como ocorre em nosso país (KIEPPER; ESHER, 2014). Deste modo, os autores afirmam que tornar legal o consumo traz à tona regras que estão envolvidas nas atividades econômicas da relação de consumo, o qual não dispõe de garantias de segurança ao usuário e coloca nas mãos do Estado uma responsabilidade que o Brasil não está preparado para assumir.

Assim, países como Uruguai e Estados Unidos já operam leis no campo da Saúde Pública, criando uma expectativa de que a regulação da *Cannabis* minimize danos e ponha em segurança os usuários com relação aos riscos pelo vínculo com o narcotráfico e com a intervenção do Estado, reduzindo a incidência do crime organizado (KIEPPER; ESHER, 2014).

A legalização poderá incentivar uma produção doméstica que competiria com o tráfico. Na verdade, de forma ilegal, esta produção já existe em muitos países e um estudo mostrou a produção doméstica da *Cannabis* em dois países, onde a prevalência do consumo é desigual: de um lado a Dinamarca, com altos índices de consumo de *Cannabis* e, do outro, a Finlândia, onde o consumo é baixo (HAKKARAINEN et al., 2011).

Na Dinamarca, a tolerância é maior e o consumo é descriminalizado, enquanto a Finlândia segue uma política restritiva. Em ambos os países, a plantação da *Cannabis* para uso recreacional é proibida. Não há muitos dados sobre a apreensão da *Cannabis* produzida localmente na Dinamarca, mas, na Finlândia, o número passou de poucas dezenas apreendidas na década de 1980, para 14 mil plantas, em 2008. No entanto, plantações grandes que servem ao tráfico e ao comércio são raramente encontradas (HAKKARAINEN et al., 2011). Estes autores ressaltam, também, que a produção da *Cannabis*, nesses países,

ainda é feita em pequena escala, em comparação com as do Reino Unido e da Holanda, onde 50% da *Cannabis* consumida é produzida localmente.

Ainda no mesmo estudo, os resultados apontaram que a grande maioria dos sujeitos, na Holanda, plantava para uso recreativo pessoal e de amigos e, na Finlândia, 58,8% reportaram fazer uso medicinal da planta; menos de 10% referiram ser a venda da *Cannabis* uma prioridade, mas na Finlândia cerca de 40% e na Dinamarca 14% já haviam vendido *Cannabis* ocasionalmente. Na Finlândia, onde as leis são mais rígidas, apenas 15,4% achavam a atividade de alto risco; 19% tiveram contato com a polícia e 14% haviam pago propina para manter o cultivo, enquanto este número foi de 5,7% na Dinamarca (HAKKARAINEN et al., 2011).

Estes produtores representam o lado ideológico do cultivo doméstico da *Cannabis*: mesmo que, ocasionalmente, vendam os excedentes, a produção é diferenciada da produção em larga escala do mercado do tráfico (HAKKARAINEN et al., 2011). Outro ponto a ser discutido e que está em um intenso debate, é de como o sistema de justiça criminal deve abordar o uso da *Cannabis*. Enquanto muitos países ocidentais optam por abordagens mais duras, com penalidades aos infratores, alguns países têm modificado a forma de enxergar o problema (WILKINS; SWEETSUR, 2012).

É o que, por exemplo, vem acontecendo na Nova Zelândia, nos últimos 35 anos (WILKINS; SWEETSUR, 2012). Apesar de não ter ocorrido nenhuma mudança nos sistemas de leis deste país, houve uma substancial diminuição das detenções e das penalidades impostas aos infratores. Possivelmente, isto não decorre da diminuição do consumo da *Cannabis*, nem de uma ineficiência policial, mas sim, do abrandamento da opinião que a polícia e os juízes neozelandeses têm em relação à gravidade do consumo da droga (WILKINS; SWEETSUR, 2012).

Muitas vezes, a infração é registrada, mas nenhuma penalidade adicional como prisão ou multa é imposta. A explicação para a mudança pode advir do fato de que os condenados por consumo da *Cannabis* sofrem inúmeras consequências negativas, quando se analisam os prejuízos no emprego e como atender requisitos legais para este. Os indivíduos acabam marginalizados e estigmatizados, e não conseguem adentrar o mercado de trabalho, o que gera maiores danos à sociedade (WILKINS; SWEETSUR, 2012).

Somente nos Estados Unidos aconteceram 850 mil prisões anuais por causa da *Cannabis*. É um número assustador, que supera o número de prisões por assassinato e estupro. Este número implica em grandes gastos com a polícia e a justiça, tanto de tempo como de dinheiro, o que remete à questão de se seria melhor submeter os consumidores a um tratamento do que à prisão (EARLEYWINE, 2011; CARPENTER; PECHMANN, 2011).

Cerca de 80% das prisões se devem à posse da droga. Números como este são incompreensíveis: quem não preferiria um tratamento a uma prisão? Talvez o foco do problema esteja errado e, apesar de todas as detenções, medidas como esta parecem ter pouco proveito. Não obstante o rigor da lei, o consumo da *Cannabis* não parece ser menor onde as leis são mais punitivas. Porém, as leis também dificultam as pesquisas, o que explica porque se sabe tão pouco sobre a *Cannabis*, pois parece uma irracionalidade expedir prisões por possuir uma planta, sendo que ações de prevenção e tratamento poderiam ser mais eficazes (EARLEYWINE, 2011; CARPENTER; PECHMANN, 2011).

Outro potente argumento contra a legalização tem relação com as teorias de *gateway* ou 'porta de entrada', em que a *Cannabis* seria uma substância capaz de levar ao consumo de drogas mais pesadas, como a cocaína e a heroína. A teoria começou a ser discutida na década de 1970, e conceitua que o uso de drogas lícitas poderia induzir o consumo das ilícitas (MAYET et al., 2012; O'BRIEN et al., 2012; BRACKEN et al., 2013; OLTHUIS et al., 2013).

Desta forma, o álcool e o tabaco poderiam induzir o consumo da *Cannabis* e de drogas mais pesadas, como cocaína e heroína. A teoria também é válida para a progressão de uma droga ilícita para outra e tem sido validada por diversos estudos (MAYET et al., 2012; O'BRIEN et al., 2012; BRACKEN et al., 2013; OLTHUIS et al., 2013).

Ainda que as origens dessas teorias sinalizem que se trata de uma conotação política, não isentam os cientistas de pesquisá-las e comprová-las. Determinar um sistema de causas é complexo, já que doenças como a dependência química apresentam múltiplos fatores inter-relacionados em sua etiologia, por exemplo, questões genéticas, dinâmicas de personalidade e fatores ambientais (ANTHONY, 2012). Este autor enfatiza que a necessidade de estudos que determinem a veracidade das teorias é premente, no entanto, é difícil obter apoio

governamental para as investigações, quando as pesquisas podem contrariar um efeito prejudicial já aceito, e seus resultados podem-se contrapor a políticas estabelecidas.

