

O Caminho para a Legalização Responsável e Segura do Uso de *Cannabis* em Portugal



The Road towards the Responsible and Safe Legalization of *Cannabis* Use in Portugal

Ricardo BAPTISTA-LEITE^{1,2}, Lisa PLOEG²
Acta Med Port 2018 Feb;31(2):115-125 • <https://doi.org/10.20344/amp.10093>

RESUMO

Introdução: Recentemente, o mundo assistiu a múltiplos exemplos de legalização do uso de *cannabis* para fins recreativos. Numa perspetiva de saúde pública, pela diversidade das experiências em curso, torna-se premente analisar os impactos desta legalização. Por conseguinte, este artigo tem por objetivo rever os conhecimentos acumulados nos estados e países onde o uso de *cannabis* é legal e ponderar sobre a pertinência de iniciar semelhante caminho para a legalização em Portugal. O objetivo é, não apenas promover a reflexão, mas também apoiar uma eventual tomada de decisão política para que possa ser devidamente informada e assente no mais avançado conhecimento científico, económico e jurídico.

Material e Métodos: Foi realizada uma revisão extensa da literatura, tendo-se recorrido a bases de dados e revistas científicas, tais como PubMed, bem como pesquisas de documentação institucionais, nomeadamente do OEDT e SICAD.

Resultados: A revisão da literatura permitiu sistematizar informação sobre o estado da arte sobre (1) os efeitos agudos e crónicos do consumo de *cannabis* na saúde, (2) a situação portuguesa relacionada com o uso de *cannabis* e, (3) os processos e lições aprendidas após a legalização de *cannabis* em outros países ou estados. Face ao exposto, e de acordo com os dados apresentados, os autores argumentam favoravelmente por uma estratégia de legalização responsável do uso de *cannabis* em Portugal e encadeiam um conjunto de propostas concretas nesse sentido.

Discussão: Partindo de uma perspetiva de saúde pública, assume-se que o interesse da presente proposta reside na redução do consumo problemático de *cannabis*, no combate eficaz contra o tráfico de drogas ilícitas e crime relacionado, assim como a promoção da saúde, e a prevenção de dependências e outras consequências nefastas para a saúde. Este artigo revela que os efeitos de uma estratégia de legalização responsável podem, em contraste com as crenças comuns, gerar resultados positivos em relação a estes objetivos uma vez que passará a haver um maior controle sobre o mercado, preço, qualidade e informação - para citar alguns exemplos - se a implementação ocorrer de acordo com um programa devidamente desenhado e implementado com esses fins.

Conclusão: Tendo por base uma perspetiva de saúde pública, o debate sobre a legalização responsável e segura do uso de *cannabis* em Portugal deve ser aberto e promovido.

Palavras-chave: Aprovação de Medicamentos; Cannabis; Controlo de Medicamentos e Narcóticos; Política de Saúde; Portugal

ABSTRACT

Introduction: Recently, the world has seen examples of the legalization of *cannabis* for recreational purposes. Due to the diversity of experiences in progress, it is urgent to analyze the impacts of this legalization, from a public health perspective. Therefore, this article aims to review the accumulated knowledge in the states and countries where the use of *cannabis* is legal and to ponder over the relevance of starting a similar path towards legalization in Portugal, thus supporting political decisions to be properly informed and evidence-based.

Material and Methods: An extensive literature review was performed using databases and scientific journals, such as PubMed, as well as the search of institutional documentation, including the EMCDDA and SICAD.

Results: The gathered information provided insights and enabled assessment of (1) the acute and chronic effects of *cannabis* use on health, (2) the Portuguese situation related to *cannabis* and (3) the processes and lessons learned after the legalization of *cannabis* in other countries or states. Given the above, and according to the data presented, the authors argue for a safe and responsible strategy towards the legalization of *cannabis* use in Portugal. In accordance, a set of concrete proposals are presented.

Discussion: From a public health perspective, it is assumed that the interest of this proposal is to reduce the problematic use of *cannabis*, to effectively fight against illicit drug trafficking and drug-related crime, as well as health promotion and prevention of addictions and other adverse health impacts. This article reveals that the effects of legalization might, contrary to general beliefs, generate positive results with respect to these aims, given that there will be greater control on the market, price, quality, and information - to name a few - if implementation occurs with proper consideration and definition.

Conclusion: The debate on the responsible and safe legalization of *cannabis* use in Portugal should be open and promoted, based on a public health perspective.

Keywords: Cannabis; Drug Approval; Drug and Narcotic Control; Government Regulation; Health Policy; Portugal

INTRODUÇÃO

A descriminalização da posse e consumo de drogas em Portugal, aprovado pela Assembleia da República em 2001, reconheceu que os comportamentos aditivos têm por base um distúrbio de saúde. Como tal, foi assumido pelo le-

gisador que a via criminal em nada poderia contribuir para a redução dos consumos, pelo que tais comportamentos deixaram de ser alvo de processo-crime. Em alternativa, os consumos passaram a constituir uma contraordenação

1. Faculty of Health, Medicine and Life Sciences. Maastricht University. Maastricht. The Netherlands.

2. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Portugal.

✉ Autor correspondente: Ricardo Baptista-Leite. ricardo.baptistaleite@gmail.com

Recebido: 17 de dezembro de 2017 - Aceite: 22 de janeiro de 2018 | Copyright © Ordem dos Médicos 2018



social e foram desenvolvidos mecanismos que procuram assegurar ajuda e apoio especializado ao consumidor.

Contrariando os receios à época, não se verificou um aumento dos consumos em Portugal (quando em comparação com os demais países da UE), nem se verificou um incremento do chamado 'turismo de narcóticos' no nosso país. Na realidade, Portugal tornou-se numa referência mundial pelo caráter inovador da legislação, pela redução da carga que estes casos passaram a representar no sistema judicial, pelo impacto neutral que teve nos padrões de consumo e, sobretudo, por assumir a questão das dependências como um problema de saúde individual e pública.

Volvidos 15 anos após a aprovação da lei que descriminalizou - mas não despenalizou - o consumo de drogas, a legalização do cultivo, venda e consumo de *cannabis* tornou-se um assunto recorrente, no plano nacional e internacional, essencialmente fruto da ausência de resultados satisfatórios pela via proibicionista em vigor.

Mais, estima-se que a *cannabis* representa metade das receitas dos traficantes de drogas à escala global, as quais têm um valor anual estimado de 300 mil milhões de dólares americanos (USD).¹

Paralelamente, registam-se cada vez mais exemplos de países e estados que têm abandonado a visão proibicionista do consumo embora com diferentes modelos de regulamentação do mercado - desde o cultivo à venda. Destes, excluindo os que legalizaram a venda e consumo para fins medicinais, destacam-se quatro estados Norte-americanos (Washington, Colorado, Oregon e Alaska) e o Uruguai. Recentemente, também o Canadá anunciou que prosseguirá a legalização da venda e consumo para fins recreativos (tendo sido votado favoravelmente na Câmara dos Comuns e aguardando a votação no Senado), caminho que deve ser igualmente seguido pela África do Sul e México. Na União Europeia, temos os exemplos particulares da Holanda e da Espanha.

