



WWW.CONGRESSOPSD.COM

Proposta Temática

“LEGALIZE”

Estratégia para a Legalização Responsável do Uso de Cannabis em Portugal

“Mesmo quando as leis estiverem escritas, nem sempre devem permanecer inalteradas”.

Aristóteles (383-321 a.c.)

1. 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 legislador 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 social e foram desenvolvidos mecanismos que procuraram 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 uma referência mundial pelo caráter inovador da legislação, pela redução da carga que estes casos representam 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.

A Juventude Social Democrata tem sido perscrutora, como é seu apanágio, neste posicionamento que assume já contornos intergeracionais.

Mais, é reconhecido 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) (The Economist, 13 Feb 2016).

Por outro lado, 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, destacam-se 4 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, 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. Têm sido igualmente publicados relatórios e artigos que procuram analisar as consequências e eventuais lições a reter das experiências onde o uso de cannabis goza do estatuto de legalidade.

Numa lógica de promover uma discussão política assente na evidência científica, torna-se incontornável reconhecer que temos hoje, pela primeira vez, condições para discutir de forma séria e sustentada as propostas que visam legalizar o uso de cannabis em Portugal.

Como tal, deve o Partido Social Democrata promover, de forma responsável, o debate em torno desta temática.

Todo o debate vindo do lado dos partidos da extrema-esquerda carecem de substância, fundamentação e responsabilidade. Querem legalizar, mas não sabem como. São contra a proibição, mas desconhecem quais seriam os impactos para os consumidores e para a sociedade de uma mudança de paradigma.

Apela-se por via desta moção à promoção de um debate racional, assente em evidências das ciências que possam ser reconhecidas por todos.

Dito isto, e por uma questão de transparência, os primeiros subscritores desta moção assume que nunca apoiou no passado a legalização do uso de cannabis. Mais, sendo reconhecido os

efeitos prejudiciais para a saúde desta e outras drogas, como o tabaco e o álcool, assume-se ainda que num mundo ideal gostaríamos 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.

Com vista a um debate aberto e livre, assente na ciência, apresentam-se propostas e não dogmas, tratando-se do início de um caminho que teremos que fazer em conjunto com os mais diversos representantes da sociedade.

No final, seja qual for o caminho escolhido, espera-se que sejamos capaz de reduzir a oferta e o consumo das drogas no nosso país, de combater mais eficazmente o tráfico de drogas, de prevenir e tratar melhor as dependências, de incrementar os níveis de educação para a saúde dos nossos jovens e demais população, e - não menos importante - a segurança de todos.

2. Impacto do Uso de Cannabis na Saúde

Antes de mais, deve-se realçar a dificuldade de encontrar consensos sobre os impactos de cannabis na saúde, tal como foi estabelecido para o álcool e o tabaco, apesar do número significativo de estudos científicos realizados. Há reconhecidamente uma escassez de estudos de boa qualidade sobre os efeitos de cannabis na saúde, incluindo estudos sobre os efeitos no longo prazo que permitam uma avaliação cuidadosa da relação de causalidade de cannabis no desenvolvimento de vários resultados de saúde. (Macleod et al. 2004).

Tal facto resulta de 3 razões principais:

1. Ausência de um produto padronizado (variedade em produtos e concentração de Tetrahydrocannabinol - THC -, principal componente psicoativo de cannabis); Uma vez que é um produto ilícito, não pode ser assumido que aquilo que é fumado por um consumidor seja comparável ao produto seguinte que é fumado por esse mesmo consumidor; há pois diferenças na composição do produto, nos modos de administração (articulação, tubulação de água, vaporizador); intensidade de utilização e frequência de uso.
2. 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.
3. 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 quarta décadas da vida. Esta realidade complica a determinação dos efeitos no longo prazo. (EMCDDA, 2008)

Antes de detalhar quais os impactos conhecidos da cannabis nos seus consumidores, importa destacar um paradoxo relacionado com a eventual legalização do seu uso. Se por um lado não há uma base de evidência de alta qualidade, é igualmente verdade que a legalização poderá

significar um crescimento de qualidade desta base de evidência, sendo que a composição, qualidade e utilização do produto será melhor entendida e controlada.