Um estudo realizado na França analisou a teoria de *gateway*, tanto com drogas lícitas como com a *Cannabis*: a pesquisa confirmou que existe uma progressão do consumo de drogas lícitas, como o álcool e o tabaco, para o consumo de drogas ilícitas, inclusive a *Cannabis*. Da mesma forma, a progressão do uso da *Cannabis* para o uso de outros tipos de droga também acontecia na mesma proporção, mas o inverso, ou seja, progressão de drogas pesadas para *Cannabis*, não foi evidenciado (MAYET et al., 2012).

Outra teoria que pode estar relacionada se refere a questões de “oportunidade”: grupos de jovens que consomem álcool e tabaco podem se encaminhar, por uma pressão social, ao uso da *Cannabis*, e frequentar ambientes onde a droga é vendida, o que gera oportunidade para a aquisição e a experimentação de outras drogas ilegais. Os resultados do estudo também corroboram outras hipóteses e teorias, como a de haver uma vulnerabilidade comum à experimentação de drogas, e pode ocorrer uma modulação genética (MAYET et al., 2012).

Uma pesquisa realizada no Canadá avaliou o uso de tabaco, álcool e *Cannabis* entre jovens, e as comorbidades relacionadas ao consumo: observou-se que o álcool foi a substância de maior consumo, sendo raro encontrar jovens que tivessem fumado tabaco ou *Cannabis* e que nunca tivessem utilizado álcool. Este estudo demonstrou que os jovens que faziam consumo excessivo de álcool estão, substancialmente, mais suscetíveis a progredir para o uso de tabaco e, também, da *Cannabis* (LEATHERDALE; AHMED, 2010).

Assim, apesar das restrições impostas no país, o consumo de drogas continua a elevar-se entre os mais jovens, implicando em risco para a saúde pública, e em danos associados ao consumo. Sabe-se que o uso precoce de substâncias leva a um risco de uso mais pesado na idade adulta e que o consumo excessivo de álcool é fator de rastreamento para comportamento de experimentação de outras drogas, como o tabaco e a *Cannabis*, já que os jovens têm 21 vezes mais chance de progredir para o consumo (LEATHERDALE; AHMED, 2010).

Nesta perspectiva, prevenir o uso de drogas parece tarefa bem difícil e, muitas vezes, apresenta resultados contraditórios. Alguns estudos, por exemplo, demonstram que campanhas de mídia em massa, de substâncias legalizadas, como álcool e tabaco, podem exercer um aumento do abuso de substâncias na sequência da intervenção (BENNETT; HOLLOWAY, 2010; SOLOWIJ, 2010).

O efeito da publicidade sobre o consumo da *Cannabis* também foi objeto de estudo e os resultados demonstraram não haver redução global do uso da *Cannabis* devido à exposição de anúncios antidrogas, exceto sobre meninas entre 13 e 14 anos, indicando que a mídia pode ter contribuído para o atraso do consumo, ou reduzido o consumo apenas neste grupo. Também foi evidenciado que a publicidade não afetou o consumo de álcool, como fez com o consumo da *Cannabis* (CARPENTER; PECHMANN, 2011). Assim, os autores concluem que as campanhas publicitárias não têm atingido os objetivos desejados, como o de modificar o comportamento dos jovens em relação às drogas.

Embora muitos programas de prevenção não sejam tão eficazes, pelo menos têm um custo baixo e novos investimentos com a legalização ou com as receitas que se gastariam com o combate ao tráfico poderiam se inserir nestas medidas (KILMER, 2014). Programas de prevenção poderiam funcionar bem em regime escolar, considerando que a população dos mais jovens é a mais vulnerável aos riscos de uso precoce de drogas. No entanto, é necessário investimento para treinamento específico sobre drogas para equipes que lidam com estes jovens, incluindo funcionários e professores da escola (GATES et al., 2013).

Outro grande argumento utilizado contra a legalização da *Cannabis* é sua possível relação com o desenvolvimento de psicose: as evidências de que a *Cannabis* estaria associada a doenças psicóticas, como a esquizofrenia, é um forte argumento contra a reclassificação da droga, já que o sofrimento imposto às famílias e aos consumidores justifica o clamor dos grupos de saúde mental contrários às mudanças (SOLOWIJ, 2010).

No entanto, uma pergunta ainda a ser respondida é quanto à força desta relação: quantos usuários da *Cannabis* deixariam o consumo para que se evitasse um único caso de esquizofrenia? Este ainda é um problema encontrado com outras drogas, principalmente as legalizadas. Estimar esta relação é de grande importância política, já que a classificação de uma droga depende do impacto e danos que ela

produz e, desta forma, estão claros os danos causados pelo tabaco, mas ele tem classificação diferente da *Cannabis* (SOLOWIJ, 2010).

Desta maneira, os autores afirmam que seria necessário que muitos usuários parassem de consumir *Cannabis* para que um único caso de psicose fosse evitado. Não há certeza sobre esta associação, mas há mais indícios em favor de que a *Cannabis* seja capaz de gerar psicose do que não: mesmo que um único caso não seja, estatisticamente, assustador, as mudanças causadas pela patologia impõem a necessidade de preveni-la (HALL;DEGENHARDT, 2010).

A associação entre *Cannabis* e psicose é uma questão que levará anos para ser respondida com exatidão. Usar deste argumento de forma tão intensa e com tanta ênfase, parece pouco razoável para reorientar políticas sobre a droga e nos afastar de questões mais preeminentes (WERB et al., 2012).

Uma revisão de literatura encontrou muitas inconsistências nos estudos que apontavam a relação da *Cannabis* com a esquizofrenia, apesar de não ser possível afastar a possibilidade. Dados ainda sem uma comprovação, de como a esquizofrenia está relacionada à *Cannabis* são enfocados de forma interessante por alguns autores (MACLEOD; HICKMAN, 2010).

Estes autores afirmam que a supervalorização de alguns dados levam os pesquisadores a superestimar seus trabalhos, levando a um erro chamado “viés do desejo”. Isto pode ter ocorrido devido ao fato de ativistas pró-legalização se utilizarem do argumento de que a *Cannabis* era totalmente inofensiva levando, em contrapartida, alguns pesquisadores a supervalorizar os danos causados por ela (MACLEOD; HICKMAN, 2010).