Fruto destas experiências do mundo real, a comunidade médica e científica tem vindo a publicar evidências científicas cada vez mais robustas sobre os impactos do consumo desta droga na saúde dos consumidores, assim como lições a reter das experiências onde o uso de *cannabis* goza do estatuto de legalidade.

Temos hoje, pela primeira vez, condições para discutir de forma séria e sustentada as propostas que visam legalizar o uso de *cannabis* em Portugal.

Dito isto, e por uma questão de transparência, os autores deste artigo assumem que nunca apoiaram no passado a legalização do uso de *cannabis*. Mais, sendo reconhecido os efeitos potencialmente nefastos para a saúde desta e de outras drogas, como o tabaco e o álcool, reconhecem que num mundo ideal gostariam que os níveis de educação e literacia para a saúde fossem suficientes para que os consumos destas substâncias fossem todas reduzidas a valores marginais. No entanto, assume-se igualmente a necessidade de legislar sobre o mundo real e de o fazer partindo de uma perspetiva de saúde pública (económica,

direito, judicial, segurança) e de acordo com novas evidências científicas e conhecimentos sociais acumulados.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma extensa revisão da literatura, utilizando bases de dados e revistas científicas, bem como pesquisas de documentação institucionais, nomeadamente do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) e do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Em primeiro lugar, foram sistematizados os efeitos agudos e crónicos do consumo de *cannabis*, a fim de criar uma visão geral dos efeitos e impactos da *cannabis* na saúde. Em segundo lugar, a situação nacional do uso de *cannabis* em Portugal foi extensamente analisado de modo a estimar a dimensão do efeito da legalização e o potencial impacto no mercado. Em terceiro lugar, os exemplos recentes de legalização do uso de *cannabis* para fins recreativos em outros países ou estados do mundo foram analisados, sendo devidamente elencadas as lições apreendidas. Por fim, a revisão da literatura consubstanciou um argumentário que versa favoravelmente pela implementação de uma estratégia de legalização responsável e segura do uso de *cannabis* em Portugal, assim como um conjunto de propostas concretas dos autores.

RESULTADOS

Impacto do uso de *cannabis* na saúde

Antes de mais, realça-se a dificuldade de encontrar consensos sobre os impactos de *cannabis* na saúde, tal como foram estabelecidos para o álcool e o tabaco, apesar do número significativo de estudos científicos realizados.²

Tal facto resulta de três razões principais:

- Sendo um produto de venda ilícita, não existe um produto padronizado. Há forçosamente diferenças na concentração de tetrahidrocanabinol (THC), principal componente psicoativo de *cannabis*, na composição do produto, nos modos de administração (articulação, tubulação de água, vaporizador), na intensidade de utilização e na frequência de uso. Ou seja, não pode ser assumido que aquilo que é fumado por um consumidor seja comparável ao produto seguinte que é fumado por esse mesmo consumidor.
- A *cannabis* é frequentemente consumida com outras substâncias, mais comumente o tabaco. Tal realidade torna difícil a desarticulação dos efeitos de cada substância no consumidor.
- A *cannabis* é sobretudo consumida por adolescentes e jovens adultos – em geral uma população com bons níveis de saúde – que habitualmente cessam os consumos entre a terceira e a quarta década da vida, uma realidade que dificulta a determinação dos efeitos no longo prazo.³

Passemos, então, a uma descrição detalhada dos impactos agudos e crónicos conhecidos do uso de *cannabis* na saúde dos seus consumidores.

Efeitos agudos

- Sensação temporária de euforia e relaxamento, distorções de percepção, intensificação das experiências sensoriais.
- Perturbações da memória de curto prazo e concentração.
- Variações de humor podem ocorrer após o consumo de grandes doses. Ansiedade e paranóia são os mais comuns. Reações de pânico e sintomas psicóticos, normalmente autolimitados, são frequentemente relatados por consumidores aquando do seu primeiro consumo.^{4,5}
- Pode aumentar frequência cardíaca 20% a 100%, mas com um retorno muito rápido aos níveis normais do consumidor. A pressão arterial aumenta quando a pessoa está sentada e diminui em posição ortostática (ie, de pé), podendo causar desmaio ou tonturas. No entanto, estes efeitos cardiovasculares são considerados como tendo significado clínico insignificante, uma vez que a maioria dos consumidores jovens desenvolve tolerância aos mesmos. Em consumidores com doença cardíaca, estes efeitos podem causar problemas graves e até levar à morte cardiovascular.^{4,6,7}
- A toxicidade da *cannabis* é muito baixa e não há risco de *overdose* estabelecido.⁵

Efeitos crónicos

- Sistema imunitário: Não há evidência de que o consumo prejudique o sistema imunitário. Estudos em homens seropositivos para VIH demonstraram que a *cannabis* não está associada com a progressão para SIDA.^{4,8-10}
- Sistema respiratório: Efeitos de fumar *cannabis* são semelhantes aos do tabagismo. Uso regular de quantidades elevadas pode produzir alterações inflamatórias crónicas no trato respiratório e, portanto, aumento dos sintomas de bronquite crónica.^{11,12}
- Carcinogenicidade: Estudos *in vitro* não foram capazes de demonstrar que a THC pode causar mutações em células corporais que podem levar ao cancro.^{12,13} No entanto, há evidências de um efeito potenciador de *cannabis* e tabaco nas alterações histopatológicas do tecido pulmonar, anormalidades semelhantes aos que precedem a neoplasia do pulmão em fumadores de tabaco.^{4,5,11,12} No entanto, vários fatores contrariam a probabilidade dos fumadores de *cannabis* de virem a desenvolver neoplasia do pulmão, nomeadamente pelo facto dos padrões de consumo de *cannabis* serem diferentes aos do cigarro. O consumo de *cannabis* tende a ser limitado no tempo, sendo que a maioria dos fumadores cessa os seus hábitos de consumo entre a terceira e quarta década de vida (entre os vinte e trinta anos de idade). Os consumidores que mantêm os consumos até idades mais avançadas tendem a fumar 1 a 3 cigarros de *cannabis* por dia, em comparação com 10 a 30 cigarros de tabaco por fumadores de tabaco. Finalmente, há muito menos fumadores de *cannabis* do que fumadores de tabaco.¹³
- Sistema reprodutivo: Dos poucos estudos que existem

em humanos, THC foi encontrado a inibir a função reprodutora, embora esses estudos tenham produzido evidências inconsistentes. Com base nas pesquisas em animais, tem-se argumentado que a *cannabis* provavelmente diminui a fertilidade para homens e mulheres no curto prazo.¹⁴ Tem sido sugerido que os possíveis efeitos do consumo de *cannabis* na espermatogénese e testosterona pode ser mais significativos para homens cuja fertilidade já esteja comprometida.⁵