Dito isto, seguir-se-á a descrição detalhada dos impactos agudos e crônicos conhecidos do uso de cannabis na saúde dos seus consumidores.

2.1. Efeitos Agudos

- Uma sensação de euforia e relaxamento, distorções de percepção, intensificação das experiências sensoriais;
- O uso em ambientes sociais pode levar ao aumento da verbosidade, risos e o consumidor normalmente tem sentimentos de maior sensibilidade emocional e física que pode incluir uma maior empatia interpessoal;
- Perturbações da **memória** de curto prazo e **atenção**;
- Variações de humor podem ocorrer após o consumo de grandes doses. Ansiedade e paranoia são os mais comuns. Reações de **pânico** e **sintomas psicóticos**, normalmente autolimitados, são frequentemente relatados por consumidores de primeira vez. (Joy et al. 1999, Hall & Pacula, 2003);
- Pode aumentar **frequência cardíaca** em 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**, porque a maioria dos consumidores jovens desenvolvem tolerância aos mesmos. Em consumidores com doença cardíaca, estes efeitos podem causar problemas graves e até levar à morte cardiovascular. (Joy et al., 1999; Sidney, 2002; Backs, Morland, 2002);
- A **toxicidade** da cannabis é muito baixa e não há risco de **overdose** de cannabis estabelecido. (Hall & Pacula, 2003).

2.2. Efeitos Crônicos

- **Sistema imunitário:** Embora tenha sido referenciado o impacto do fumo de cannabis na função dos macrófagos pulmonares, não há nenhuma evidência de que prejudica o sistema imunitário com qualquer grau de significância. Estudos em homens seropositivos para VIH mostraram que a cannabis não está associada com a progressão para SIDA. (Roth et al, 2004; Kraft, Kress, 2004; Hollister, 1992; Joy et al, 1999)
- **Sistema respiratório:** Efeitos de fumar cannabis são semelhantes aos do tabagismo. Uso pesado regular pode produzir alterações inflamatórias crônicas no trato respiratório e, portanto, aumento dos sintomas de **bronquite crônica**. (Tashkin et al. 2002). Em relação à **DPOC**, os dados epidemiológicos são inconclusivos. Alguns estudos não mostram diferença significativa da função pulmonar em comparação com o consumo de tabaco puro, enquanto outros fazem essa demonstração. (Sherill et al. 1991; Tashkin et al., 1997)
- **Carcinogenicidade:** Estudos *in vitro* não foram capazes de demonstrar que a THC pode causar mutações em células corporais que podem levar ao cancro (Hall, MacPhee, 2002). Por outro lado, há estudos laboratoriais que demonstraram que o fumo de cannabis pode produzir mutações e modificações cancerígenas, mas estes estudos laboratoriais têm

tipicamente utilizado doses da droga superiores às tipicamente utilizadas por seres humanos (Kalant, 2004). Ainda não existe qualquer evidência de estudos controlados que mostram uma maior taxa de doenças oncológicas respiratórias entre os fumadores crônicos de cannabis. 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 (Joy et al, 1999; Tashkin et al, 2002; Hall, Pacula, 2003). No entanto, vários fatores contrariam a probabilidade dos fumadores de cannabis de virem a desenvolver neoplasia do pulmão. Os padrões de consumo de cannabis são 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 décadas de vida (entre os 20's e 30's anos de idade). Os consumidores que mantêm os consumos até idades mais avançadas tendem a fumar 1-3 cigarros de cannabis por dia, em comparação com 10-30 cigarros de tabaco por fumadores de tabaco. Finalmente, há muito menos fumadores de cannabis do que fumadores de tabaco (Hall e MacPhee, 2002).