Com efeito, o único benefício em se proibir a *Cannabis* está na possibilidade de esta proibição diminuir seu consumo, o risco de dependência e suas consequências. A grande questão é que a proibição não tem conseguido modificar o padrão de consumo da população, tendo pouco efeito com a prevenção, e gerando criminalização de jovens. Reconduzir a *Cannabis* à posição de um problema de saúde pública parece ser mais interessante do que classificá-la como um problema judicial, já que drogas com grande poder de danos, como o álcool e o tabaco, já são tratados desta forma (MACLEOD; HICKMAN, 2010).

O debate sobre a legalização da *Cannabis* está no auge em decorrência de um fator claramente observado: a *Cannabis* é a droga ilícita mais popular do

mundo, seu consumo é vultoso. A proibição sobre o consumo não funciona e os resultados da legalização geram incertezas. O debate carrega grande carga emocional, gerando pontos de vistas contraditórios entre defensores e opositores e um dos mais notáveis é que defensores da legalização ignoram os efeitos negativos da *Cannabis* sobre a saúde e, na contramão, os opositores ignoram os efeitos nocivos das drogas legalizadas, como o álcool e o tabaco, e como lidamos com eles, mesmo sob legalização (OURS, 2012).

Deste modo, o autor enfatiza que o uso de *Cannabis* é generalizado, e muitos indivíduos o fazem por período curto de tempo. De outra maneira, alguns usuários fazem uso regular da substância, mas em muitos casos sua intenção é recreativa, e carrega uma conotação comparável ao consumo de álcool.

Não se podem negar os danos causados pelo uso da *Cannabis*, pois eles orientam a defesa da prevenção do uso. A grande questão repousa no fato de que, apesar dos custos consideráveis, não existe nenhuma evidência de que a proibição reduz o consumo da *Cannabis*. Se existem alternativas, como a de legalização, existe o risco de que ainda seja uma alternativa pior, mas que pode ser avaliada com rigor e continuar a ser uma opção (MACLEOD; HICKMAN, 2010). O benefício da prevenção sobre o uso da *Cannabis* está bem embasado em evidências científicas, mas parece que este conhecimento não levará a grandes investimentos na área (MACCOUN, 2015).

O contrário acontece com a lei e a interdição que não necessitam de muitas evidências: supõe-se e se aplica o que se acredita ser necessário e apropriado (MACCOUN; MELLO, 2015). Qualquer evidência contrária às leis e aos sistemas de crenças torna o pesquisador um liberal, e mesmo que as teorias sejam sobre redução de danos, e baseadas em evidências, existe a presunção de que o pesquisador é a favor do uso de drogas. A história nos mostra que a investigação científica não tem conseguido abrandar as leis, direcionando uma lei mais severa para uma lei mais leve e branda, no entanto, uma mudança na direção contrária é mais factível. (MACCOUN; MELLO, 2015).

Assim, existem muitos artigos na literatura ligando o uso da *Cannabis* a uma série de doenças mentais. Entretanto raramente se pergunta aos consumidores sobre as vantagens que podem derivar do consumo, como aliviar a ansiedade, provocar relaxamento e reduzir estresse físico e psicológico. Vale a pena investigar

se a *Cannabis* poderá trazer algum benefício à saúde mental e, talvez, reduzir a procura por serviços de saúde mental (REINARMAN, 2011).

Este autor destaca, ainda, que muitos estudos sugerem a ligação do uso da *Cannabis* a comportamentos indesejados, e não importa o quão raro ou parciais sejam os efeitos, eles aparecem como fortes argumentos para uma proibição em massa e redirecionam as políticas públicas.

Existe um véu de ignorância que recobre o debate sobre a legalização da *Cannabis*, pois, enquanto ela não for totalmente legalizada, em algum lugar do mundo, seja na venda ou em sua produção, não teremos uma ideia clara sobre as consequências da medida. Seria exigir demais que os políticos mudem de forma abrupta as leis, baseados, ainda, neste mar de dúvidas, o que torna ainda longo o caminho para uma legalização ampla (OURS, 2012).

É inegável que a legalização poderia destituir de seus usuários a carga de criminalidade, removendo também organizações criminosas que lidam com o tráfico, permitindo ao Estado o controle sobre a venda e o consumo e gerando impostos e receitas para lidar com o problema. Estas decisões exigem audácia para se alcançar horizontes ainda não habitados, mas que fornecerão evidências para lidar de forma mais racional com esta questão e com a formulação de políticas mais eficazes (OURS, 2012).

Desta forma, muitas decisões que recaem sobre o controle da *Cannabis*, partem de um corpo político, sem conhecimento ou experiência. Seria necessário se esperar que um comitê formado por cientistas qualificados pudesse propor formulações mais eficazes. No entanto, as decisões, habitualmente, não dependem apenas de um conhecimento científico, mas, também, de um sistema de valores, ideologias e razões políticas (KALANT, 2010).

Envolto em todo este debate, repleto de argumentos opostos, muitas vezes, percebe-se a necessidade de que os sistemas que determinam as políticas públicas não podem mais se basear na dicotomia e na polarização de discursos e métodos de cunho médico-sanitário e jurídico-repressivo. É necessário que ambas as determinações caminhem juntas e dialoguem entre si, buscando soluções desprovidas de preconceitos.; A legalização da *Cannabis* não pode ser encarada, simplesmente, como apologia ao consumo, defesa da droga inofensiva ou pelo simples ato de ignorar os danos, mas como uma nova possibilidade que ainda

carece de novas evidências, assim como existem evidências da ineficácia dos modelos repressivos (KIEPPER; ESHER, 2014).

O que interessa às políticas ou programas que lidam com as drogas e que norteiam os trabalhos de pesquisadores, determinando decisões e tendo importância para a sociedade, é se existe impacto em reduzir os danos e as consequências relacionados ao problema. Saber se estas medidas são eficazes é o que nos leva a raciocinar sobre o que devemos fazer com as políticas: mantê-las, modificá-las ou abandoná-las (PECK, 2012).

Seria ingênuo pensar que o modelo de legalização é perfeito e resolveria todas as questões que abrangem o problema. Qualquer modelo sempre terá custos e benefícios, restando saber, na prática, se o modelo da legalização superará em benefícios o que o modelo restritivo não tem conseguido ao longo das décadas (KILMER, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A *Cannabis* faz parte da história da humanidade, estando presente em quase todos os povos, com seu uso comercial e industrial, assim como substância utilizada para fins medicinais e recreativos. Seu consumo como droga psicoativa também está presente em todas as nações do globo e a prevalência de consumo é substancial, sendo a terceira droga mais utilizada no planeta, perdendo apenas para o álcool e o tabaco. Entre as substâncias ilícitas é a mais utilizada.

Sua prevalência não parece sofrer grandes mudanças ao longo das décadas, apesar das políticas restritivas, proibitivas e das implicações legais de sua produção, comércio, porte e consumo. Ao contrário, em alguns países sua prevalência vem aumentando, mesmo com as políticas mais duras.