- Gravidez e desenvolvimento infantil: O consumo de *cannabis* durante a gravidez pode reduzir o peso do recém-nascido, mas não parece causar malformações do desenvolvimento.
- Saúde mental e funcionamento cognitivo: O impacto do consumo de *cannabis* no desempenho cognitivo permanece incerto. O consumo de *cannabis* na adolescência pode afetar negativamente a saúde mental em adultos jovens, com evidências de aumento do risco de sintomas psicóticos e distúrbios que aumentam com a frequência de uso. No entanto, o aumento das taxas de consumo de *cannabis* nos últimos 30 anos não foi acompanhado por um aumento correspondente nas taxas de psicose na população.¹⁵ Estudos sugerem que a *cannabis* é um fator de risco estatístico moderado, calculando que 6 a 8% dos casos de esquizofrenia poderiam ser evitados se o consumo de *cannabis* fosse removido da generalidade da população de adolescentes e adultos jovens.¹⁶⁻¹⁷ Há evidências de que doses muito elevadas de THC podem causar psicose aguda, mas a grande maioria dos jovens fumadores de *cannabis* não desenvolvem psicose uma vez que, por regra, deixam de consumir caso surjam efeitos indesejáveis. Portanto, tem sido argumentado que o risco de desenvolvimento de psicose por uso de *cannabis* só é maior naqueles indivíduos que consomem doses elevadas de *cannabis* (e/ou com concentrações elevadas de THC) e que tenham já vulnerabilidade (genética ou outra) à psicose.
- Depressão e ansiedade: um estudo com uma amostra nacional dos EUA de 7000 adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 45 anos encontrou um pequeno aumento do risco de depressão entre os utilizadores atuais de *cannabis*.¹⁸ Não foi estabelecida nenhuma associação direta entre o consumo de *cannabis* e suicídio.¹⁹
- *Cannabis* e condução: O consumo de *cannabis* parece aumentar duas a sete vezes o risco de acidentes de viação.^{20,21}
- Risco da dependência: Sugere-se que cerca de um em cada 11 utilizadores se torna consumidor sistemático de *cannabis*.^{22,23} Este número aumenta entre aqueles que começam na adolescência (até cerca de 17%, ou um em cada 6)²⁴ e entre pessoas que usam *cannabis* diariamente (até 25% - 50%).⁵ Em comparação, cerca de um terço dos fumadores de tabaco, assim como 15 por cento dos consumidores de álcool, tornam-se dependentes.^{22,23}
- Redução de mortes relacionadas com o consumo de

Tabela 1 – Classificação das dimensões de perigo (Adaptado de EMCDDA, 2008)

	Rácio de segurança ²⁵	Efeito intoxicante ²⁶	Dependência (dificuldade de desistir) ²⁶	Potencial de dependência ²⁷	Grau de dependência psíquica ²⁸
Cannabis	> 1000 Fumados	Quarto maior	Mais baixo	**	Fraco
MDMA	16 Oral	n.a.	n.a.	**	?
Estimulantes	10 Oral	n.a.	n.a.	***	Mediano
Tabaco	n.a.	Quinto maior	Maior	***	Muito forte
Álcool	10 Oral	Maior	Quarto maior	***	Muito forte
Cocaína	15 Intranasal	Terceiro maior	Terceiro maior	***	Forte mas intermitente
Heroína	6 Intravenoso	Segundo maior	Segundo maior	*****	Muito forte

n.a.: não avaliado; *: muito pouco; **: pouco; ***: mediano; ****: forte; *****: muito forte
Fonte: EMCDDA

opiáceos: Um estudo recente correlacionou a legalização da *cannabis* no estado do Colorado com a redução das mortes relacionadas com o consumo de opiáceos, contrariando a tendência verificada nos demais estados dos EUA.²⁵

- Risco de *overdose*: Conforme demonstrado na Tabela 1, a *cannabis* é, de todas as drogas disponíveis no mercado, aquela que apresenta menor risco de causar *overdose*, mesmo em comparação com o tabaco e álcool.^{21,24}
- Risco de Intoxicação: Considera-se como nível de intoxicação “o aumento de dano social e pessoal que uma substância pode vir a causar”. Estudos que avaliaram a propensão de diferentes substâncias psicoativas para causarem intoxicação demonstram que a *cannabis* intoxica mais do que o tabaco, mas menos que o álcool, cocaína ou heroína.²⁶

Perigosidade da *cannabis*

A Comissão Roques (1999)²⁷ avaliou de forma mais global as dimensões de perigosidade de várias drogas, incluindo *cannabis*. Considerou-se para o efeito que a toxicidade geral corresponderia a riscos de longo prazo, como cancro ou doença hepática, a riscos associados ao modo de consumo e a riscos de curto prazo tendo em conta os *ratios* de segurança. A perigosidade social refere-se aos estados comportamentais que podem gerar condutas agressivas ou descontroladas (ex: lutas, assaltos, crimes), assim como riscos para o próprio e para terceiros (ex: no caso de con-

duzir um veículo).^{27,28}

Nesta análise, como se pode constatar na Tabela 2, verifica-se que a *cannabis* tem uma toxicidade muito fraca, abaixo do álcool e tabaco, e uma perigosidade social fraca, igualmente abaixo do álcool.

Não sendo objeto deste artigo, fica igualmente evidente, numa perspetiva de saúde pública, a razão pela qual não se pode considerar a possibilidade de legalizar o uso de outras drogas como cocaína e heroína para fins recreativos. A perigosidade associada ao consumo destas drogas, quer para o próprio consumidor, quer para a sociedade em geral, é excessiva e deve por isso ser fortemente combatido nesse contexto (Tabela 3).

Realidade sobre *cannabis* em Portugal

De acordo com os dados do EMCDDA e do SICAD, Portugal continua a ser um importante ponto de trânsito do tráfico internacional de drogas, principalmente cocaína, enquanto uma grande proporção de outras drogas apreendidas em Portugal estão destinadas ao mercado local. Em 2015, a maioria da cocaína foi traficada do Brasil e Antilhas. Por sua vez, a heroína apreendida em Portugal vem da Espanha e Holanda, o *ecstasy*, provém primordialmente da Holanda e França, enquanto produtos de *cannabis* vêm maioritariamente de Marrocos. À semelhança dos últimos 10 anos, o maior número de apreensões foram de haxixe (4180 em 2015; 3472 em 2014; 3087 em 2013; 3298 em 2012; 3093 em 2011), seguido por cocaína e *cannabis* herbácea (1081 e 791, respetivamente)^{29,30} (Fig. 1).