- **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 (Joy et al., 1999). Tem sido sugerido que os possíveis efeitos do consumo de cannabis na espermatogênese e testosterona pode ser mais significativo para homens cuja fertilidade já esteja comprometida (Hall, Pacula, 2003).
- **Gravidez e desenvolvimento infantil:** O consumo de cannabis durante a gravidez pode reduzir o peso ao nascer, mas não parece causar defeitos do desenvolvimento.
- **Saúde mental e funcionamento cognitivo:** O impacto do consumo de cannabis no desempenho cognitivo, e sua reversibilidade, permanece incerto. 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 (Degenhardt et al., 2003). Estudos sugerem que a cannabis é um fator de risco estatístico moderado, calculando que **6-8% dos casos de esquizofrenia** poderiam ser evitados se o consumo de cannabis fosse removido da população geral de adolescentes e adultos jovens (Arseneault et al, 2004; Henquet et al, 2005b). 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.
- Em relação a **depressão e ansiedade**, casos de reações de pânico após o consumo de cannabis são talvez os mais relatados. Um estudo com uma amostra nacional de 7000 adultos com idades entre 15-45 nos EUA encontrou um pequeno aumento do risco de depressão entre os usuários atuais de cannabis (Chen et al., 2002).

- Não foi estabelecida nenhuma associação direta entre o consumo de cannabis e **suicídio**. (Hall, Degenhardt, 2009; Moore et al., 2007).
- **Cannabis e condução:** O consumo de cannabis parece aumentar duas a três vezes o risco de acidentes de viação (OEDT, 2008).
- **Risco da dependência:** Sugere-se que cerca de 1 em cada 11 utilizadores torna-se dependente do consumo de cannabis (Anthony, 1994; Lopez-Quintero 2011). Este número aumenta entre aqueles que começam como adolescentes (até cerca de 17 por cento, ou 1 em cada 6) (Anthony, 2006) e entre pessoas que usam cannabis diariamente (até 25-50 por cento) (Hall & Pacula, 2003). Em comparação, cerca de um terço dos fumadores de tabaco, assim como 15 por cento dos consumidores de álcool, tornam-se dependentes, (Anthony, Warner, Kessler, 1994; Lopez-Quintero et al., 2011)
- **Risco de Overdose:** Conforme demonstrado na tabela seguinte, o risco de overdose por consumo de 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. (Gable, 2004).
- **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 de causarem intoxicação demonstram que a cannabis intoxica mais do que tabaco, mas menos que o álcool, cocaína ou heroína (Hilts, 1994).

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

	Rácio de segurança (Gable, 2004)	Efeito intoxicante (Hilts, 1994)	Dependência (dificuldade de desistir) (Hilts, 1994)	Potencial de dependência (Strategy Unit, 2005)	Grau de dependência psíquica (Roques, 1999)
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 | Fonte: EMCDDA

2.3. Dimensões de Perigosidade da Cannabis

A Comissão Roques (1999) avaliou de forma mais global as dimensões de perigosidade de várias drogas, incluindo a 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 conduzir um veículo).

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

Tabela 2: Classificação sobre as dimensões globais de perigosidade – Toxicidade Geral e Perigosidade Social (Roques, 1999; adaptado de EMCDDA, 2008^a)

	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

Não sendo objeto desta moção, 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. A perigosidade associado ao consumo destas drogas, quer para o próprio consumidor, quer para a sociedade em geral, são demasiado elevados e devem por isso ser fortemente combatidos.

2.3. Impactos na Saúde: Em resumo

Em suma, analisando os impactos do uso de cannabis, é consensual que, tal como o tabaco e o álcool, um consumo em doses elevadas, por períodos de tempo prolongados até à meia-idade, pode ter consequências nefastas para a saúde.

Está igualmente demonstrado que a vasta maioria dos utilizadores destas drogas cessam os consumos no final dos 20/início dos 30 anos de idade. Como tal, a quase totalidade dos utilizadores acabam por não sofrer efeitos adversos crónicos resultantes de consumos anteriores (Reilly et al., 1998; Gruber et al., 2003).