São bem documentados, na literatura, os danos à saúde física e mental, mas ainda existem lacunas a serem preenchidas com novas evidências que demonstrem a magnitude destes danos. Assim, a associação entre a *Cannabis* e a psicose, por exemplo, ainda precisa de muitos esclarecimentos científicos. Não obstante esse fato, muitos dos malefícios apontados na literatura como resultantes do consumo da droga, são ostensivamente mencionados nos argumentos de alerta contra seu perigo para a sociedade, sendo utilizados como justificativa para propostas contrárias às experiências de legalização.

Da mesma maneira, a legalização tem sido combatida com base em teorias inconsistentes e duvidosas que afirmam ser a *Cannabis* uma porta de entrada para outras drogas pesadas. O fato é que drogas consideradas leves, como tabaco e álcool, funcionam como uma porta de entrada entre si, para *Cannabis* e também para drogas como cocaína e heroína. Apesar disso, argumentos de combate à legalização da *Cannabis* não reforçam a proibição do tabaco e do álcool na sociedade também, o que parece incongruente por parte desses opositores. De todo modo, a proibição dessas substâncias já legalizadas traria resultados catastróficos socioeconômicos e políticos, como ocorreu, por exemplo, com a Lei Seca, nos EUA, no início do século passado, a qual teve de ser, posteriormente, abolida por sua ineficácia.

Está bem claro que o uso da *Cannabis* deve ser combatido e evitado, pois não é uma droga inofensiva. No entanto, os autores que defendem políticas de

redução de danos e alternativas aos modelos proibicionistas, são confundidos com militantes que fazem apologia ao consumo da *Cannabis*, o que resulta em descrença, na sociedade, em relação aos resultados advindos de pesquisas sobre o tema. São ideias bem diferentes em contextos diferentes e a redução de danos não pode ser associada ao incentivo de uso de determinada substância.

Muitos autores acreditam que a *Cannabis* foi erroneamente classificada, ao longo do tempo, como droga pesada e perigosa, mas seu perfil se aproxima mais das drogas já legalizadas, como o álcool e o tabaco. Foi assim que os holandeses entenderam o problema, o que redundou na mudança da opinião pública sobre o tema em muitos outros países, com debates e discussões que levam a uma tendência a rever a classificação e mudar políticas de combate à *Cannabis*. A classificação da *Cannabis*, historicamente, foi permeada de ideologia e preconceito, assim como muitas justificativas atuais contrárias à legalização parecem utilizar-se de evidências questionáveis.

Uma das defesas em favor da legalização se baseia na necessidade de prevenção, tratamento e controle sobre o consumo e a produção da droga. É desta forma que a questão da *Cannabis* se aproxima de políticas de redução de danos e de discussões fundamentadas na saúde pública, afastando-se do problema jurídico-criminal em que ela se tornou. Outra justificativa que permeia a legalização é a possibilidade de diminuição do tráfico e da violência gerados pelo mercado negro da *Cannabis*. Com efeito, as políticas atuais evidenciam ser ineficazes e muito onerosas para a sociedade, além de aumentar problemas judiciais, criminalizando pessoas que, em muitos casos, deveriam ser acolhidas e tratadas, ao invés de, primeiramente, conduzidas às sentenças judiciais.

Países que optaram por políticas de legalização, como a Holanda, apresentam dados de melhora em muitos índices e taxas ligados ao problema, como diminuição da prevalência de uso em mais jovens, da progressão para uso de outras drogas, da progressão da experimentação ao uso contínuo e, principalmente, esse país expressa também um aumento da busca por tratamento da dependência.

Seria ingênuo imaginar que, ao lidar com uma questão tão complexa como essa, se chegaria a uma solução perfeita, independente de modelos ou políticas, ainda mais porque a legalização da *Cannabis* na Holanda tem também seus

malefícios. Com efeito, o fato de o país proibir a produção da *Cannabis*, mantém um comércio ilegal e o turismo exacerbado relacionado à droga.

No entanto, a experiência de legalização está muito longe de ter o perfil apocalíptico que muitos insistem em prever para aqueles que seguirem o mesmo caminho da legalização. Pelo contrário, o modelo melhorou muitos problemas, os quais ainda hoje são enfrentados por países vizinhos e pelas Américas, onde se investe muito em políticas de proibição, mas com resultados modestos quanto a sua eficácia.

Desta forma, os principais argumentos contra a legalização parecem basear-se mais em suposições do que em evidências. Por exemplo: a legalização não resolveria o problema do tráfico: isto é um fato na Holanda, mas a proibição da droga também não resolveu a questão em outros países.

Outra abordagem que se discute são as prisões relacionadas à *Cannabis*, que, na Holanda, são mais raras, diferentes das muitas prisões que acontecem nos EUA, por exemplo. Tais prisões contextualizam sujeitos que terão sérios problemas de reinserção social e no mercado de trabalho, e que cometeram, muitas vezes, apenas o crime de portar a *Cannabis*. Ademais, na Holanda, com a divisão de mercados, houve inclusive a redução do consumo de drogas ilícitas e extremamente nocivas, como a cocaína.

As experiências americanas, tanto a do nosso vizinho Uruguai, que apresenta preços muito baixos para a *Cannabis*, quanto a do Colorado, que prevê o plantio domiciliar, revelam que ainda é imprevisível a maneira como se portará o tráfico da *Cannabis* nesses locais. Também se aguardam resultados sobre alterações de índices de saúde, considerando-se a prevalência de consumo da *Cannabis* em comparação com o de outras drogas nesses países. Desse modo, ratifica-se que muitas perguntas poderão ser respondidas, principalmente, com estes modelos que surgem nas Américas e que são diferentes entre si e também diferentes do modelo holandês.

A legalização da *Cannabis* não será herói nem vilão para a solução do dilema. Ela é apenas mais uma alternativa que pode ou não dar certo. Existem indícios fortes de que não será uma catástrofe como muitos acreditam, o que depende de investimentos em prevenção, educação e tratamento, assim como de um cuidado com a iniciativa privada, com a qual já temos experiência com as

drogas já legalizadas, álcool e tabaco. Neste sentido, nosso país demanda mudanças em suas posturas político-econômicas e sociais para tornar-se preparado para o manejo de modelos restritivos do uso da *Cannabis* na nossa cultura.

Desta forma, a legalização da *Cannabis* não deveria ser descartada como uma possibilidade que se aproxima de políticas sanitárias e de saúde e se afasta do problema criminal e do universo jurídico. As evidências quanto aos danos do uso da *Cannabis* nos orientam no sentido de condenar seu uso e combatê-lo, mas são questionáveis quando impossibilitam ou condenam políticas de redução de danos sem as evidências necessárias.