Tabela 2 – Classificação sobre as dimensões globais de perigosidade – Toxicidade Geral e Perigosidade Social (²⁷; adaptado de ³)

	Toxicidade geral	Perigosidade social
Cannabis	Muito fraco	Fraco
Benzodiazepinas (Valium®)	Muito fraco	Fraco (exceto durante a condução)
MDMA/Ecstasy	Potencialmente muito forte	Fraco (?)
Estimulantes	Forte	Fraco (potenciais exceções)
Tabaco	Muito forte	Nenhuma
Álcool	Forte	Forte
Cocaína	Forte	Muito forte
Heroína	Forte (exceto a utilização terapêutica de opiáceos)	Muito forte

Fonte: EMCDDA

Tabela 3 – Resumo dos efeitos adversos na saúde para os consumidores de cada uma das quatro drogas principais presentes no mercado europeu³

	<i>Cannabis</i>	Tabaco	Heroína	Álcool
Acidentes de viação e outros	*		*	**
Violência e suicídio				**
Morte por <i>overdose</i>			**	*
VIH e Hepatites			**	*
Cirrose hepática				**
Doença cardíaca		**		*
Doenças respiratórias	*	**		
Cancros	*	**		*
Doença mental	*			**
Dependência	**	**	**	**
Efeitos duradouros para o feto	*	*	*	**

* efeito menos comum ou pouco estabelecido; ** efeito importante

Fonte: EMCDDA

No que respeita ao grau de pureza das drogas apreendidas, a potência (% THC) média da *cannabis* tem vindo a aumentar nos últimos anos, tendo a *cannabis* herbácea atingindo em 2015 os valores médios mais elevados desde 2005. O preço médio de 'rua' de haxixe tem vindo a baixar sistematicamente desde 2010 e está situado nos € 2,50 / grama (2015).²⁹

Ainda de acordo com o último relatório anual (2016) da SICAD, *cannabis*, *ecstasy* e cocaína foram as substâncias ilícitas preferencialmente consumidas pelos portugueses, com prevalências de consumo ao longo da vida (pelo menos uma experiência de consumo) respetivamente de 9,0%, 1,3% e 1,2%.³⁰

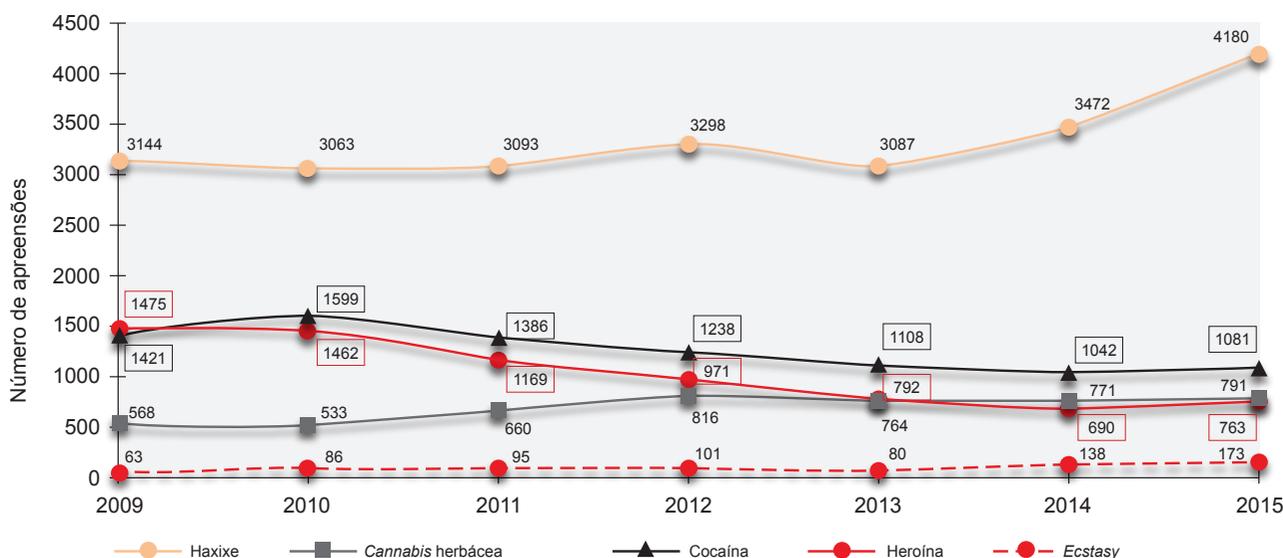
Cerca de 0,7% da população Portuguesa entre os 15 - 64 anos e 1,2% da população jovem adulta apresentam sintomas de dependência do consumo de *cannabis*, o que corresponde a cerca de um quarto dos que consumiram *cannabis* nos últimos 12 meses.³⁰

Relativamente às percepções do risco para a saúde as-

sociado ao consumo de drogas, segundo os resultados do estudo *Flash Eurobarometer – Young People and Drugs*, realizado em 2014, entre os jovens europeus de 15 - 24 anos, a *cannabis* é a droga ilícita que os jovens portugueses consideram ser menos danosa para a saúde (34% para o consumo ocasional e 74% para o consumo regular de *cannabis*). Curiosamente, a evolução destas percepções entre 2011 e 2014 evidencia, contrariamente à tendência europeia, uma maior consciência pela atribuição de risco elevado para a saúde relacionado à *cannabis*, quando comparado com as respostas dos jovens dos demais países da EU.³⁰

Legalização do uso de *cannabis* para fins recreativos noutros países

Até hoje, nenhum país da União Europeia legalizou o uso de *cannabis* para fins recreativos. Os modelos europeus mais conhecidos de controlo de *cannabis* são os cafés holandeses e os clubes sociais de *cannabis* espanhóis.

**Figura 1** – Número de apreensões, por ano e tipo de droga (2009 - 2015)

Fonte: Polícia judiciária: UNCTE / Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências: DMI - DEI

Tabela 4 – Resumo de características da legislação dos países/estados que procederam à legalização