Dito isto, permanece a necessidade de prosseguir estudos prospetivos sobre os efeitos do uso de cannabis na saúde física e mental (EMCDDA, 2015). Tais estudos permanecerão inconclusivos enquanto o consumo se mantiver sob a manta da ilicitude, na medida em que se desconhece o que está a ser consumido, com que doses de THC e de outras substâncias, e sob que formas de administração.

Tabela 3: Resumo dos efeitos adversos na saúde para os consumidores de cada uma das quatro drogas principais presentes no mercado europeu (de acordo com Hall et al., 1999, adaptado de EMCDDA, 2008a)

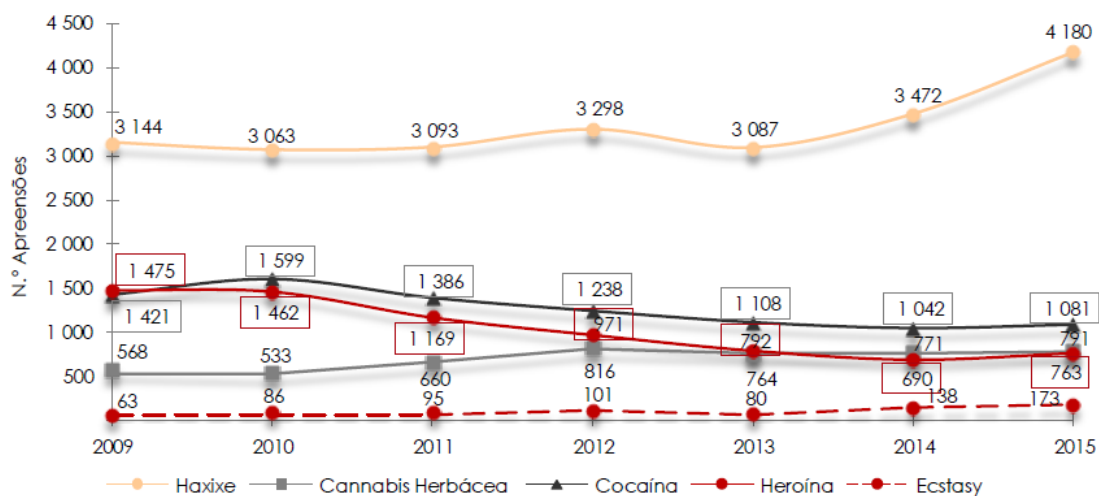
	Cannabis	Tabaco	Heroína	Álcool
Acidentes de viação e outros	*		*	**
Violência e suicídio				**
Morte por overdose			**	*
VIH e Hepatites			**	*
Cirrose hepática				**
Doença cardíaca		**		*
Doenças respiratórias	*	**		
Cancros	*	**		*
Doença mental	*			**
Dependência	**	**	**	**
Efeitos duradouros para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

** Efeito importante, * efeito menos comum ou pouco estabelecido | Fonte: EMCDDA

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; 3 472 em 2014; 3 087 em 2013; 3 298 em 2012; 3 093 em 2011), seguido por cocaína e cannabis herbácea (1 081 e 791, respetivamente).

Figura 64 - Número de Apreensões, segundo o Ano, por Tipo de Droga
2009 - 2015



Fonte: Polícia Judiciária: UNCTE / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI - DEI

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 atingido 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).

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%**.

Cerca de **0,7%** da população Portuguesa entre 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.

Relativamente às **perceções do risco para a saúde** associado 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 perceções 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 UE.

4. Legalização de Cannabis 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. No entanto, essas políticas são limitadas na sua conceção, criando soluções atípicas para problemas complexos, algo que o Uruguai e quatro estados norte-americanos têm procurado evitar assumindo a via da legalização e regulamentação (Pardo, 2014).

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 2 anos podendo-se considerar plenamente implementada apenas em 2015. Em Agosto 2015 havia 2743 cultivadores privados registados (Infobae, 2015).