Discursos carregados de ideologia e pobres em conteúdo científico podem confundir mais do que esclarecer a sociedade sobre o tema. Desta forma, pode-se questionar a legalização da *Cannabis* pelo risco de psicose associada ao uso e esquecer-se de questionar a associação de quadros demenciais graves atribuídos ao alcoolismo, como a doença de Korsakoff, como um dado importante para se reivindicar a proibição massiva do álcool em várias sociedades.

Portanto, a legalização da *Cannabis* parece ser uma tendência na atualidade e alguns países já entendem que é necessário realizar novas tentativas. A experiência com estes países irá nos oferecer dados importantes para formulação de novos modelos e políticas de enfrentamento das drogas, em especial do uso da *Cannabis*, e de resolver este impasse sobre a condenação ou não de sistemas alternativos restritivos. A experiência com a legalização ainda é pequena, mas se ainda há poucas evidências de que ela seria um modelo ideal, o fato é que também há poucas evidências demonstrando o contrário.

REFERÊNCIAS

AGRAWAL, A.; MADDEN, P. A. F.; MARTIN, N. G.; LYNSKEY, M. T. Do early experiences with *Cannabis* vary in cigarette smokers? **Drug Alcohol Depend.** v.128 n.3, p.255-259, 2013.

ALI, M. M.; AMIALCHUK, A.; DWYER, D. S. The social contagion effect of marijuana use among adolescents. **PLoSOne**, v.6, n.1, 2011.

ÁLVAREZ, F. J.; GONZÁLEZ-LUQUE, J. C. Drogas ilegales y conducción de vehículos. **Med Clin (Barc)**, v.135, n.12, p.549-551, 2010.

ANDERSON, B. J.; STEIN, M. D. A Behavioral Decision Model Testing the Association of Marijuana Use and Sexual Risk in Young Adult Women. **AIDS and behavior**, v.15, n.4, p.875-884, 2011.

ANDERSON, D. M.; REES, D. I. The Legalization of Recreational Marijuana: How Likely Is the Worst-Case Scenario? **J. Policy Anal. Manag**, v.33, p.221-232, 2014.

ANDRADE, A. G.; DUARTE, P. C.; OLIVEIRA, L. G. **Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas contra Drogas (SENAD), 2010.

ANDRADE, I. **Levantamento Nacional sobre Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**, 2010.

ANTHONY, J. C. Steppingstone and gateway ideas: a discussion of origins, research challenges, and promising lines of research for the future. **Drug Alcohol Depend.** 123 Suppl, p.99-104, 2012.

ARRIA, A. M.; GARNIER-DYKSTRA, L. M.; CALDEIRA, K. M.; VINCENT, K. B.; WINICK, E. R.; O'GRADY, K. E. Drug use patterns and continuous enrollment in college: results from a longitudinal study. **J. Stud. Alcohol Drugs**, v.74, p.71-83, 2013.

BARON, E. P. Comprehensive Review of Medicinal Marijuana, Cannabinoids, and Therapeutic Implications in Medicine and Headache: What a Long Strange Trip It's Been. **Headache**, v.6, n.55, p.885-916, mai, 2015.

BARROS, A.; PERES, M. Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas. **Rev. Periferia**, v.3, n.2, 2012.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N.; HACKER, M. A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Rev. Saúde Pública** São Paulo, v.42, supl.1, June, 2008.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. O Enfermeiro no Gerenciamento à Qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: Revisão Integrativa da Literatura. **Rev Gaucha Enferm**, v.32, n.4, p. 797-806, 2011.

BENMAAMAR, R. Colorado: a first in the USA for legal sale of marijuana. **Lancet Oncol**. 15 e 55, 2014.

BENNETT, T.; HOLLOWAY, K. Is UK drug policy evidence based? **Int. J. Drug Policy**, v.21, p.411-417, 2010.

BESELER, C. L.; HASIN, D. S. *Cannabis* dimensionality: Dependence, abuse and consumption. **Addict Behav**, v.35, n.11, p.961-969, 2010.

BESSA, M. A. Contribuição à discussão sobre a legalização de drogas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, may, 2010.

BEWLEY-TAYLOR, D. Towards revision of the UN drug control conventions The logic and dilemmas of Like-Minded Groups. **Int J Drug Policy**, v.24, p.60-8, 2013.

BRACKEN, B. K.; RODOLICO, J.; HILL, K. P. Sex, age, and progression of drug use in adolescents admitted for substance use disorder treatment in the northeastern United States: comparison with a national survey. **Subst Abus**, v.34, p.263-272, 2013.

BRANDÃO, M. D. Ciclos de atenção à maconha no Brasil. **Revista da Biologia**, v.13, n.1, p.1-10, 2014.

BRANDAU, R.; MONTEIRO, R.; BRAILE, D. M. Importância Do Uso Correto Dos Descritores Nos Artigos Científicos. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular** v.20, n.1, p.2-4, 2005.

BRETTEVILLE-JENSEN, A. L.; ROSSOW, I. Questionable Conclusions On *Cannabis* And Crime. **Addiction**, v.106, p.449-450, 2011.

BROOK, J. S.; LEE, J. Y.; FINCH, S. J.; KOPPEL, J.; BROOK, D. W. Psychosocial factors related to *Cannabis* use disorders. **Subst Abus**. v.32, n.4, p. 242-251, 2011.

CARLINI, E. A. A história da maconha no Brasil. **J. bras. psiquiatr**. Rio de Janeiro, v.55, n.4, p.314-317, 2006.

CARPENTER, C. S.; PECHMANN, C. Exposure to the above the influence antidrug advertisements and adolescent marijuana use in the United States, 2006-2008. **Am. J. Public Health** v.101, p.948-954, 2011.

DAL, K.; MENDES, S.; PEREIRA, R. C. C.; GALVÃO, C. M. "Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem." **Texto contexto-enferm**. Florianópolis, v.17, n.4, dec., 2008.

DEGENHARDT, L.; COFFEY, C.; ROMANIUK, H.; SWIFT, W.; CARLIN, J. B.; HALL, W. D.; PATTON, G. C. The persistence of the association between adolescent *Cannabis* use and common mental disorders into young adulthood. **Addiction**, v.108, p.124-133, 2013.

DE-LA-TORRE-UGARTE, M. C.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Revisão sistemática: noções gerais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.5, oct., 2011.

DEVANE, C. L. Marijuana Use in America: Whither Are We Bound? **Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther**, v.33, n.10, p.1009-1011, 2013.

DUMEZ, A. G. The marijuana menace. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v.2, n.75, 2011.