	Uruguai	Colorado	Washington	Oregon	Alasca
Regulado por	Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA)	Department of Revenue (CDR)	Washington State Liquor and Cannabis Board (LCB)	Oregon Liquor Control Commission	Alaska Liquor Control Board
Quantidade para posse individual	40 g	~28 g (uma onça)	~28 g (uma onça)	~224 g (oito onças)	~28 g (uma onça)
Cultivo em casa para consumo pessoal e partilha imediata	6 plantas (dos quais 3 maduras)	6 plantas (dos quais 3 maduras)	Não é permitido	4 (por agregado familiar)	6 plantas (dos quais 3 maduras)
Idade mínima (de posse e uso)	18	21	21	21	21
Limites da potência	IRCCA pode determinar a percentagem de THC nos produtos autorizados (Autoridades do governo já mencionaram um limite máximo de 15% THC)	Não especificado	Não especificado	Não especificado	Não especificado
Registo obrigatório para consumidores	Sim. Será usado para controlar todos os métodos de produção e de aquisição.	Não	Não	Não	Não
Consumo público	Em conformidade com leis anti-tabaco	Proibido (contra ordenação: \$100 USD e 24 horas de serviço comunitário)	Proibido (contra ordenação: \$50 USD)	Proibido (contra ordenação: pode ir até \$1,000 USD)	Proibido (contra ordenação: \$100 USD)
Condução de veículos	Proibido conduzir com qualquer quantidade de THC detetável no corpo	Até 5 ng THC / mL de sangue	Até 5 ng THC / mL de sangue	Proibido conduzir com qualquer quantidade de THC detetável no corpo	Proibido conduzir com qualquer quantidade de THC detetável no corpo
Regulamentação das embalagens e rótulos	Sim; embalagem deve preservar produto um período mínimo de seis meses e não pode exceder 10 g. IRCCA determina restrições em matéria de rotulagem e de embalagem.	Sim; quantidade, porção de consumo, ingredientes, e potência estão regulamentadas.	Sim; quantidade, porção de consumo, ingredientes, e potência estão regulamentadas.		
Etiquetas de advertência sobre os efeitos na saúde	Não especificado, mas podem ser estabelecidos pelo IRCCA	Sim	Sim	Sim	Sim
Taxas	Estabelece imposto sobre o valor acrescentado aplicável à venda da cannabis	Imposto total ~30% (15% impostos especiais de consumo + 10% sobre vendas + impostos municipais)	Antes de 01 de julho de 2015: aprox. 50% do preço total. A partir de 01 de julho de 2015: 37% do preço total		
Publicidade	Todas as formas de publicidade direta ou indireta são proibidas. São igualmente proibidas todas as formas de publicidade em eventos públicos, torneios ou competições	Permitida, mas restrita para evitar atingir os menores de 21 anos de idade. Sinalização é permitida no local de venda em conformidade com as leis locais	Publicidade restrita a não mais do que uma sinalética no local de venda	Incerto	Incerto

No entanto, essas políticas são limitadas na sua concepção, criando soluções atípicas para problemas complexos, algo que o Uruguai e quatro estados norte-americanos têm procurado evitar assumindo a via da legalização e da regulamentação.³¹

O Uruguai foi o primeiro país do Mundo a legalizar a produção, distribuição e uso da *cannabis* por adultos para fins não médicos, em dezembro de 2013. Os cidadãos têm permissão para cultivar até seis plantas nas suas casas, podendo criar clubes privados que produzem significativamente mais (*growing clubs*). No entanto, o governo federal controla toda a cadeia de valor através de uma rede de pontos de venda licenciados, bem como determinando os preços de venda ao público. A aplicação da lei demorou cerca de dois anos e em agosto de 2015 havia 2743 cultivadores privados registados.^{32,33}

Cada cliente com idade mínima de 18 anos é obrigado a registar-se numa base de dados criada pelo Ministério da Saúde. A compra de *cannabis*, por sua vez, é limitada a 40 gramas por mês. Para combater eficazmente o mercado paralelo, o preço foi fixado em cerca de \$1 USD por grama, próximo do preço da *cannabis* no mercado ilícito, importado do Paraguai. Fumar *cannabis* no local de trabalho continua a ser ilegal, assim como conduzir qualquer tipo de veículo sob o seu efeito. Os infratores são multados para além de outras sanções, incluindo a destruição de *cannabis* armazenada e a inibição do infrator poder constar da base de dados e consequentemente à compra.^{32,33}

O principal objetivo da lei foi assumidamente combater o mercado ilícito e não incentivar ao consumo. Em contraponto, existe algum receio de que a informação pessoal e confidencial da base de dados possa ser acedida e utilizada para fins diversos daqueles que prevaleceram à sua criação.³³

Enquanto a reforma no Uruguai foi uma iniciativa promovida pelo governo a nível central, nos EUA as alterações legislativas preconizadas decorreram de referendos públicos a nível estadual. A legalização foi aprovada pelos eleitores do Colorado e Washington durante as eleições de 2012 e nos demais estados nas eleições de 2014. Em todos estes estados o consumo foi proibido em espaços públicos e a venda limitada a pessoas com idade igual ou superior a 21 anos. Mais recentemente, juntaram-se à presente lista dos que optaram pela legalização os seguintes estados norte-americanos: Califórnia, Maine, Massachusetts e Nevada. Para efeitos deste artigo, os autores optaram por analisar

os países/estados com mais longa experiência de implementação das políticas de legalização.

A Tabela 4 resume as principais características das mudanças políticas em cada um dos países/estados que tenham sido submetidos a processo de legalização há mais de 12 meses.^{31,33-35}

Embora a legalização tenha sido muito recente, já é possível encontrar dados que demonstram um impacto significativo no sistema judicial. Por exemplo, no relatório recém-publicado do Poder Judiciário do Colorado, revela-se que os encargos judiciais e de investigação criminal relacionados com a *cannabis* diminuíram 80% entre 2010 e 2014. A franca redução de acusações relacionadas com a posse são a principal razão para o declínio. Por outro lado, as acusações de cultivo caíram 78,4% de 2010 para 2014 (Tabela 5).³⁵

Acresce que todas as despesas relacionadas com o combate às drogas no estado do Colorado reduziram 23% desde 2010. Tal facto destaca o papel central que a *cannabis* representava no mercado ilícito das drogas, bem como as implicações da legalização da *cannabis* para a reforma da justiça penal em geral.

O relatório revela também uma redução do número de detenções associadas à *cannabis* sintética desde a abertura das lojas de venda em 2014. De acordo com registos dos tribunais judiciais de comarca, as detenções por *cannabis* sintético caíram 50% em 2014, em comparação com o ano transato. Tendo em conta que os impactos da *cannabis* na saúde são mais conhecidos do que aqueles relacionados com as suas formas sintéticas, a potencial redução da oferta destas últimas é muitas vezes referida como um dos benefícios da legalização.³⁵

Do ponto de vista da publicidade associada à comercialização de *cannabis*, um estudo realizado no Oregon sugere que restrições publicitárias são necessárias para proteger os cidadãos, e em particular os jovens adultos, de mensagens pró uso. Uma vez que a definição destas restrições é desafiante, pode-se argumentar que tais medidas devem ser definidas no decorrer do processo de regulamentação no contexto da legalização.³⁶

Além disso, um outro estudo sobre o mercado de *cannabis* de Washington relata um aumento da potência de produtos de *cannabis*. Esta tendência é consistente com os investimentos em inovação, o desenvolvimento e marketing de produtos característicos da indústria de *cannabis* com fins lucrativos, estabelecida pelo quadro legal de

Tabela 5 – Despesas relacionadas com a *cannabis* em tribunais do Colorado de 2010 a 2014³⁵

Ano	Posse	Distribuição	Cultivo	Total
2010	8,736	1,077	423	10,236
2011	8,501	987	415	9,903
2012	8,978	930	419	10,327
2013	2,739	553	144	3,436
2014*	1,922	23	91	2,036
Diferença 2010 - 2014	-78,0%	-97,8%	-78,4%	-80,1%

* baseado em dados de apenas 49 semanas para o ano 2014

Washington. Este estado norte-americano permite que o mercado e o preço da *cannabis* sejam moldados pelo próprio mercado. Lembra-se que este foi o espírito do legislador quando da legalização do consumo para fins recreativos.³⁷

DISCUSSÃO

Lições aprendidas

Apesar de recentes, há importantes lições a retirar dos processos conhecidos de legalização do uso de *cannabis* e que devem ser tidas em conta por aqueles que ponderam seguir esse caminho noutros pontos do globo.