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. Os infratores são punidos com multas que variam de \$2 a \$87 USD, para além de outras sanções, incluindo a destruição de cannabis armazenada e a inibição do infrator de acesso e inscrição na base de dados e consequentemente à compra. (McKay, 2014; Pardo, 2014).

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 (McKay, 2014).

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. Nos demais estados, a legalização foi aprovada nas eleições de 2014, sendo que nestes a venda legal apenas ocorrerá no final do presente ano. 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.

A tabela seguinte resume as principais características das mudanças políticas em cada um dos países/estados que tenham sido submetidos a processo de legalização (Pardo, 2015; Canadian Centre on Substance Abuse, 2015).

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	~28g (uma onça)	~28g (uma onça)	~224g (oito onças)	~28g (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	Permitida, mas restrita para evitar atingir os menores de 21 anos de idade. Sinalização é permitida no local de venda em conformidade	Publicidade restrita a não mais do que uma sinalética no local de venda.	Incerto.	Incerto.

	eventos públicos, torneios ou competições.	com as leis locais			
--	--	--------------------	--	--	--

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 (Gettman, 2015).

Tabela 5: Despesas relacionadas com a cannabis em tribunais do Colorado de 2010 a 2014. (Adaptado de: Gettman, 2015)

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

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 referido como um dos benefícios da legalização (Gettman, 2015).

4.1. 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 noutras localidades do globo.

- **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. Tal resultou da necessidade de implementar medidas que permitissem monitorizar e tributar um produto cuja comercialização nunca tinha sido regulamentada, em nenhuma parte do mundo. Como tal, os estados demoraram meses até conseguirem desenvolver e aprovar regras relativas ao cultivo, às vendas e ao consumo. (Pardo, 2014).
- **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 (Caulkins et al., 2012; Pardo, 2014).

Neste âmbito, o *Canadian Centre on Substance Abuse* publicou em 2015 um relatório do qual constam lições aprendidas a partir das experiências de legalização da cannabis nos estados do Colorado e Washington. Destacam-se os pontos que se seguem:

- **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;
- **Desenvolver um quadro regulamentar abrangente:**
 - Devem-se reconciliar os mercados médicos e de retalho;
 - O sistema deve estar preparado para responder ao inesperado. São exemplos de situações desta natureza o consumo excessivo de produtos comestíveis, como ocorreu no Colorado, ou um volume excessivo de pedidos de licenciamento, dentro de um prazo limitado de tempo, conforme sucedeu no estado de Washington;
 - Controlar os formatos e as concentrações dos produtos por forma a garantir que não haja consequências imprevistas;
 - Implementar regras claras de tributação, monitorização e publicidade;
 - 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.

- **Investir na implementação da legislação**

- Deve investir-se o tempo necessário que garanta o desenvolvimento de um quadro eficaz para a implementação bem-sucedida da legislação. A título de exemplo, o Colorado levou mais tempo do que inicialmente previsto de modo a que os pontos de venda licenciados tivessem o tempo necessário para se ajustarem às exigências da legislação.
- Capacitar a administração pública para agir de acordo com o novo quadro regulamentar;
- Criar uma liderança central forte, a qual deve procurar envolver todos os parceiros envolvidos num processo colaborativo aberto e contínuo;
- Investir de forma proactiva numa abordagem de saúde pública que desenvolva competências de prevenção, educação e tratamento, antes da implementação da legislação, de modo a minimizar os impactos negativos na saúde e sociais;
- Desenvolver uma estratégia de comunicação clara e abrangente;
- Assegurar a aplicação coerente da regulamentação;
- Investir na investigação científica prospetiva de modo a estabelecer evidências cumulativamente mais robustas;
- Recolher de forma rigorosa todos os dados relacionados com o cultivo, distribuição, venda e consumo.