EARLEYWINE, M. The Elephant In The Room With The “Grass Ceiling.” **Addiction**, v.106, p.245-246, 2011.

EHLERS, C. L.; GIZER, I. R.; VIETEN, C., et al. *Cannabis* dependence in the San Francisco Family Study: age of onset of use, DSM-IV symptoms, withdrawal, and heritability. **Addictive behaviors**. v.35, n.2, p.102-110, 2010.

FIESTAS, F.; RADOVANOVIC, M.; MARTINS, S. S.; MEDINA-MORA, M. E.; POSADA-VILLA, J.; ANTHONY, J. C. Cross-national differences in clinically significant *Cannabis* problems: epidemiologic evidence from “*Cannabis*-only” smokers in the United States, Mexico, and Colombia. **BMC Public Health**, v.10, p.152, 2010.

IORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n.92, p.9-21, mar, 2012.

FISCHER, B.; REHM, J.; IRVING, H.; IALOMITEANU, A.; FALLU, J. S.; PATRA, J. Typologies of *Cannabis* users and associated characteristics relevant for public health: a latent class analysis of data from a nationally representative Canadian adult survey. **Int. J. Methods Psychiatr. Res.**, v.19, p.110-124, 2010.

FISCHER, J. R.; Hyacinth Irving, Anca Ialomiteanu, Jean-Sebastien Fallu, J. P. Typologies of *Cannabis* users and associated characteristics relevant for public health: a latent class analysis of data from a nationally representative Canadian adult survey. **International J. Methods Psychiatr**, v.20, p.1-5, 2011.

FONT-MAYOLAS, S.; GRAS, M. E.; CEBRIÁN, N.; SALAMÓ, A.; PLANES, M.; SULLMAN, M. J. M. Types of polydrug use among Spanish adolescents. **Addict Behav**, v.38, n.3, p.1605-1609, 2013.

FOX, C. L.; TOWE, S. L.; STEPHENS, R. S.; WALKER, D. D. Motives for *Cannabis* Use in High-Risk Adolescent Users. **Psychol Addict Behav.**, v.25, n.3, p.492-500, 2011.

FOX, H. C.; TUIT. K. L.; SINHA, R. Stress system changes associated with marijuana dependence may increase craving for alcohol and cocaine. **Hum Psychopharmacol Clin Exp.**, v.28, n.1, p.40-53, 2013.

GATES, P. J.; NORBERG, M. M.; DILLON, P.; MANOCHA, R. Perceived Role Legitimacy And Role Importance Of Australian School Staff In Addressing Student *Cannabis* Use . **J. Drug Educ.**, v.43, p.65-79, 2013.

GETTMAN, J.; KENNEDY, M. Let it grow-the open market solution to marijuana control. **Harm Reduct. J.** v.11, p.32, 2014.

GONCY E. A.; MRUG S. Where and when adolescents use tobacco, alcohol, and marijuana: comparisons by age, gender, and race. **J Stud Alcohol Drugs.**, v.74, n.2, 2013.

GREEN, K. M.; DOHERTY, E. E.; STUART, E. A. Does Heavy Adolescent Marijuana Lead to Criminal Involvement in Adulthood? Evidence from a Multiwave Longitudinal Study of Urban African Americans. **Drug Alcohol Depend.**, v.29, p.997-1003, 2010.

HAKKARAINEN, P.; FRANK, V. A.; PERÄLÄ, J.; DAHL, H. V. Small-scale *Cannabis* growers in Denmark and Finland. **Eur. Addict. Res.**, v.17, p.119-128, 2011.

HALL, W.; DEGENHARDT, L. Commentaries on Macleod & Hickman. What are the policy implications of the evidence on *Cannabis* use and psychosis? **Addiction**, p.1332-1333, 2010.

HAMMERSLEY, R. Meta-analysis is no substitute for theory. **Addiction**. v.106, n.2, p.247-8, discussion, 251-2. 2011.

HAWKEN, A.; CAULKINS, J.; KILMER, B.; KLEIMAN, M. Quasi-legal *Cannabis* in Colorado and Washington: local and national implications. **Addiction**, v.108, p.837-838, 2013.

HURD, Y. L.; MICHAELIDES, M.; MILLER, M. L.; JUTRAS-ASWAD, D. Trajectory of adolescent *Cannabis* use on addiction vulnerability. **Neuropharmacology.**, v.76, p.416-424, 2014.

HUXLEY, A. *As Portas da Percepção/Céu e Inferno*. 2. ed. Editora Globo, 1954.

HYGGEN, C. Does smoking *Cannabis* affect work commitment? **Addiction**, v.107, p.1309-1315, 2012.

JUNGERMAN, F. S.; MENEZES, P. R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R.; LARANJEIRA, R. Prevalence of *Cannabis* use in Brazil: data from the I Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). **Addict Behav**,v.35, n.3, p.190-3, 2010.

KALANT, H. Drug classification: Science, politics, both or neither? **Addiction**, v.105, n.7, p.1146-1149, 2010.

KASTNER, M. et al. What Is the Most Appropriate Knowledge Synthesis Method to Conduct a Review? Protocol for a Scoping Review. **BMC medical research methodology**, v.12, n.1, p.114, 2012. Retrieved 22 July, 2014.

KIEPPER, A.; ESHER, A. A regulação da maconha no Senado Federal: uma pauta da Saúde Pública no Brasil Regulation of marijuana by the Brazilian Senate: a public health issue La regulación de la marihuana en el Senado: un programa para la Salud Pública en Brasil. **Perspectivas**, v.30, p.1-3, 2014.

KILMER, B. Policy designs for *Cannabis* legalization: starting with the eight Ps. **Am. J. Drug Alcohol Abuse**, v.40, p.259-261, 2014.

KIRSCH JR, J. P. **Alinhamento e Legalização: Cannabis Sativa os Problemas e Limitações para uma Política Internacional Comum**, 2010.

LANÇAS, V. R. et al. **Marcha da maconha, transgressão e identidade em um movimento social contemporâneo**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Florianópolis, 2013.

LARANJEIRA, R. Legalização de drogas e a saúde pública; Drugs legalization and public health. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n.4, p.621-631, 2010.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), 2012.

LEATHERDALE, S. T.; AHMED, R. Alcohol, marijuana, and tobacco use among canadian youth: Do we need more multi-substance prevention programming? **J Prim Prev.**; v.31, n.3, p.99-108, 2010.

LEGLEYE, S.; JANSSEN, E.; BECK, F.; CHAU, N.; KHLAT, M. Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco and *Cannabis* during adolescence: A retrospective cohort study. **Addiction**, v.106, n.8, p.1520-1531, 2011.