- Identificar um objetivo claro: A indefinição sobre o problema que se pretendia resolver e sobre quais as metas que se pretendiam alcançar provocou importantes atrasos na implementação da lei nos estados em análise.³¹⁻³⁸
- Importância do planeamento antes de legislar: A falta de preparação dos estados norte-americanos do Colorado e Washington acabaram por provocar sucessivos atrasos na implementação das mudanças previstas na lei.³⁴⁻³⁸
- Definir os níveis de tributação fiscal adequados: A legalização acarreta o desafio de se estabelecer um equilíbrio entre os níveis de impostos demasiado elevados (que resultam na tendência de conduzir os consumidores de regresso ao mercado negro) e muito baixos (que acabam por incentivar o consumo). O imposto sobre a venda da *cannabis* é de 44% no estado de Washington e 28% no Colorado. Os estados assumiram que os consumidores estariam na disposição de pagar mais pelo benefício de poderem adquirir os produtos de forma legal e segura. No entanto, tem-se constatado que quanto mais elevado o imposto, menor é o impacto que a legalização tem no combate à venda ilícita. Dito isto, é consensual que os preços mais baixos praticados no Colorado têm tido um impacto positivo no combate ao crime organizado.^{31,39-42}
- Importância da regulamentação: É premente controlar os formatos e as concentrações dos produtos, assim como implementar regras claras de tributação, monitorização e publicidade.^{41,42}
- Prevenção: Evitar o consumo pelos jovens através do controle no acesso, do investimento em programas de promoção da saúde, prevenção, sensibilização e educação para os jovens e pais.^{36,38,42}
- Capacitação: Capacitar a administração pública para agir de acordo com o novo quadro regulamentar.³⁸
- Liderança: Criar uma liderança central forte, a qual deve procurar envolver todos os parceiros num processo colaborativo aberto e contínuo.^{38,39,42}
- Investigação científica: Investir na investigação científica prospetiva de modo a estabelecer evidências cumulativamente mais robustas.³⁹⁻⁴¹
- Gestão de Dados: Recolher de forma rigorosa todos os dados relacionados com o cultivo, distribuição, venda e consumo.^{38,39,42}

Argumentos pela legalização do uso de *cannabis*

Face ao exposto anteriormente, e após uma exaustiva revisão da literatura, procura-se em seguida resumir os principais argumentos a favor de uma eventual legalização do uso de *cannabis*:

- Haverá um maior controlo de mercado, sendo que a *cannabis* constitui a maior fonte de rendimento do crime organizado.^{35,40-42} Dito isto, a legalização do uso de *cannabis* resultará numa quebra da principal fonte de receitas dos traficantes, enquanto se protegem os cidadãos, em geral, e dos consumidores, em particular, que passam a adquirir e usar produtos de composição regulada e conhecida.^{1,42}
- Embora seja recente, a alteração da lei em alguns Estados dos EUA tem revelado um impacto significativo em termos de diminuição de acusações judiciais e consequentes encargos financeiros,³⁴⁻³⁶ e tem-se verificado uma queda nas detenções associadas a *cannabis*.³⁵
- Ainda na sequência das alterações legislativas nos EUA, constatou-se até à data uma redução do consumo de derivados de *cannabis*, assim como de formas de *cannabis* sintéticos, dos quais os impactos são menos conhecidos mas tendencialmente mais graves.^{34,36}
- O registo obrigatório para a compra de *cannabis*, tal como acontece no Uruguai, permite aos Governos supervisionar os padrões de consumo, implementar uma idade mínima para o consumo, detetar precocemente eventuais padrões desviantes e assim intervir atempadamente, quer ao nível da investigação criminal como da saúde.
- A venda regulamentada de *cannabis* gera uma importante fonte de receita fiscal,¹ que pode ser utilizada no combate ao tráfico de drogas, na prevenção de consumos problemáticos, no tratamento das dependências e na promoção de políticas de educação para a saúde.
- Por via da regulamentação, o Estado passará a poder exigir que as embalagens contendo *cannabis* venham devidamente identificadas, com mensagens de advertência sobre os seus potenciais efeitos nefastos, podendo proibir todas as formas de publicidade e regulamentar os locais de venda, assim como o modelo de licenciamento de produção.

Numa perspetiva de saúde pública:

- Haverá um controlo regulamentado e aumento de qualidade dos produtos vendidos o que resultará numa redução do número de internamentos hospitalares ou episódios de urgência causados pelo consumo de *cannabis* tratados por químicos, como a fenilciclodina (PCP).⁴⁰
- Haverá igualmente uma redução dos efeitos nocivos da *cannabis* uma vez que se prevê uma queda no uso da *cannabis* sintética,³⁴⁻³⁶ assim como se contrairá a atual tendência de consumo de produtos com concentrações progressivamente maiores de THC.^{40,43}
- Nas localidades onde já foi legalizado o consumo de *cannabis*, verificou-se uma redução concomitante do consumo de álcool, dos quais os impactos na saúde

pública e sociedade são significativamente mais grave.^{34,38,39}

- Com base nas experiências anteriormente referenciadas, é expectável uma potencial redução do número de acidentes de viação e mortes associadas; embora seja evidente que o THC prejudique as funções relacionadas com a condução,⁴⁴⁻⁴⁷ razão pela qual seja consensual que seja proibida a utilização de veículos sob o seu efeito, a legalização de *cannabis* foi associada com uma queda de 13% das mortes no trânsito envolvendo álcool.⁴⁸ Importa destacar que nos cenários em que decorreu a legalização do uso de *cannabis* foi sempre determinado a proibição de conduzir sob efeito destas drogas.

Por fim, podem esperar-se igualmente impactos sociais e económicos em relação à situação nacional:

- Portugal será mais eficiente no combate ao tráfico de drogas, na medida em que ficam mais meios disponíveis para as entidades policiais e de investigação criminal.
- Uma vez que a potência média da *cannabis* tem vindo a aumentar nos últimos anos em Portugal,²⁹⁻³⁰ é expectável que haja uma diminuição da concentração de THC na maioria dos produtos que venham a ser consumidos fruto da regulamentação do mercado.
- Representando hoje a venda de *cannabis* cerca de metade do mercado dos traficantes de drogas ilícitas, espera-se ainda uma quebra significativa da atividade criminosa no campo dos narcóticos.³⁰

Propostas para a legalização responsável do uso de *cannabis* em Portugal

Os autores do presente artigo propõem que se promova um debate entre os diversos representantes da sociedade sobre as recomendações que se seguem e que visam a implementação de uma estratégia de legalização responsável e segura do uso de *cannabis* em Portugal.