5. Argumentos pela Legalização do Uso de Cannabis

Face ao exposto anteriormente e após uma exaustiva revisão da literatura, procura-se de 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 (Anderson & Rees, 2014; Caulkins, 2014; McKay, 2014; Room, 2013). Dito isto, a legalização do uso de cannabis resultará numa quebra da principal fonte de receitas dos traficantes, enquanto se protegem os cidadãos que passam a ser consumidores legais de produtos de composição regulada e conhecida (The Economist, 2016).
- Embora seja recente, a alteração da lei em alguns Estados dos EUA tem revelado um impacto significativo em termos de diminuição nos encargos e acusações judiciais (Gettman, 2015); e tem-se verificado uma queda nas detenções associadas a cannabis (McKay, 2014);
- 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 (McKay, 2014);
- O registo obrigatório para a compra de cannabis, tal como acontece no Uruguai, permite aos Governos supervisionar os padrões de 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 (The Economist, 2016) que pode ser utilizada no combate ao tráfico de drogas, na prevenção de

consumos, 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 fenilciclidina (PCP) (Anderson, Rees, 2014);
- Haverá igualmente uma redução dos efeitos nocivos da cannabis uma vez que se prevê uma queda no uso da cannabis sintética, dos quais os impactos na saúde são menos estabelecidos e entendidos (McKay, 2014), assim como se contrairá a atual tendência de consumo de produtos com concentrações progressivamente maiores de THC.
- No maior estudo realizado sobre a relação entre cannabis e a neoplasia do pulmão, nenhuma associação foi estabelecida. Pelo contrário, os resultados da literatura indiciam um eventual efeito protetor do THC. (Tashkin, 2013).
- 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 graves (Anderson, Rees, 2014).
- Com base nas experiências anteriormente referenciadas, é expectável uma potencial redução do número de acidentes de viação e mortes associadas; embora o THC prejudique as funções relacionadas com a condução (Kelly, Darke, Ross, 2014), há evidências de que os condutores sob influência de THC compensam essas deficiências através de uma condução mais lenta e assumindo menores riscos (Sewel, Poling, Sofuiglu, 2009); enquanto aqueles que conduzem sob a influência de álcool conduzem mais rápido e com mais riscos (Marczinski, Harrison, Fillmore, 2008; Ronen et al., 2008). A legalização de cannabis foi associada com uma queda de 13% das mortes no trânsito envolvendo álcool (Anderson, Hansen, Rees, 2013). 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. Tal configura uma importância particular pelo facto de Portugal continuar a ser um importante ponto de trânsito do tráfico internacional de drogas (SICAD, 2015);
- Uma vez que a potência média da cannabis tem vindo a aumentar nos últimos anos em Portugal (EMCDDA, 2015; SICAD, 2015), é expectável que haja uma diminuição da

concentração de THC na maioria dos produtos que venham a ser consumidos fruto da regulamentação do mercado;

- Espera-se ainda uma quebra significativa da atividade da maioria dos criminosos no campo dos narcóticos uma vez que a maioria das condenações atuais está ligada a infrações relacionadas com o tráfico de cannabis e seus derivados (SICAD, 2015)

6. Propostas para a Legalização Responsável do Uso de Cannabis em Portugal

Os subscritores desta moção propõem que o Partido Social Democrata promova um debate com os seus militantes e com os relevantes representantes da sociedade civil 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;
- 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 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).

7. Bibliografia

A presente moção foi baseada no artigo com publicação aceite na ACTA MÉDICA PORTUGUESA (Janeiro 2018) da autoria de Ricardo Baptista Leite e Lisa Ploeg.