LENTON, S. New Regulated Markets For Recreational *Cannabis*: Public Health Or Private Profit? **Addiction**, v.109, p.354-355, 2013.

LEWIS, G.; HERON, J.; ZAMMIT, S. Commentary on Griffith-Lendering et al. Cross-lagging *Cannabis* and psychosis vulnerability. **Addiction**, v.108, p.741-742, 2013.

LI, MU-CHEN et al. Marijuana Use and Motor Vehicle Crashes. **Epidemiologic reviews**, v.34, n.1, p.65-72, 2012.

LYNSKEY, M. T.; AGRAWAL, A.; HENDERS, A.; NELSON, E. C.; MADDEN, P. A. F.; MARTIN, N. G. An Australian Twin Study of *Cannabis* and Other Illicit Drug Use and Misuse, and Other Psychopathology. **Twin Res Hum Genet.**, v.15, n.5, p.631-641, 2012.

MACCOUN, R. J. Commentaries on Macleod & Hickman - The Implicit Rules Of Evidence-Based Policy Analysis, Updated. **Addiction**, p.1335-1336, 2010.

MACCOUN, R. J. What can we learn from the Dutch *Cannabis* coffeeshop system? **Addiction**, v.106, n.11, p.1899-910, 2011.

MACCOUN, R. J., MELLO, M. M. Half-Baked – The Retail Promotion of Marijuana Edibles. **N. Engl. J. Med.**, v.372, p.989-991, 2015.

MACLEOD, J.; HICKMAN, M. Response to commentaries: Moving towards an evidence-based policy around *Cannabis* use. **Addiction**, v.105, p.1337-1339, 2010.

MAYER, S. Proving personal use: the admissibility of evidence negating intent to distribute marijuana. *Mich. Law Rev.*, v.113, p.1255-1270, 2015.

MAYET, A.; LEGLEYE, S.; FALISSARD, B.; CHAU, N. *Cannabis* use stages as predictors of subsequent initiation with other illicit drugs among French adolescents: Use of a multi-state model. **Addict. Behav.**, v.37, 160-166, 2012.

MILLER, R. J. The *Cannabis* conundrum. **Proc. Natl. Acad. Sci.**, v.110, p.17165-17165, 2013.

MONSHOUWER, K.; VAN LAAR, M; VOLLEBERGH, W. A. Buying *Cannabis* in “coffee shops.” **Drug and Alcohol Review**, v.30, n.2, p.148-156, 2011.

MOREIRA W. Revisão de Literatura e Desenvolvimento Científico: conceitos e estratégias para confecção. **Janus**, Lorena, ano 1, nº 1, 2004.

NAU, J. Y. Le *Cannabis* ne doit plus être considéré comme une drogue douce (2). **Rev Med Suisse**, v.424, p.770-771, 2014.

NEUSPIEL, D. R. Marijuana. **Pediatr. Rev.** v.33, p.333-334, 2010.

O'BRIEN, M. S.; COMMENT, L. A.; LIANG, K. Y.; ANTHONY, J. C. Does *Cannabis* onset trigger cocaine onset? A case-crossover approach. **Int. J. Methods Psychiatr. Res**, v.21, p.66-75, 2012.

OLIVEIRA, M. A. F.; CESTARI, T. Y.; PEREIRA, M. O.; PINHO, P. H.; GONÇALVES, R. M. D. D. A.; CLARO, H. G. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v.38, p.368-378, 2014.

OLTHUIS, J. V.; DARREDEAU, C.; BARRETT, S. P. Substance use initiation: the role of simultaneous polysubstance use. **Drug Alcohol Rev.**, v.32, p.67-71, 2013.

OURS, J. C. V. The Long and Winding Road to *Cannabis* Legalization. **Addiction**, p.872-77, 2012.

OURS, J. C.; WILLIAMS, J. The effects of *Cannabis* use on physical and mental health. **J. Health Econ.**, v.31, p.564-577, 2012.

PACEK, L. R.; MALCOLM, R. J.; MARTINS, S. S. Race/ethnicity differences between alcohol, marijuana, and co-occurring alcohol and marijuana use disorders and their association with public health and social problems using a national sample. **Am. J. Addict.**, v.21, p.435-44, 2013.

PALAMAR J.J., OMPAD D.C., EVA PETKOVA. Correlates of Intentions to Use *Cannabis* among US High School Seniors in the Case of *Cannabis* Legalization. **Int J Drug Policy.**, v.25, n3, p.424-435, 2014.

PARDO, B. *Cannabis* policy reforms in the Americas: A comparative analysis of Colorado, Washington, and Uruguay. **Int. J. Drug Policy**, v.25, p.727-735, 2014.

PATIÑO-MASÓ, J.; GRAS-PÉREZ, E.; FONT-MAYOLAS, S.; BALTASAR-BAGUÉ, A. Consumo de cocaína y policonsumo de sustancias psicoactivas em jóvenes universitarios. **Enfermería Clínica**, v.23, p.62-67, 2013.

PECK, L. R. Failure of Intervention or Failure of Evaluation: A Meta-Evaluation of the National Youth Anti-Drug Media Campaign Evaluation. **Subst. Use Misuse**, v.47, p.1425-1426, 2012.

PEDERSEN, W. *Cannabis* and social welfare assistance: a longitudinal study. **Addiction.**, v.106, n.9, 2011.

PEDERSEN, W., SKARDHAMAR, T. *Cannabis* and crime: Findings from a longitudinal study. **Addiction.**, v.105, n.1, p.109-118, 2010.

PEJNOVIĆ FRANELIĆ, I.; KUZMAN, M.; PAVIĆ ŠIMETIN, I.; KERN, J. Impact of environmental factors on marijuana use in 11 European countries. **Croat Med J**, v.52, n4, p.446-457, 2011.

PELLIZZON, R. F. Pesquisa Na Área Da Saúde: 1. Base de Dados DeCS (Descritores Em Ciências Da Saúde). **Acta Cirurgica Brasileira**, v.19, n.2, p.153-63, 2004.

PEREIRA, M. A. **Aspectos controvertidos acerca da legalização da maconha no Brasil**. 2012. 40f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.

PIONTEK, D.; KRAUS, L.; BJARNASON, T.; DEMETROVICS, Z.; RAMSTEDT, M. Individual and Country-Level Effects of *Cannabis*-Related Perceptions on *Cannabis* Use. A Multilevel Study Among Adolescents in 32 European Countries. **J Adolesc Heal.**, v.52, n.4, p.473-479, 2013.

POL, P. V. D., et al. The Dutch *Cannabis* Dependence (CanDep) Study on the Course of Frequent *Cannabis* Use and Dependence: Objectives, Methods and

Sample Characteristics. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, v.20, n.1, p.1-5, 2011.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Etapa Inicial Do Processo de Validação de Diagnóstico de Enfermagem. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v.22, n.4, p.434-38, 2009.