Em concreto, propõe-se que:

- A legalização do uso de *cannabis* tenha por fim último reduzir a oferta e o consumo de drogas no nosso país, combater mais eficazmente o tráfico de substâncias ilícitas, prevenir e tratar melhor as dependências, incrementar os níveis de educação para a saúde dos jovens e restante população, e – não menos importante – a segurança de todos.
- A legalização do uso de *cannabis* exclusivamente para fins recreativos pessoais seja limitada a adultos com idade igual ou superior a 21 anos. Os autores defendem que no futuro poderá eventualmente haver uma equiparação com a lei do álcool e tabaco ao se definir o limite de idade nos 18 anos. No entanto, na ausência de evidências científicas suficientemente robustas que assegurem a proteção em idade inferior aos 21 anos, particularmente da associação do consumo de *cannabis* com quadros de esquizofrenia, considera-se que a idade proposta, associado às demais medidas apresentadas, mitigará estes riscos enquanto não houver provas

científicas que garantam a segurança dos cidadãos.

- A compra de *cannabis* seja feita mediante a inserção dos dados do cidadão numa base de dados centralizada, assegurando assim uma vigilância analítica dos padrões de consumo, particularmente para detetar precocemente eventuais tentativas de compra para posterior venda ilegal.
- Toda a cadeia de cultivo e distribuição da *cannabis* seja claramente regulamentada.
- A venda ocorra apenas em farmácias comunitárias, reforçando-se a perceção de que se trata de uma droga e garantindo-se a qualidade do produto dispensado.
- A farmácia que vende o produto seja responsável por inserir os dados do comprador na base de dados centralizada.
- A aquisição seja limitada a uma quantidade de *cannabis* suficiente para uma utilização pessoal e diária.
- Todas as formas de publicidade, incluindo na embalagem, sejam proibidas.
- Em todas as embalagens constem mensagens de advertências sobre os efeitos nefastos para a saúde do consumidor, incluindo a proibição de consumos por parte de pessoas com doença cardiovascular e de mulheres grávidas.
- As embalagens apresentem uma descrição detalhada sobre a composição do produto dispensado.
- A concentração de THC nos produtos vendidos seja regulamentada de modo a assegurar a retirada do mercado de *cannabis* de elevada potência psicoativa (mais prejudicial para a saúde).
- Seja proibida a venda de todas as formas de *cannabis* sintético ou de misturas com outros produtos potenciadores dos seus efeitos psicoativos.
- Tal como com o tabaco, seja proibida a venda de *cannabis* enriquecida com sabores e aditivos que apelam ao consumo.
- Seja proibido o consumo de *cannabis* no local de trabalho e em locais públicos, incluindo parques urbanos, e na proximidade de escolas.
- Seja proibido a condução de veículos em via pública para quem tenha consumido *cannabis*.
- Seja totalmente proibida a venda de produtos comestíveis e bebíveis contendo *cannabis*, assim como de outros produtos secundários, particularmente dado o retardamento dos seus efeitos psicoativos e da dificuldade que o consumidor tem em controlar a dose ingerida.
- O preço final a cobrar por grama de *cannabis* seja equiparado com o preço de venda no mercado ilegal de modo a acabar com este negócio dos traficantes.
- O Estado financie estudos científicos prospetivos sobre os efeitos agudos e crónicos do consumo de *cannabis*, quer a nível físico e mental, assim como estudos sobre os impactos de saúde pública resultantes da aplicação da nova legislação.
- Os impostos arrecadados através da venda destes produtos sejam alocados exclusivamente para os

seguintes fins: reforço dos orçamentos das forças policiais e de investigação criminal envolvidos no combate ao tráfico de drogas, na prevenção de consumos, no tratamento das dependências (incluindo programas de redução de danos), e ainda na implementação de um programa vertical de educação para a saúde, através da criação de uma disciplina autónoma a ser lecionada ao longo de todos os anos do ensino obrigatório.

- Sejam criadas ferramentas de acesso gratuito à população (ex: linha telefónica e sítio na internet) que permitam esclarecer dúvidas e pedir ajuda (ex: onde se dirigir para iniciar um programa de cessação de consumos e de combate a todas as formas de dependência).

CONCLUSÃO

Do atrás exposto, é possível concluir que:

- Os recentes exemplos de países e estados que legalizaram o uso de *cannabis* fornecem lições importantes: Portugal poderia usar este impulso para criar uma inovadora política de legalização segura e responsável do uso de *cannabis* que seja assente numa visão de saúde pública, assumindo assim a liderança global no seguimento de boas práticas assentes na evidência científica, tal como fez com a introdução de uma política de descriminalização do consumo de drogas em 2001.
- A legalização do uso de *cannabis* pode reduzir a oferta e consumo de drogas: Mesmo que haja um discreto aumento inicial do consumo de *cannabis*, será expectável

que ocorra uma redução da taxa de consumo de álcool e de outras drogas mais prejudiciais.

- A *cannabis* constitui a maior fonte de rendimento do crime organizado e Portugal continua a ser um importante ponto de trânsito do tráfico internacional de drogas: A legalização retiraria a principal fonte de receitas dos traficantes, enquanto o Estado geraria uma importante fonte de receita fiscal e poderia dirigir mais recursos públicos – que entretanto seriam disponibilizados - ao combate do tráfico de drogas ilícitas e à educação para a saúde.
- Estudos sobre os efeitos de *cannabis* na saúde continuam a apresentar resultados contraditórios e de qualidade dúbia. A legalização do uso de *cannabis* permitiria melhorar a qualidade dos conhecimentos gerados sobre os efeitos para a saúde e assim garantir que as informações que chegam ao utilizador final, e as respetivas medidas preventivas a implementar, seriam mais custo-efetivas e devidamente assentes em evidências cientificamente robustas.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não terem qualquer conflito de interesse relativamente ao presente artigo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Os autores declaram não ter recebido subsídios ou bolsas para a elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