- Anderson, DM., Hansen, B., & Rees, DI. (2013). Medical marijuana laws, traffic fatalities, and alcohol consumption. *Journal of Law and Economics*, 56, 333–369.
- Anderson, DM. & Rees, DI. (2014). The Legalization of Recreational Marijuana: How Likely is the Worst-Case Scenario? *Journal of Policy Analysis and Management* 33 (1):221-32.
- Anthony, J, Warner LA, Kessler RC. (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: basic findings from the National Comorbidity Survey. *Exp Clin Psychopharmacol*; 2:244-268.
- Anthony, JC. (2006). The epidemiology of cannabis dependence. In: Roffman RA, Stephens RS, eds. *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment*. Cambridge, UK: Cambridge University Press: 58-105.
- Arseneault, L., Cannon, M., Witton, J., Murray, R. (2004), Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *British Journal of Psychiatry* 184: 110–117
- Bachs, L., Morland, H. (2001), Acute cardiovascular fatalities following cannabis use. *Forensic Science International* 124: 200–203
- Canadian Centre on Substance Abuse (2015). Cannabis Regulation: Lessons Learned in Colorado and Washington State. Retirado Março 2016, de: <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Cannabis-Regulation-Lessons-Learned-Report-2015-en.pdf>
- Caulkins, J. (2014). Nonprofit motive: How to avoid a likely and dangerous corporate takeover of the legal marijuana market. *Washington Monthly*. Retirado Março 2016 de: <http://www.washingtonmonthly.com/magazine/marchaprilmay2014/features/nonprofitmotive049293.php?page=all>
- Caulkins, J., Hawken, A., Kilmer, B., Kleiman, M. (2012). *Marijuana legalization what everyone needs to know*. USA: Oxford University Press. 160-172.
- Degenhardt, L., Hall, W., Lynskey, M. (2001), The relationship between cannabis use, depression and anxiety among Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36: 219–227.
- Degenhardt, L., Hall, W., Lynskey, M. (2003), Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug and Alcohol Dependence* 71: 37–48.
- Degenhardt, L., Hall, W., Lynskey, M. (2003), Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction* 98: 1493–1504.
- EMCDDA. (2008a). A cannabis reader: global issues and local experiences, Monograph series 8, volume 2, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA. (2008b). Drug use, impaired driving and traffic accidents, EMCDDA Insights, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA. (2015). Portugal - Country Overview. Retirado Março 2016 de: <http://www.emcdda.europa.eu/countries/portugal>
- Ferner, M. (2012). Marijuana usage down among Colorado teens, up nationally: Study shows. *Huffington Post*. Retirado Março 2016 de: http://www.huffingtonpost.com/2012/09/07/marijuana-usage-down-in-t_n_1865095.html.
- Gable, R. S. (2004). Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances. *Addiction* 99: 686–696.
- Gettman, J. (2015). Marijuana Arrests in Colorado After the Passage of Amendment 64. Drug Policy Alliance release. Retirado Março 2016 de: http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/Colorado_Marijuana_Arrests_After_Amendment_64.pdf