PORATH-WALLER, A. J.; BEASLEY, E.; BEIRNESS, D. J. A meta-analytic review of school-based prevention for *Cannabis* use. **Health Educ Behav.**, v.37, n.5, p.709-723, 2010.

PSYCHOYOS, D.; VINOD, K. Y. Marijuana, Spice “herbal high”, and early neural development: implications for rescheduling and legalization. **Drug Test Anal.**, v.5, n.1, p.27-45, 2013.

RATZAN, S. C. The Tyranny of Marijuana: Legislation, Science, and Evidence? **J. Health Commun**, v.19, p.133-135, 2014.

REDONNET, B.; CHOLLET, A.; FOMBONNE, E.; BOWES, L.; MELCHIOR, M. Tobacco, alcohol, *Cannabis* and other illegal drug use among young adults: The socioeconomic context. **Drug Alcohol Depend**, v.121, p.231-239, 2012.

REINARMAN, C. Commentaries on Pedersen (2011): does *Cannabis* cause poverty too? Moving beyond the malevolence paradigm. **Addiction**, v.106, n.9, p.1644-5, 2011.

REUTER, P. The difficulty of restricting promotion of legalized marijuana in the United States. **Addiction**, v.109, p.353-354, 2014.

REZKALLA, S.; KLONER, R. A. Recreational Marijuana Use: Is it Safe for Your Patient? **J Am Heart Assoc**. v.3, n.2, p.000904-000904, 2014.

ROOM, R. *Cannabis* legalization and public health: legal niceties, commercialization and countercultures. **Addiction**, v.109, p.358-359, 2014b.

ROOM, R. Legalizing a Market for *Cannabis* for Pleasure: Colorado, Washington, Uruguay and Beyond. **Addiction** (Abingdon, England), v.109, n.3, p.345-51, 2014.

ROOM, R. Legalizing a market for *Cannabis* for pleasure: Colorado, Washington, Uruguay and beyond. **Addiction**, v.109, p.345-351, 2014a.

ROOM, R. Prohibition of *Cannabis*. **BMJ**. v.341, p.5492, 2010.

SAAD, L. G. Medicina Legal: o discurso médico, a proibição da maconha e a criminalização do negro. **Revista da ABPN**, v.1, n.2, 2010.

SAMPAIO, M. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica., **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v.11, n.1, feb. 2007.

SARTOR, C.; AGRAWAL, A.; LYNSKEY, M. *Cannabis* or alcohol first? Differences by ethnicity and in risk for rapid progression to *Cannabis*-related problems in women. **Psychol Med**, v.43, n.4, p.813-823, 2013.

SEELY, K. A.; PRATHER, P. L.; JAMES, L. P.; MORAN, J. H. Marijuana-based drugs: innovative therapeutics or designer drugs of abuse? **Mol. Interv.**, v.11, p.36-51, 2011.

SHANAHAN, M.; RITTER, A. Cost Benefit Analysis of Two Policy Options for *Cannabis*: Status Quo and Legalisation. **PLoS One**, v.9, p.95569, 2014.

SILVEIRA, C. S. A Pesquisa em Enfermagem Oncológica no Brasil: Uma Revisão Integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.1, p.40-48. 2006.

SIMONS-MORTON, B.; PICKETT, W.; BOYCE, W.; TOM, F. M.; VOLLEBERGH, W. Cross-national comparison of adolescent drinking and *Cannabis* use in the United States, Canada, and the Netherlands. **Int J Drug Policy**, v.21, p.64-69, 2011.

SOLOWIJ N. Harms to body and soul--an ideological balancing act for preventing and reducing *Cannabis* use. **Addiction**.105(8):1331-2, 2010.

SPITHOFF, S.; KAHAN, M. *Cannabis* and Canadian youth: evidence, not ideology. **Can. Fam. Physician**, v.60, p.785-7, p.793-5, 2014.

STATEMENT, N. C. Legalization of Marijuana: NASN Consensus Statement. **NASN Sch Nurse.**, v.28, n4, p.206-209, 2013.

STEFANIS, N. C.; DRAGOVIC, M.; POWER, B. D.; JABLENSKY, A.; CASTLE, D.; MORGAN, V. A. Age at Initiation of *Cannabis* Use Predicts Age at Onset of Psychosis: The 7- to 8-Year Trend.; **Schizophr Bull**, v.39, n.2, p.251-254, 2013.

STEPPAN, M.; KRAUS, L.; PIONTEK, D.; SICILIANO, V. Are *Cannabis* prevalence estimates comparable across countries and regions? A cross-cultural validation using search engine query data. **Int J Drug Policy.**, v.24, n.1, p.23-29, 2013.

TAYLOR, D. B.; JELSMA, M. Regime change: Re-visiting the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs. **International Journal of Drug Policy**, v.23, p.72-81, 2012.

TRAD, S. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: NERY FILHO, A. et al. **Toxicomanias: Incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2009.

UCHTENHAGEN, A. Some Critical Issues In *Cannabis* Policy Reform. **Addiction**, v.103, p.356-358, 2013.

United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report, United Nations publication, 2014.

WADE, L. Legal highs make Uruguay a beacon for marijuana research. **Sciencemag.org**, v.344, p.1217, 2014.

WALL, M. M.; POH, E.; CERDÁ, M.; KEYES, K. M.; GALEA, S.; HASIN, D. S. Commentary on Harper S, Strumpf EC, Kaufman JS. Do Medical Marijuana Laws Increase Marijuana Use? Replication Study and Extension. **Ann Epidemiol.**, v.22, n.7, p.536-537, 2012.

WEISS, S. Legally green: the nation is watching closely as Colorado and Washington put new pot laws in place. **State Legis**, v.39, p.14-8, 2013.

WERB, D.; FISCHER, B.; WOOD, E. *Cannabis* policy: Time to move beyond the psychosis debate. **Int. J. Drug Policy**, v.21, p.261-264, 2010.

WERB, D.; NOSYK, B.; KERR, T.; FISCHER, B.; MONTANER, J.; WOOD, E. Estimating the economic value of British Columbia's domestic *Cannabis* market: Implications for provincial *Cannabis* policy. **Int. J. Drug Policy**, v.23, p.436-441, 2012.

WILKINS, C.; SWEETSUR, P. Criminal justice outcomes for *Cannabis* use offences in New Zealand, 1991-2008. **Int. J. Drug Policy**, v.23, p.505-511, 2012.

ZUARDI, A. W. History of *Cannabis* as a medicine: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.28, n.2, p.153-157, June, 2006. (MEDLINE)