1. The Economist. Legalizing cannabis: reeferegulatory challenge. London: The Economist Newspaper Limited; 2016.
2. Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickman M, et al. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet*. 2004;363:1579–88.
3. EMCDDA. A cannabis reader: global issues and local experiences. 2008. Publications Office of the European Union: Luxembourg. Monograph series 8, volume 2.
4. Lafaye G, Karila L, Blecha L, Benyamina A. Cannabis, cannabinoids and health. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19:309-16.
5. Sidney S. Cardiovascular consequences of marijuana use. *Am J Clin Pharmacol*. 2002;42:64–70.
6. Desai R, Patel U, Sharma S, Amin P, Bhuvra R, Patel MS, et al. Recreational marijuana use and acute myocardial infarction: insights from nationwide inpatient sample in the United States. *Cureus*. 2017;9:e1816.
7. Roth MD, Whittaker K, Salehi K, Tashkin DP, Baldwin GC. Mechanisms for impaired effector function in alveolar macrophages from marijuana and cocaine smokers. *J Neuroimmunol*. 2004;147:82–6.
8. Kraft B, Kress HG. Cannabinoids and the immune system: of men, mice and cells. *Schmerz*. 2004;18:203–10.
9. Suárez-Pinilla P, López-Gil J, Crespo-Facorro B. Immune system: a possible nexus between cannabinoids and psychosis. *Brain Behav Immun*. 2014;40:269–82.
10. Tashkin DP, Baldwin GC, Sarafian T, Dubinett S, Roth MD. Respiratory and immunologic consequences of marijuana smoking. *J Clin Pharmacol*. 2002;42:71–81.
11. Sherrill DJ, Krzyzanowski M, Bloom JW, Lebowitz MD. Respiratory effects of non-tobacco cigarettes: a longitudinal study in general population. *Int J Epidemiol*. 1991;20:132–7.
12. Hall W, MacPhee D. Cannabis and cancer. *Addiction*. 2002;97:243–7.
13. Kalant H. Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2004;28:849–63.
14. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*. 2009;374:1383–91.
15. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug Alcohol Depend*. 2003;71:37–48.
16. Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray R. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry*. 2004;184:110–7.
17. Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, Kaplan C, Lieb R, Wittchen HU, et al. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ*. 2005; 330: 11–14.
18. Chen CY, Wagner FA, Anthony JC. Marijuana use and the risk of major depressive episode epidemiological evidence from the United States National Comorbidity Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37:199–206.
19. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2007;28;370:319-28.
20. EMCDDA. Drug use, impaired driving and traffic accidents, EMCDDA Insights. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2008.
21. Sachs J, McGlade E, Yurgelun-Todd D. Safety and toxicology of cannabinoids. *Neurotherapeutics*. 2015;12:735–46.
22. Lopez-Quintero C, Pérez de los Cobos J, Hasin DS. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend*. 2011;115:120-30.
23. Anthony JC. The epidemiology of cannabis dependence. In: Roffman RA, Stephens RS, editors. *Cannabis dependence: its nature, consequences and treatment*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. p.58-105.
24. Gable RS. Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances. *Addiction*. 2004;99:686–696.

25. Anderson DM, Hansen B, Rees DI. Medical marijuana laws, traffic fatalities, and alcohol consumption. *J Law Econ.* 2013;56:333–69.
26. Strategy Unit. Strategy unit drugs report, May 2003. Prime Minister's Strategy Unit, London. 2005. [consultado 2017 dez 17]. Relatório completo disponível em: <http://image.guardian.co.uk/sys-files/Guardian/documents/2005/07/05/Report.pdf>
27. Roques B. La dangerosité de drogues: rapport au secrétariat d'État à la santé [The dangerousness of drugs: report to the state secretariat for health]. Paris: La Documentation française Odile Jacob; 1999.
28. Reilly D, Didcott P, Swift W, Hall W. Long-term cannabis use: characteristics of users in an Australian rural area. *Addiction.* 1998; 93:837–46.
29. EMCDDA. Portugal - Country Drug Report. 2017. [consultado 2018 jan 25]. Disponível em: http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/portugal_pt
30. SICAD. Relatório Anual 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. 2016. [consultado 2017 dez 17]. Disponível em: <http://www.sicad.pt>.
31. Pardo B. Cannabis policy reforms in the Americas: a comparative analysis of Colorado, Washington and Uruguay. *Int J Drug Policy.* 2014;25:727–35.
32. Infobae. Uruguay ya tiene registrados a 2743 cultivadores de marihuana. 2015. [consultado 2017 dez 17]. Disponível em: <http://www.infobae.com/2015/08/10/1747473-uruguay-ya-tiene-registrados-2743-cultivadores-marihuana>.
33. McKay T. One year after Uruguay legalized marijuana, here's what it's become. 2014. [consultado 2017 dez 17]. Disponível em: <http://mic.com/articles/106094/one-year-after-uruguay-legalized-marijuana-here-s-what-it-s-become#.7wbZaO6cu>.
34. Canadian Centre on Substance Abuse. Cannabis regulation: lessons learned in Colorado and Washington State. 2015. [consultado 2017 dez 17]. Disponível em: <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Cannabis-Regulation-Lessons-Learned-Report-2015-en.pdf>.
35. Gettman J. Marijuana arrests in Colorado after the passage of amendment 64. Drug Policy Alliance release. 2015. [consultado 2017 dez 17]. Disponível em: http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/Colorado_Marijuana_Arrests_After_Amendment_64.pdf.
36. Fiala SC, Dille JA, Firth CL, Maher JE. Exposure to marijuana marketing after legalization of retail sales: Oregonians' experiences, 2015–2016. *Am J Public Health.* 2018;108:120–7.
37. Smart R, Caulkins JP, Kilmer B, Davenport S, Midgette G. Variation in cannabis potency and prices in a newly legal market: evidence from 30 million cannabis sales in Washington state. *Addiction.* 2017;112:2167–77.
38. Caulkins J, Hawken A, Kilmer B, Kleiman M. Marijuana legalization what everyone needs to know. Oxford: Oxford University Press; 2012. p.160-72.
39. Anderson DM, Rees DI. The Legalization of recreational marijuana: How likely is the worst-case scenario? *J Policy Anal Manage.* 2014;33:221-32.
40. Caulkins J. Nonprofit motive: how to avoid a likely and dangerous corporate takeover of the legal marijuana market. *Washington Monthly.* 2014. [consultado 2017 dez 17]. Disponível em: http://www.washingtonmonthly.com/magazine/marchaprilmay2014/features/nonprofit_motive049293.php?page=all.
41. Room R. Legalizing a market for cannabis for pleasure: Colorado, Washington, Uruguay and beyond. *Addiction.* 2013;109:345-51.
42. The Economist. Regulating cannabis: the right way to do drugs. The Economist Newspaper Limited: London; 2016.
43. Tashkin DP. Effects of marijuana smoking on the lung. *Ann Am Thorac Soc.* 2013;10:239-47.
44. Kelly E, Darke S, Ross J. A review of drug use and driving: Epidemiology, impairment, risk factors and risk perceptions. *Drug Alcohol Rev.* 2004;23:319–44.
45. Sewell RA, Poling J, Sofuoglu M. The effect of cannabis compared with alcohol on driving. *Am J Addict.* 2009;18,185–93.
46. Marczyński C, Harrison EL, Fillmore M. Effects of alcohol on simulated driving and perceived driving impairment in binge drinkers. *Alcohol Clin Exp Res.* 2008;32,1329–37.
47. Ronen A, Gershon P, Drobiner H, Rabinovich A, Bar-Hamburger R, Mechoulam R, et al. Effects of THC on driving performance, physiological state and subjective feelings relative to alcohol. *Accid Anal Prev.* 2008;40,926–34.
48. Livingston MD, Barnett TE, Delcher C, Wagenaar AC. Recreational cannabis legalization and opioid-related deaths in Colorado, 2000–2015. *Am J Public Health.* 2017;107:1827-29.