- Hall, W., Degenhardt, L. (2009), Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet* 374: 1383–91.
- Hall, W., MacPhee, D. (2002), Cannabis and cancer. *Addiction* 97: 243–247
- Hall W, Pacula RL. (2003) *Cannabis Use and Dependence: Public Health and Public Policy*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J., Kaplan, C., Lieb, R., Wittchen, H-U., van Os, J. (2005). Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *British Medical Journal* 330: 11–14.
- Hilts, P. H. (1994). Is nicotine addictive? It depends on whose criteria you use: experts say the definition of addiction is evolving. New York Times. Retirado março 2016 de: www.pdxnorml.org/NYT_addictive_080294.html
- Hollister, L. (1992). Marijuana and immunity. *Journal of Psychoactive Drugs* 24: 159–163
- Joy, J., Watson, S., Benson, J. (eds) (1999). *Marijuana and medicine: assessing the evidence base*. National Academy Press, Washington.
- Infobae (2015). Uruguay ya tiene registrados a 2743 cultivadores de marihuana. Retirado Marco, 2016 de: <http://www.infobae.com/2015/08/10/1747473-uruguay-ya-tiene-registrados-2743-cultivadores-marihuana>
- Kalant, H. (2004). Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 28: 849–863.
- Kelly, E., Darke, S., & Ross, J. (2004). A review of drug use and driving: Epidemiology, impairment, risk factors and risk perceptions. *Drug and Alcohol Review*, 23, 319–344.
- Kraft, B., Kress, H. G. (2004). Cannabinoids and the immune system: of men, mice and cells. *Schmerz* 18: 203–210
- Lopez-Quintero C, Pérez de los Cobos J, Hasin DS, et al. (2011). 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.* 115(1-2):120-130.
- Macleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M., Hickman, M., Oppenkowski, T., Stokes, H., Davey Smith, G. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet* 363: 1579–1588.
- Marczinski, C., Harrison, E., & Fillmore, M. (2008). Effects of alcohol on simulated driving and perceived driving impairment in binge drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 1329–1337.
- McKay, T (2014). One Year After Uruguay Legalized Marijuana, Here's What It's Become. Retirado Março 2016 de: <http://mic.com/articles/106094/one-year-after-uruguay-legalized-marijuana-here-s-what-it-s-become#.7wbZaO6cu>
- Pardo, B. (2014). Cannabis policy reforms in the Americas: A comparative analysis of Colorado, Washington and Uruguay. *International Journal of Drug Policy*, 25; 727-735
- Ronen, A., Gershon, P., Drobiner, H., Rabinovich, A., Bar-Hamburger, R., Mechoulam, R., Yair Cassuto, Y., & Shinar, D. (2008). Effects of THC on driving performance, physiological state and subjective feelings relative to alcohol. *Accident Analysis and Prevention*, 40, 926–934.
- Room, R. (2013). Legalizing a market for cannabis for pleasure: Colorado, Washington, Uruguay and beyond. *Addiction*, 109: 345-351
- Roth, M. D., Whittaker, K., Salehi, K., Tashkin, D. P., Baldwin, G. C. (2004). Mechanisms for impaired effector function in alveolar macrophages from marijuana and cocaine smokers. *Journal of Neuroimmunology* 147: 82–86.
- Roques, B., chair (1999), La dangerosité de drogues: rapport au secrétariat d'État à la santé [The dangerousness of drugs: report to the state secretariat for health], La Documentation française Odile Jacob, Paris.

- Sewell, R. A., Poling, J., & Sofuoglu, M. (2009). The effect of cannabis compared with alcohol on driving. *American Journal on Addictions*, 18, 185–193.
- SICAD (2016). Relatório Anual 2015 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Retirado de: <http://www.sicad.pt/>
- Sherrill, D. I., Krzyzanowski, M., Bloom, J. W., Lebowitz, M. D. (1991). Respiratory effects of non-tobacco cigarettes: a longitudinal study in general population. *International Journal of Epidemiology* 20: 132–137.
- Sidney, S. (2002). Cardiovascular consequences of marijuana use. *American Journal of Clinical Pharmacology* 42: 64–70.
- Strategy Unit (2005). Strategy unit drugs report, May 2003. Prime Minister's Strategy Unit, London
www.strategy.gov.uk/work_areas/drugs/index.asp. Relatório completo disponível em: <http://image.guardian.co.uk/sys-files/Guardian/documents/2005/07/05/Report.pdf>
- Tashkin, D. P., Baldwin, G. C., Sarafian, T., Dubinett, S., Roth, M. D. (2002). Respiratory and immunologic consequences of marijuana smoking. *Journal of Clinical Pharmacology* 42: 71–81.
- Tashkin, DP. (2013). Effects of Marijuana Smoking on the Lung. *Annals of the American Thoracic Society*, 10(3): 239-247.
- The Economist (2016). Legalizing Cannabis: Reeferegulatory Challenge. Retirado março 2016 de: <http://www.economist.com/news/briefing/21692873-growing-number-countries-are-deciding-ditch-prohibition-what-comes>
- The Economist (2016). Regulating Cannabis: The right way to do drugs. Retirado março 2016 de: <http://www.economist.com/news/leaders/21692881-argument-legalisation-cannabis-has-been-won-now-difficult-bit-right>
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., Sachs-Ericsson, N., Schmidt, N. B., Buckner, J. D., Bonn-Miller, M. O. (2006). Lifetime associations between cannabis use, abuse, and dependence and panic attacks in a representative sample. *Journal of Psychiatric Research* 40: 477–486.